

SUMÁRIO

P04 EDITORIAL

P5 CIÊNCIA & TÉCNICA

DOR TOTAL EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

P13 CIÊNCIA & TÉCNICA

DOR CRÓNICA: UMA ABORDAGEM AO CUIDAR EM ENFERMAGEM

P22 CIÊNCIA & TÉCNICA

CUIDAR DA CRIANÇA EM FIM DE VIDA: DA TEORIA À INTERVENÇÃO

P29 CIÊNCIA & TÉCNICA

O SOFRIMENTO E OS CUIDADOS PALIATIVOS

P34 CIÊNCIA & TÉCNICA

O PAPEL DO PAI NUMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA – RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ENSINO CLÍNICO

P38 CIÊNCIA & TÉCNICA

VIVÊNCIAS DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO: O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO

P49 CIÊNCIA & TÉCNICA

CUIDAR DE UMA PESSOA PORTADORA DE DOENÇA MENTAL NUM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

P59 CIÊNCIA & TÉCNICA

A ENFERMAGEM EM PORTUGAL NO INÍCIO DO SÉCULO XVI (1504 - 1512)

P66 CIÊNCIA & TÉCNICA

PIONEIRAS DE ENFERMAGEM

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 ACESSORIA CIENTÍFICA Ana Cristina Cardoso / Arlindo Reis Silva / Daniel Vicente Pico / Elsa Caravela Menoita / Fernando Alberto Soares Petronilho / João Manuel Pimentel Cainé / Luís Miguel Oliveira / Maria Esperança Jarró / Vitor Santos RECEPÇÃO DE ARTIGOS Célia Margarida Sousa Pratas CORRESPONDENTES PERMANENTES REGIÃO SUL Ana M. Loff Almeida / Maria José Almeida REGIÃO NORTE M. Céu Barbiéri Figueiredo MADEIRA Maria Mercês Gonçalves COLABORADORES PERMANENTES Maria Arminda Costa / Néilson César Fernandes / M. Conceição Bento / Manuel José Lopes / Marta Lima Basto / António Carlos INTERNET www.sinaisvitais.pt E-MAIL suporte@sinaisvitais.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 DEPOSITO LEGAL 88306/95 ISSN 0872-8844

EDITORIAL

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

A Enfermagem, enquanto profissão e disciplina, foi a que mais se desenvolveu nos últimos 30/40 anos. Foi capaz de integrar novos desafios tecnológicos e novos conhecimentos. Desenvolveu-se no seio da academia produzindo investigação e um conjunto significativo de enfermeiros foi capaz de obter os seus títulos de mestre e doutor.

A produção científica melhorou significativamente com um número cada vez maior de publicações, em revistas nacionais e internacionais, com fator de impacto.

Apesar de todo isto continuamos a viver como que numa nebulosa que nos mantém insatisfeitos e desvalorizados. O poder político e os nossos parceiros não foram capazes, ainda, de valorizar este percurso e muito menos foram capazes de dar conta do que esse percurso trouxe de mais-valia aos cuidados de saúde e ao bem-estar das pessoas.

Mas também é verdade que todos os dias verificamos que há cuidados que deveriam ser produzidos e não são e que, por isso, ficam omissos. Quem os devia receber não os reivindica por não saber que tem direito a eles. Quem os financia não percebe que pode tornar o sistema mais efetivo com o contributo dessas intervenções que ficam por fazer.

A questão que todos nos temos que colocar é, porque é que cada vez mais ficam coisas por fazer, porque é que o fenómeno dos cuidados omissos é cada vez mais presente?

Os fatores que os determinam são vários; a falta de recursos, a negligência ou a desvalorização pura e simples dessas áreas de intervenção dos enfermeiros.

Penso que o que acontece tem um pouco de tudo isto. Mas parece-me, enquanto observador da realidade, que a escassez de enfermeiros nos serviços, com um número de horas potenciais de cuidados por doente nas 24h muito baixa, associada á pressão que se tem exercido sobre os enfermeiros para a realização de outros "trabalhos" que os retiram dos cuidados e a desvalorização do essencial dos cuidados são o principal motivo.

Claro está que em tudo isto o papel do regulador e, sobretudo, dos gestores e líderes da enfermagem parece ser essencial. Estes têm que pensar e agir mais em prol da melhoria da atenção aos cidadãos, não procurando indicadores ligados a projetos, mas indicadores de impacto dos cuidados nas pessoas, monitorizando o que fica por fazer, que vai sendo cada vez mais. Não faz sentido que haja nos nossos hospitais pessoas que não comem e ficam desnutridos, não faz sentido que continuem a morrer pessoas por erros e por omissões preveníveis.

Os gestores têm que se aproximar mais dos cuidados. Conhecendo os doentes, conhecendo as pessoas que lideram e deixarem de se centra tanto em project based actions que têm uma limitação no tempo e retiram os profissionais do essencial.

Salvo melhor opinião.

DOR TOTAL EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

VANESSA FILIPA PEDROSA VERGA

RESUMO

Introdução: A OMS define Cuidados Paliativos Pediátricos como cuidados activos e globais à criança no seu todo, incluindo o suporte familiar, onde os prestadores devem avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança. Esta definição vai de encontro ao termo "Dor Total" estabelecido por Cicely Saunders, em que enfatiza o processo de Dor, além da virtude física, mas também na dimensão psicológica, social e espiritual. **Objectivo:** Revisar as evidências científicas existentes relativas ao conceito de Dor Total em Cuidados Paliativos Pediátricos. **Metodologia:** O trabalho baseia-se numa revisão da literatura, com artigos indexados nas bases PubMed, B-on, Adolec, Lilacs e Scielo, cujos textos tivessem disponíveis, na íntegra, online. A pesquisa foi realizada entre Janeiro/ Fevereiro de 2015, incluindo estudos publicados nos últimos 5 anos (2009-2015). **Resultados:** A dor, alterações gastrointestinais, dispneia e fadiga apresentam-se como os sintomas físicos mais prevalentes. Nas necessidades psicológicas o apoio emocional e conforto à criança e família, a importância de comunicação clara e aberta consoante a idade, o envolvimento emocional e vínculo entre criança, família e profissionais, e a relevância da autoimagem para o adolescente. Nas sociais elevam-se as oportunidades recreativas como brincar ou ir à escola, a importância da interação com grupos de pares, o isolamento social e alterações económicas para a família, bem como a inclusão dos irmãos no processo. Nas espirituais entender e aceitar as crenças e desejos da criança face à morte, mantendo os profissionais sensíveis ao tema, ajudar a família manter/encontrar a fé e no apoio no luto. **Conclusão:** Apesar de se enfatizar a relevância destes quatro fatores para o alívio do sofrimento, existe uma lacuna de pesquisa tanto associada ao cuidar em enfermagem em Paliativos Pediátricos como na não utilização das crianças como fontes, limitando-se à observação dos pais, podendo não corresponder à percepção da criança.

Palavras-chave: Dor Total, Necessidades, Enfermagem, Sofrimento, Criança, Adolescente, Paliativo.

ABSTRACT

Introduction: The WHO described Paediatric Palliative Care as the active and global care to children, which includes family and the importance of the team to evaluate and relieve the physical, psychological and social pain of the child. This definition meets the term "Total Pain" established by Cicely Saunders, which emphasises the pain process beyond the physical, but also the psychological, social and spiritual dimension. **Aim:** Review scientific evidence related to the concept of Total Pain in Paediatric Palliative Care. **Method:** This work is a review of literature, with articles found in databases such as PubMed, B-on, Adolec, Lilacs and Scielo, and full-text online. The research was made in January-February 2015, including articles published in the last 5 years (2009-2015). **Results:** Pain, gastrointestinal alterations, dyspnoea and fatigue were the physical symptoms most prevalent. In the psychological needs, the emotional support and comfort to child and family, the importance of open and clear communication according to age, the emotional involvement and bond between child, family and professionals, and the relevance of the auto image for the adolescents were found pertinent in this study. In the social perspective, the recreational opportunities like playing or going to school, the importance of interaction with equals, the social isolation and economic alterations to the family, as well as the inclusion of the brothers in the process were discussed. In the spiritual side, it is highlighted the importance of understanding and accept the beliefs and wishes of the child related to death, and also the significance of the health professional to be more aware, in order to help the family to maintain or to re-gain the faith and support in the grief. **Conclusion:** Although the emphasising of these four factors for the relief of the suffering were found in this study, a gap exists in the research associated to the nursing care in paediatric palliative. There is, in addition, a non-use of the children as sources, limiting to parents observation, which may not correspond to the perception of the child.

Keywords: Total Pain, Needs, Nursing, Suffering, Child, Adolescent, Palliative.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento da prevalência de doenças incuráveis e incapacitantes, porém os avanços da medicina permitiram a redução da mortalidade infantil mas, simultaneamente, aumentaram a taxa de sobrevivência das crianças portadoras de patologia grave/fatal, existindo um número crescente de crianças que podem beneficiar de cuidados paliativos pediátricos

A Organização Mundial de Saúde define Cuidados Paliativos Pediátricos como “cuidados globais e ativos prestados ao corpo, mente e espírito da criança, envolvendo também o apoio à família; surgem quando uma doença potencialmente fatal ou ameaçadora de vida é diagnosticada e mantêm-se independentemente da criança receber ou não tratamento dirigido à doença”. Esta significação vai de encontro ao termo “Dor Total” estabelecido por Cicely Saunders, podendo ser definido como uma combinação de componentes físicos, psicológicos, sociais e espirituais que actuam e definem a pessoa no seu todo.

Sendo uma área em crescimento, existe, ainda, uma carência de conhecimentos e competências, agravado paralelamente pelas suas especificidades como: população pequena e heterogênea, variedade de patologias, disponibilidade limitada de fármacos específicos, factores de desenvolvimento, pais como principais responsáveis e cuidadores e grande envolvimento emocional.

E, apesar de se preconizar uma Enfermagem mais próxima, existe relutância e receio dos profissionais quando se refere à criança em fase terminal, pois terão que aceitar a irreversibilidade da doença e morte, lidando com as necessidades desta e da família que são múltiplas, complexas e particulares. Des-

se modo, e tentando clarificar as faltas para uma melhor resposta, este trabalho tem como objectivo: revisar as evidências científicas existentes relativas ao conceito de Dor Total em Cuidados Paliativos Pediátricos.

METODOLOGIA

O artigo caracteriza-se como uma revisão sistemática da literatura, e para a selecção dos artigos utilizaram-se as bases de dados PubMed, B-on, Adolec, Lilacs e Scielo. A pesquisa foi realizada entre Janeiro e Fevereiro de 2015. Como critérios de inclusão elegeram-se estudos em português, inglês, francês e espanhol; artigos publicados nos últimos 5 anos (2009 - 2015: foi considerado o ano de 2009 visto a pesquisa ter sido realizada no início do ano), e cujos textos tivessem disponíveis, na íntegra, online. Foram excluídas teses e artigos relativos ao paciente adulto. É de reforçar que devido à escassez de informação relativamente a área de Enfermagem, foi alargada pesquisa.

Dos 54 artigos seleccionados, após leitura integral foram seleccionados 15.

DISCUSSÃO

NECESSIDADES FISICAS

Com o agravamento da doença e aumento da presença de sinais e sintomas na vida da criança, surgem preocupações e sentimentos de impotência na família devido ao não controlo sintomático (Sanches et al., 2014).

O controlo de sintomas, nomeadamente a dor, é um dos aspectos mais estudados e reportados, sendo o controlo desta um factor crucial em cuidados paliativos (Remedi et al., 2009). É de reforçar que o facto da criança/adolescente ser capaz de expressar as ca-

racterísticas da sua dor afecta directamente como o enfermeiro deve avaliá-la (Borghi et al., 2014).

Simultaneamente à dor, a dispneia, a fadiga e os distúrbios gastro intestinais (anorexia, diarreia, obstipação, perda de apetite, náuseas, vómitos e alteração na deglutição) são os principais sinais e sintomas em cuidados paliativos pediátricos, os quais geram angústia e sofrimento quer na criança/ adolescente quer na família, visto que lidam diariamente com os mesmos (Borghi et al., 2014; Sanches et al., 2014; Valadares et al., 2013; Costa e Ceolim, 2010; Remedi et al., 2009).

Outros sintomas como tosse, edema, hemorragia, incontinência urinária /fecal, alterações

na mobilidade, paresia/plegia, alterações do sono, febre, lesões cutâneas, alterações neurológicas, alterações de consciência, depressão, ansiedade, convulsões e cefaleias também são descritos por autores (Sanches et al., 2014; Sanchez et al., 2013; Costa e Ceolim, 2010).

Remedi et al.(2009) acrescenta ainda que durante o mês que antecede a morte, pais referem intensificação de sintomas angustiantes como dor, dispneia e fadiga, e nas últimas 48h, aumento da fraqueza e imobilidade, perda de interesse pela alimentação, disfagia e insónia, tornando-se prioritário o controlo de sintomas e suporte familiar.

À medida que "o cuidar" passa a ser priori-

Tabela 1: Resultados da selecção da literatura

DESCRITORES	N.º ARTIGOS ENCONTRADOS	SELECIONADOS APÓS LEITURA DE RESUMO
Dor total Criança/adolescente Paliativo	18	0
Controlo Sintomas Criança/adolescente Paliativo	5	2
Necessidades Criança/adolescente Paliativo	54	5
Enfermagem Criança/adolescente Paliativo	81	18
Sufrimento Enfermagem Criança/adolescente Paliativo	29	10
Sufrimento Criança/adolescente Paliativo	117	19

dade é patente que a analgesia e a sedação ganham uma atenção especial, sendo estas um direito humano básico (Piva et al., 2011; Avanci et al. 2009). O adolescente em cuidados paliativos deve ser incluído na tomada de decisão, tendo sob controle aspectos como a administração de analgesia e sedativos, antieméticos e outras medicações no alívio sintomático (Remedi et al., 2009).

Porém, muitas vezes, em função do uso prolongado de opiáceos, mesmo as crianças mais pequenas não obtêm sedação adequada (levando a privação do sono) ou ainda apresentam quadro de agitação psicomotora (Piva et al., 2011). Daí que para além de ser de extrema importância o reconhecimento da dor e/ou desconforto físico, surge, aliado a medidas farmacológicas, a aplicação de medidas não farmacológicas como massagens, acupuntura, brincadeira, musicoterapia e relaxamento (Souza et al., 2013; Valadares et al., 2013)

NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

Os cuidados paliativos estão relacionados com a preservação da autonomia por meio de uma assistência individual, ou seja, a valorização dos sentimentos experimentados e expressos pelo ser humano no percurso da doença (Sanches et al., 2014).

O processo de cuidar não é determinado somente pela cura ou tratamento mas também pelo conforto, apoio e tentativa de diminuir sofrimento da criança e familiares (Soares et al., 2013). O ser humano que sofre precisa de ser compreendido porque, além da dor física, vive conflitos e necessidades que os fármacos ou tecnologia não conseguem resolver, por isso, além de partilhar os medos e receios, necessita de se sentir cuidado,

amparado e confortado (idem). E mesmo a criança consegue distinguir entre o sofrimento causado pela doença e o sofrimento imposto nela pelos tratamentos, onde por vezes este último é a principal causa de dor, mais do que a doença em si, resultando na perda de autoestima e dignidade (Classen, 2012; Remedi et al., 2009).

A insegurança e dependência de familiares é um facto característico da criança e, obviamente, atinge níveis altíssimos nestas situações. Ao invés do diálogo, interage por gestos, jogos ou atitudes. Dentro do universo infantil, a criança passa a interagir cada vez menos, afectando a sua nutrição, tornando-se mais passiva face à dor (sofrendo mais para não aparentar ter dor), não cooperando com o tratamento e muitas vezes assume a culpa de "algo não ir bem" (Piva et al., 2011).

O envolvimento emocional e a formação de vínculo possibilitam relação de maior confiança entre a criança, família e enfermeiro, e estes podem ter uma conversa com sensibilidade suficiente para não causar dano ou stress psicológico na criança/adolescente, tendo sempre em conta a idade e nível de desenvolvimento cognitivo desta, explicando e desmistificando cada novo tratamento (Souza et al., 2013; Piva et al., 2011).

Psicólogos recomendam que os pais se devam comprometer em falar aberta e verdadeiramente sobre o diagnóstico do filho com o próprio pois acreditam que a relutância na discussão sobre a morte representa a dor dos pais e a sua incapacidade para aceitar o fim de vida da criança (Wiener et al., 2013). Evitar esse tipo de comunicação é ignorar o facto de que as crianças, na maioria das vezes, estão conscientes da sua situação (Valadares et al., 2013). Ansiedade, desespe-

ro, tristeza, medo da solidão, frustrações e impotência ao lidar com situações do dia-a-dia bem como a dificuldade de falar sobre a doença ou morte com os pais são os mais referenciados sinais (Borghetti et al., 2014; Costa e Ceolim 2010)

A família cuidadora necessita de informações concretas, sem omissões, de forma transparente e objectiva, de modo que possa se sentir segura, conseguindo assim enfrentar a experiência (Sanches et al., 2014). Os pais, familiares e toda a equipa devem ser fontes de confiança, suporte espiritual e muita solidariedade (Piva et al., 2011).

Ressalta-se que a morte digna acontece num ambiente de cumplicidade e veracidade entre a família e profissionais envolvidos no cuidado, onde é possível expressar expectativas e receios, tendo como objectivo o alívio do sofrimento tanto da família como da criança (Souza et al., 2013)

A doença, tratamentos e repetidas hospitalizações, frequentemente geram efeitos colaterais que alteram a aparência física, e principalmente no adolescente, prejudica seriamente a sua identidade e imagem corporal, fazendo com que se isole, ausente da escola e baixe o rendimento escolar. (Remedi et al., 2009). Num momento em que já lidam com perdas físicas (corpo infantil) e psíquicas (perda de identidade dos pais) deparam-se ainda com a sua própria finitude. (idem). As narrativas dos adolescentes reforçam a importância da autoimagem e sofrimento que os comentários trazem, e mesmo as crianças percebem e sofrem com as perguntas e observações que os colegas fazem a seu respeito (Borghetti et al., 2014)

NECESSIDADES SOCIAIS

Uma criança com mau prognóstico acarreta destruturação e tristeza para todos a seu redor, deixando de realizar actividades comuns para a sua idade como ir à escola ou brincar, passando a fazer parte da esfera hospitalar (Soares et al., 2013, Costa e Ceolim, 2010).

Infelizmente o brincar algumas vezes passa despercebido devido à gravidade da doença e complexidade do tratamento (Soares et al., 2014). O brinquedo terapêutico ajuda o profissional a entrar no mundo infantil, devendo este ser adequado à fase de desenvolvimento da criança, podendo recorrer-se ao desenho, pintura, música, leitura entre outros, dando-lhe uma melhor compreensão das necessidades da criança, auxiliando na preparação para procedimentos terapêuticos e permitindo alívio de tensões (idem).

Todo o ser humano necessita de alguma ocupação e o brincar é o trabalho da criança, pois é através dela que a criança aprende sobre o mundo, expressa a sua realidade, constrói seu próprio mundo e ao mesmo tempo responde à sua necessidade intrínseca de desenvolvimento (Soares et al., 2013).

É dever do profissional estimular a brincadeira e não impor à criança algo que não se sinta confortável, até porque quando a criança se encontra numa fase de tristeza ou depressão, a presença dos pais ou familiares significantes é valorizado ao brincar (Soares et al., 2014).

Para o adolescente diminuir o impacto da doença no seu quotidiano os amigos e o facto de colaborarem no restabelecimento das suas vidas sociais (Remedi et al., 2009). Ter amigos com a mesma doença é mencionado como uma fonte de ajuda, na integração da doença no contexto social e de desen-

volvimento, bem como na partilha de experiências, fornecendo-lhes maior segurança (idem).

Diante o adoecimento e tratamento da criança/adolescente, a família insere-se no seu mundo e faz dele o seu, incorporando o sofrimento e as lutas, por vezes deixando de lado o seu próprio ser (Souza et al., 2013). Pais que tenham um filho a sofrer, estão em sofrimento eles mesmos, e tornam-se inevitavelmente parte da equipa, sendo fulcral investir numa boa relação entre os pares para prevenir dor e melhorar a qualidade de vida (Classen, 2012).

A família enfrenta múltiplas mudanças, em particular, o desequilíbrio no convívio social e familiar interligado à sobrecarga do familiar cuidador, mas também medo de limitações/morte do filho, tristeza e raiva, alteração de papeis, complicações no casamento, impacto nas finanças e emprego, stress pós-traumático e luto (Jones et al., 2014; Sanches et al., 2014; Costa e Ceolim, 2010). O desejo de retomar a casa e vivenciar a morte do filho junto da família é mencionado pela maioria, mas depende também da estabilidade do quadro, controlo sintomático e quando necessário da estrutura física e recursos materiais indispensáveis no cuidado (Sanches et al., 2014).

Os irmãos, por vezes, podem sentir falta de amor (visto os que pais estão ocupados pela criança doente) quando eles próprios estão a sofrer pela perda e o seu maior apoio (os pais) está enfraquecido. Isto poderá desencadear sentimentos como raiva, dor, medo, depressão, ciúme e outros, tornando-se fulcral o apoio e envolvimento do irmão nos cuidados paliativos (Classen, 2012). Para além disso, aquando da alta para domicílio, para

a criança doente estar junto com os irmãos potencia o aumento da mobilidade, apetite e felicidade (idem).

Essa é a ideia que muitos enfermeiros reforçam sobre a família: esclarece o porquê da importância de se cuidar dos familiares e evidencia que o cuidado com a família se refletirá no seu futuro face ao enfrentamento da doença, luto e morte e no modo como irão conduzir a sua vida após a morte da criança (Souza et al., 2013).

NECESSIDADES ESPIRITUAIS

Lidar com a morte de uma criança é uma experiência catastrófica paralela a todas as culturas (Wiener et al., 2013). Os pais destas crianças referem que a fé é o centro dos seus esforços, que lhe dá orientação para a melhor decisão, bem como a lidar com a mesma (idem). Encontrar e manter a fé é um dos seus maiores desafios, mas pode ser um dos maiores presentes que os profissionais podem oferecer aos pais (Rosenbaum et al., 2011).

Fé e crença espiritual/ religiosa destacam-se como os auxílios mais importantes e necessários no enfrentamento do processo de doença e morte, intensificando o apoio social, permitindo uma melhor adaptação psicológica aos familiares como forma de apoio, força e aceitação (Sanches et al., 2014).

Espiritualidade pode ser definida como uma relação com o transcendente, encontrar um significado ou conexão profunda, e apesar de ser fulcral no cuidar, a maioria dos profissionais refere nunca ou raramente ter falado com os pacientes/família. Se os cuidadores querem providenciar cuidados compreensivos e centrados na família, tem que ser sensíveis e possuir conhecimentos face à religião,

espiritualidade e crenças da família, bem como o seu sistema de valores (Rosenbaum et al., 2011).

A cultura e crenças espirituais são pilares da vida nas quais muitas pessoas se baseiam, e a qualidade dos cuidados requer profissionais sensíveis e que aceitem a diferença (Wiener et al., 2013). Para isso temos que maximizar o envolvimento da família, envolver a criança na tomada de decisão, minimizar a dor, providenciar apoio emocional e espiritual às famílias, facilitar acesso às necessidades, dar continuidade aos cuidados e oferecer suporte após a perda (idem).

Esta necessidade é moldada consoante o desenvolvimento da criança e inclui a aceitação dos desejos, sonhos e valores que a criança descreve, bem como as suas crenças acerca de vida e morte e opinião sobre o papel da oração/rituais em tempos de doença (ibidem). Antecipar um plano de acção e promover a despedida pode ajudar, visto que a criança pode decidir onde quer ser enterrada, permitindo que deixe o seu rasto no mundo e é um momento marcante na experiência do enfermeiro que vivencia o processo de morte (Classen, 2012; Avanci et al., 2009).

Para muitos pais, o apoio da equipa multidisciplinar após a perda da criança é crucial no luto bem como na habilidade de incorporar a perda nas suas vidas. O conceito de vida após a morte pode ser reconfortante para alguns pais, particularmente depois de verem o sofrimento do filho (Rosenbaum et al., 2011). As pessoas com fortes crenças espirituais tendem a aceitar o luto mais rapidamente do que as pessoas que não as possuem, e são menos propícias a desenvolver lutos complicados (idem)

CONCLUSÃO

Apesar da evidência científica constantemente enaltecer o controle do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, existe uma lacuna notória na ligação dos quatro factores, principalmente quando associado a cuidados paliativos pediátricos. A não utilização de crianças como fontes directas de informação, mas sim os pais, compromete a verdade, pois a percepção da realidade pode não ser a mesma.

É de referir que a maior parte dos artigos encontrados refere-se à criança oncológica, quando os cuidados paliativos pediátricos envolvem grande variedade de patologias e existe uma constante ligação à morte quando estes cuidados não excluem tratamento curativo.

Ressalta-se ainda a relevância da intensificação da investigação tanto na área de Enfermagem como em Portugal, onde se mantém um vazio na pesquisa.

BIBLIOGRAFIA

- Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) (2009) Cuidados paliativos para recém-nascidos, crianças e jovens. Fondazione Maruzza Levebvre D'Ovidio Onlus;
- Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) (2007) Normas para a prática de cuidados paliativos pediátricos na Europa. Fondazione Maruzza Levebvre D'Ovidio Onlus;
- Avanci B, Carolindo F, Goes F, Netto N (2009) Cuidados paliativos à criança oncológica na situação de viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. Revista Enfermagem Escola Anna Nery out-dez 13(4): 708-716;
- Borghi C, Rossato L, Damião E, Guedes D, Silva E, Barbosa S, Polastrini R (2014) Vivenciando a dor: a experiência de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. Revista Escola de Enfermagem USP 48 (esp): 68-74;
- Classen C (2012) Pediatric palliative care- the role of the patient's family. World Journal of Clinical Pediatrics 3 (3):13-19;
- Costa T, Ceolim MF (2010) A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adoles-

cente com câncer: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem* dez 31 (4): 776-784;

Jones B, Contro N, Koch K (2014) The duty the physician to care for the family in pediatric palliative care: context, communication and caring. *Pediatrics* fev 133(1): 8-15;

Piva J, Garcia P, Lago P (2011) Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. *Revista Brasileira Terapia Intensiva* 23(1): 78-86;

Remedi PP, Mello D, Menossi MJ, Lima R (2009) Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem* jan-fev 62 (1): 107-112;

Rosenbaum J, Smith J, Zollfrank R (2011) Neonatal end-of-life spiritual support care. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 25(1): 61-69;

Sanches M, Nascimento L, Lima R (2014) Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem* jan-fev 67 (1): 28-35;

Sánchez A, Rodriguez N, Palma C, Cádiz V (2013) Qué síntomas presentan los niños com cáncer avanzado en cuidados paliativos? *Revista Pediatría Electrónica*,10 (1): 8 – 15;

Soares M, Rodrigues T, Nascimento D, Rosa M, Viegas S, Salgado P (2013) Sentimentos, acolhimento e humanização em cuidados paliativos às crianças portadoras de leucemia. *Journal of Research Fundamental Care on Line* jul-set 5 (3): 354-363

Soares V, Silva L, Cursino E, Goes F (2014) O uso do brincar pela equipe de enfermagem no cuidado paliativo de crianças com câncer. *Revista Gaúcha de Enfermagem* set 35(3): 111-116;

Souza L, Misko M, Silva L, Poles K, Santos M, Bousso R (2013) Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. *Revista Escola de Enfermagem USP* 47(1): 30-37;

Valadares MT, Mota J, Oliveira B (2013) Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. *Revista Bioética* 21(3): 486-493;

Wiener L, Mcconnell D, Latella L, Ludi E (2013) Cultural and religious considerations in pediatric palliative care. *Palliative and Supportive Care* 11: 47-67.

Dor crónica: Uma abordagem ao Cuidar em Enfermagem



CRISTINA ISABEL FRANGÃO MAGRO

Licenciatura em Enfermagem na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. A exercer no Serviço de Cirurgia - Hospital Espírito Santo – Évora e Santa Casa da Misericórdia de Portel.

LÚCIA ISABEL NUNES DAS NEVES

Estudante de 4º Ano de Enfermagem na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

INÊS ALEXANDRA BRÁS SALVADOR

Estudante de 4º Ano de Enfermagem na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

TÂNIA MARISA DOS SANTOS ÁVILA

Estudante de 4º Ano de Enfermagem na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

RESUMO

A dor crónica acarreta inúmeras consequências na vida do utente, do cuidador e da família. Tendo um impacto significativo na Europa, nomeadamente em Portugal, a dor crónica representa um grave problema de saúde. Neste âmbito, os enfermeiros possuem um papel ativo e insubstituível, tendo por base um conjunto de intervenções farmacológicas e não farmacológicas destinadas não apenas ao alívio da dor, como também ao conforto e bem-estar do utente.

Palavras-Chave: Dor, Doença Crónica, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Chronic pain leads to many consequences for patient's life, caregiver and to his family. Having a significant impact in Europe, particularly in Portugal, chronic pain represents a serious health problem. In this situation, nurses have an active and irreplaceable role, based on a set of non-pharmacological and pharmacological interventions aimed not only to pain relief, but also the comfort and well-being of the patient.

Keys Words: Pain, Chronic Disease, Nursing Care.

Introdução

A dor tem sido uma das maiores preocupações do ser humano desde o início da sua existência, sendo a dor crónica aquela que mais consequências acarreta na vida do indivíduo e da sua família (CASTRO et al., 2009). Estatisticamente, 36% dos adultos padecem de dor crónica, o que representa três milhões de portugueses. Destes, aproximadamente 50% apresentam implicações, moderadas a graves, ao nível das atividades domésticas e laborais, dos quais 4% chega a perder o emprego e 13% aposenta-se antecipadamente (CASTRO-LOPES et al., 2010). Deste modo, a dor crónica tem repercussões não só economicamente, mas também a nível social. Para dar resposta a este fenómeno foi criado, em 2008, o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDOR) pela Direção-Geral de Saúde, que apresenta um horizonte temporal de oito anos (pelo que ainda se encontra em implementação).

Dor é definida como uma experiência complexa, uma vez que a sua qualidade e intensidade variam, de acordo com a história passada do indivíduo e com o momento atual. É caracterizada como multidimensional, uma vez que, como referem LIMA & TRAD (2008: p. 119), "está no corpo, na mente, na história de vida, no cotidiano, no mundo da vida". RIGOTTI & FERREIRA (2005), por sua vez, indicam que a dor foi definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como sendo "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências traumáticas prévias..." (p.50). Como explicam os mesmos autores, desta defini-

ção pode-se depreender que pode não existir relação exclusiva ou direta entre a dor e a lesão tecidual. Explicam, também, que na experiência dolorosa os fatores emocionais, cognitivos, socioculturais e sensitivos estão intrinsecamente associados.

O tempo de duração é o critério de diferenciação entre a dor aguda e a dor crónica. Embora existam vários limites temporais, que são motivo de controvérsia, a IASP definiu que o limite mínimo para a dor crónica é a duração de seis meses (LIMA & TRAD, 2008). Contudo, também esta definição levanta questões, sendo considerado que a dor crónica é "aquela que persiste após o tempo razoável para a cura de uma lesão ou que está associada a processos patológicos crónicos que causam dor contínua ou recorrente" (RIGOTTI & FERREIRA, 2005, p. 51).

O objetivo deste artigo de revisão é fazer uma abordagem do conceito, perceber as implicações da dor crónica no indivíduo e na sua família, assim como as intervenções de enfermagem implícitas no cuidado ao utente com dor crónica.

As Implicações da Dor Crónica:

A dor crónica apresenta como consequências os diversos custos significativos, não somente para o indivíduo, como também para as famílias, cuidadores, sistemas de saúde e própria economia (CASTRO-LOPES et al., 2010). SANDRIN (2008) acrescenta que "uma dor aguda e passageira pode não deixar nenhum sinal, mas uma dor intensa e duradoura torna-se uma experiência que, aos poucos, apodera-se de toda o indivíduo: desorganiza a estrutura psíquica, ameaça o equilíbrio e a integração da psique com o corpo, fecha-se aos outros, influi sobre a vida profissional e

social, bloqueia os nossos projetos e os nossos desejos, dá uma cor especial às nossas emoções e afetos, complica a nossa ação de pensar, e influi até na nossa vida espiritual, pondo às vezes, a nossa fé em jogo.” Socialmente, o mesmo autor refere que os indivíduos experienciam, concomitantemente, o isolamento, o sofrimento de depender de terceiros e a perda do papel profissional e social. No que respeita à espiritualidade, o indivíduo sofre uma perda de esperança e, por vezes, a descrença religiosa.

Também ao nível familiar poderá haver consequências, nomeadamente na reorganização dos papéis em função das dificuldades do indivíduo, com substituição das atividades que anteriormente eram da sua responsabilidade. A sobrecarga de um dos membros da família, para compensar a lacuna, pode provocar cansaço físico e psíquico e sentimento de culpa no indivíduo com dor (MARTINS, 2009).

Associados à dor crónica, outras comorbilidades, como depressão, ansiedade e isolamento social, podem surgir, tal como concluíram CASTRO et al. (2009) no seu estudo, que visava relacionar a existência de transtornos ansiosos e depressivos em quatrocentos doentes, com dor crónica. Os autores acrescentam que a presença de depressão, nestes indivíduos, pode ser consequência das repercussões que a dor traz na vida sexual, social, profissional e na própria autoestima dos indivíduos. Por sua vez, CASTRO & DALTRO (2009) referem que tanto a ansiedade, como a depressão, aparecem como aspetos influenciadores da qualidade do sono. Também a dor representa um papel importante na diminuição da qualidade desta atividade de vida. Esta tríade interrelaciona-se,

agravando e diminuindo a qualidade de vida do indivíduo.

Cuidados de Enfermagem:

De acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008: p.11), “no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro torna por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor”. Na prestação de cuidados ao utente com dor crónica, o enfermeiro deve proceder à avaliação da dor, ao controlo da mesma e, ao ensino ao indivíduo, cuidador principal e família.

A) Avaliação da Dor:

A avaliação da dor constitui uma importante fase para se proceder ao tratamento. Segundo AZEVEDO, et al. (2008), na avaliação da dor, além de se objetivar algo pessoal e subjetivo, alcança-se a natureza e o sentido de vivenciar e experimentar a sensação de dor. Assim, obtém-se informação acerca da história da dor, que é indispensável para identificá-la e quantificá-la. RIGOTTI & FERREIRA (2005) acrescentam que os objetivos da avaliação da dor prendem-se com: determinação dos dados que poderão explicar, manter ou agravar a dor, sofrimento e incapacidade; conhecer o impacto da dor na vida do indivíduo; e analisar a eficácia do regime terapêutico. É fulcral reconhecer que o indivíduo é o melhor avaliador da própria dor, e acreditar no mesmo. A dor deve ser avaliada regular e

sistematicamente, após o primeiro contacto e, posteriormente, pelo menos uma vez por turno (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

Numa primeira fase, deve realizar-se uma entrevista, com o objetivo de obter dados acerca da história da dor vivenciada pelo indivíduo, tendo em atenção que não deve ser cansativa (AZEVEDO, et al., 2008). De acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008), a mesma deverá conter: o exame físico, as características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração e frequência), as formas de comunicar e expressar a dor, os fatores de alívio e agravamento, as estratégias de coping, o comprometimento das atividades de vida diárias, o conhecimento da doença (por parte do indivíduo e da família), o impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor, os sintomas associados e a descrição do uso e efeitos dos métodos farmacológicos e não farmacológicos.

Para além da história da dor, é indispensável mencionar que existem duas metodologias para a avaliação da dor: a auto e a hetero-avaliação. Na autoavaliação, a avaliação é efetuada pelo próprio indivíduo, que tem por base a perceção e experiência da sua dor. Na hetero-avaliação, a avaliação é realizada pelo enfermeiro, com recurso a escalas comportamentais ou mistas, que incluem indicadores fisiológicos e comportamentais (AZEVEDO, et al., 2008). Estas escalas aplicam-se, sobretudo, em crianças que ainda não atingiram o desenvolvimento da linguagem verbal, em indivíduos que apresentem incapacidade de comunicar e em indivíduos com alterações cognitivas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

Relativamente à autoavaliação, é necessário selecionar os instrumentos de avaliação da

dor. Esta seleção deve ser realizada tendo em conta a situação clínica, os critérios de interpretação, a facilidade de aplicação e a experiência da utilização em outro local (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Deste modo, para avaliar a dor são necessários instrumentos multidimensionais e unidimensionais. Os instrumentos multidimensionais avaliam diversas dimensões da dor, com base em diferentes indicadores de resposta e das respetivas interações. Por sua vez, os instrumentos unidimensionais avaliam somente a severidade ou intensidade da dor, permitindo uma quantificação de forma rápida e credível, sem intervenções invasivas (MARQUES, et al., 2011).

De acordo com MARQUES, et al. (2011), existem oito escalas unidimensionais: Escala Visual Analógica, Escala Análoga das Cores, Escala Visual Numérica, Escala Verbal, Escala das Faces, Escala dos Copos, Escala Comportamental e Escala do Observador. Na avaliação da dor, deverá ser utilizada sempre a mesma escala, no mesmo indivíduo e, alterada apenas se a situação clínica o exigir. Caso aconteça, é necessário informar e ensinar o indivíduo, cuidador principal e família sobre o novo método a utilizar. É fundamental assegurar que os mesmos compreenderam as escalas de autoavaliação, após a realização do ensino (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

O enfermeiro deverá realizar a avaliação da dor do utente sempre que seja necessário e, em seguida, registar a quantificação obtida, assim como todas as características da dor, no processo clínico. Esta forma de atuar permite que o plano de cuidados esteja em constante revisão e, por consequência, adequado ao indivíduo, promovendo o bem-es-

tar e conforto (MARQUES, et al., 2011).

B) Controlo da Dor:

O controlo da dor não inclui apenas o seu tratamento, como também a sua prevenção. Esta fase da prestação de cuidados é, de facto, um estímulo para a profissão de enfermagem, uma vez que a intolerância à dor varia de indivíduo, e de acordo com inúmeros fatores internos e externos (AZEVEDO, et al., 2008). Para este efeito, o enfermeiro deve colaborar com todos os elementos da equipa multidisciplinar com o objetivo de elaborar um plano de intervenções, de acordo com o indivíduo cuidado. O cuidador principal e a família devem, igualmente, ser envolvidos na definição e reajustamento do plano terapêutico (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

A terapia farmacológica inclui os analgésicos, adjuvantes e métodos farmacológicos invasivos. Os primeiros abrangem os opióides (morfina) e os não opióides (anti-inflamatórios não esteroides e antipiréticos). Os segundos, isto é, os adjuvantes, potenciam os analgésicos nos diversos fatores que agravam a dor, como é o caso dos antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsionantes, corticóides, relaxantes musculares e anti-histamínicos. Por último, os métodos farmacológicos invasivos baseiam-se na interrupção da transmissão dolorosa por meio de bloqueios nervosos, através de anestésicos locais e agentes neurolíticos, ou na administração de opióides, anestésicos locais e corticóides por via espinhal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Em relação à administração, é indispensável conhecer as indicações, as contraindicações, os efeitos colaterais e as interações medicamentosas dos fármacos empregados no controlo da dor, como

também prevenir e controlar os seus efeitos colaterais mais frequentes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

É de salientar que as intervenções de enfermagem, no âmbito do controlo da dor, não contemplam apenas a administração da terapêutica farmacológica, uma vez que as medidas não farmacológicas possuem igual relevância. Assim, estas medidas, realizadas pelos enfermeiros, são intervenções autónomas de enfermagem, tendo somente por objetivo a eliminação da dor, mas sobretudo a sua redução (AZEVEDO, et al., 2008). É de realçar que estas intervenções não devem substituir a terapêutica farmacológica, mas sim complementá-la, sendo selecionadas de acordo com as preferências do indivíduo, com os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) defende que estas medidas abrangem três componentes: cognitivo-comportamentais (terapia cognitiva, reestruturação cognitiva, treino de habilidades de coping, relaxamento com imaginação, distração), físicas (aplicação de frio e calor, exercício, massagem, estimulação elétrica cutânea – TENS) e suporte emocional (toque terapêutico e conforto).

No que respeita à componente cognitivo-comportamental, a reestruturação cognitiva permite ao enfermeiro instruir acerca da monitorização e avaliação dos pensamentos negativos, com o objetivo de formar pensamentos adaptativos (SOUSA, 2009). Em relação à intervenção de relaxamento com imaginação proposta pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008), AZEVEDO, et al. (2008) divide-a em duas técnicas: de relaxamento e de imaginação guiada. A primeira tem por base o relaxamento progressivo dos múscu-

los, permitindo o relaxamento de todos os grupos musculares, e o relaxamento pela respiração, que recorre a diferentes tipos de respiração consoante o grau de dor (aumento da dor com inspirações e expirações lentas e profundas, progredindo para uma respiração superficial quando a dor alcança o seu patamar máximo). A técnica de imaginação guiada, com recurso a vários mecanismos, possibilita ao indivíduo reviver um acontecimento anterior da sua vida, que lhe tenha sido agradável (AZEVEDO, et al., 2008). SOUSA (2009) menciona, ainda, que a imaginação consiste na substituição da dor por imagens, de locais e objetos, do agrado do indivíduo. A distração permite minimizar a perceção da dor e aumentar a disposição do mesmo, conseguindo que este tenha uma sensação de controlo do momento doloroso. Para que tenha sucesso, o indivíduo tem que apresentar capacidade de se focar em algo, e deverá ser realizado no período de tempo até o medicamento atuar ou aquando de um procedimento doloroso. São exemplos de distração: abordar temas de conversa (nomeadamente acerca de uma lembrança positiva, de um livro ou da família), técnicas que estimulem os sentidos (ex.: cantar), respiração profunda e regular (SOUSA, 2009).

Por sua vez, a componente física tem igual importância. A aplicação de calor por meio de compressas, panos quentes ou forma de esponja, estimula a vasodilatação e suavização do tecido, o que acarreta inúmeras vantagens, nomeadamente a eliminação das toxinas do corpo, redução dos espasmos musculares e relaxamento da região gastrointestinal. A aplicação de frio (crite-riapia), por um lado, permite manter o tónus e o relaxamento muscular, uma vez que atra-

sa a condução do impulso nervoso e, por outro, provoca vasoconstrição, reduzindo a inflamação e o edema, diminuindo a dor. Esta técnica estimula, ainda, a síntese de noradrenalina, que em quantidade aumentada proporciona ao indivíduo uma sensação de controlo, confiança e excitação. É, também, de referir a massagem, que possibilitando a linguagem estabelecida através da pele e de diversos movimentos manuais, reduz ou elimina as tensões e posteriormente diminui a dor (AZEVEDO, et al., 2008). A estimulação elétrica cutânea, denominada comumente por "TENS", corresponde à aplicação de impulsos, de baixa frequência e curta duração, visando o alívio da dor. A adequada monitorização, aquando do tratamento, permitirá avaliar a eficácia, possíveis alterações de posição dos elétrodos ou novos parâmetros a serem modulados (PENA, BARBOSA, & ISHKAWA, 2008).

AZEVEDO, et al. (2008) acrescenta, ainda, no âmbito do controlo da dor, outros aspetos nos quais é importante intervir. O ambiente físico deverá ser otimizado, com o objetivo de proporcionar um ambiente terapêutico, que possibilitará bem-estar psicológico, físico, emocional e espiritual. A temperatura ambiente ajustada, evita a sensação de mal-estar e desconforto, assim como o vestuário e roupa da cama limpos. Outro fator a ser controlado é o ruído que, sendo excessivo, poderá despertar comportamentos de irritação, frustração e agressividade. Por último, a iluminação com luz natural deverá ser potenciada, uma vez que estimula os sistemas circadianos e neuro-endócrinos, que regulam a homeostase do organismo. O equilíbrio da luz natural com a artificial, permite rentabilizar a capacidade funcional do indivíduo e

umentar o conforto e bem-estar.

A musicoterapia assume também um papel preponderante no âmbito das intervenções não farmacológicas no controlo da dor. Proveniente desde os antepassados do Homem, a música começou a ser utilizada na área da Enfermagem como método terapêutico por Florence Nightingale. É conhecido que acarreta diversas dimensões humanas, nomeadamente biológica, emocional e espiritual, e a sua aplicação terapêutica visa a diminuição da ansiedade e stress, através de mecanismos como distração, alterações na perceção, a libertação de endorfinas e o relaxamento. (LEÃO & SILVA, 2004).

RIGOTTI & FERREIRA (2005) reforçam que, para se prestar cuidados ao indivíduo com dor, são necessários: habilidade técnica, conhecimentos, intuição e sensibilidade. Assim, para além das técnicas realizadas, é fulcral uma relação enfermeiro/doente, compaixão, interesse, afetividade, conforto, ajuda, apoio e promoção, restabelecimento e favorecimento da satisfação de viver. A comunicação entre o enfermeiro e o doente, assim como o respeito pela individualidade, a relação empática, o desejo de perceber o viver do doente, saber escutar e questionar de forma simples e direta, permite entender quando ocorre a dor e como ela afeta o mesmo. A observação é outro aspeto de extrema importância, sendo que, por um lado, permite (além da avaliação da dor) identificar as reações do indivíduo, ou seja, caracterizar o fâcias do doente: se chora, como se expressa verbalmente, como encara a sua situação e a forma como reage, nomeadamente, com a presença de medo, angústia, irritabilidade, insónia, entre outros. Por outro lado, permite identificar fatores fisiológicos, como: palidez,

sudorese, taquicardia, hipertensão arterial, taquipneia ou alteração da tensão muscular (RIGOTTI & FERREIRA, 2005). O apoio, segurança, relaxamento, redução da ansiedade e de outros fatores desconfortantes, permitem ao indivíduo atingir o conforto.

Relativamente à relação de ajuda, através da demonstração de interesse pelo indivíduo (ex.: segurar a mão, toque), poder-se-á rentabilizar o controlo da dor (SOUSA, 2009). O toque tem a finalidade de "compreender melhor o empenhamento recíproco na relação de intimidade, confidencialidade e confiança entre enfermeiro e o doente" (AZEVEDO, et al., 2008: pág. 81), na qual o enfermeiro pode transmitir tranquilidade. Esta técnica possibilitará a redução da ansiedade (uma vez que o indivíduo sentirá o enfermeiro próximo, em oposição à solidão) e, por conseguinte, a diminuição da dor. Pode-se, assim, aferir que, consoante a situação, as intervenções de enfermagem devem contemplar: um relacionamento confiante, promoção de um ambiente calmo e de sensação de conforto geral, alteração de posições, distração para afastar a atenção da dor, promover a autoconfiança, criação de uma comunicação-empatia eficazes e apoio emocional ao doente e à sua família (RIGOTTI & FERREIRA, 2005).

C) Ensino ao Indivíduo/ Cuidador Principal/ Família:

Os profissionais de saúde não devem ser os únicos portadores de conhecimento. O envolvimento dos próprios indivíduos e da sua família torna-se fulcral, para que com a informação disponibilizada, possam agir em segurança com o objetivo de controlar a dor. A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) refere que se deve ensinar aspetos da dor, as suas

medidas de controlo e o autocontrolo no recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas, assim como o seu treino. É necessário referir os efeitos colaterais dos analgésicos e os mitos que dificultam o controlo da dor. Deve-se transmitir informação acerca das medidas de controlo, dos efeitos colaterais dos opióides e da necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor. O enfermeiro deverá fornecer uma estratégia simples para registar, no domicílio, o efeito da terapêutica analgésica e os efeitos colaterais. Deve, igualmente, incentivar a utilização de um diário de dor, para facilitar o autocontrolo e a continuidade dos cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

Com o objetivo de reforçar o ensino, deve-se disponibilizar informação escrita, o que permitirá o esclarecimento de dúvidas fora do contexto hospitalar.

Conclusão:

A dor crónica é uma experiência complexa e multidimensional. É complexa, por depender do indivíduo afetado, e das suas experiências anteriores e presentes, e é multidimensional por se refletir não só ao nível físico, mas psíquico, social e em todas as dimensões da vida do mesmo. Pode existir um conjunto diverso de repercussões no indivíduo com dor crónica, que se estendem desde a dinâmica pessoal e familiar até ao meio socioprofissional. Algumas comorbidades de carácter psiquiátrico podem surgir estando associadas ao fator temporal – a cronicidade – da dor, como é o caso da depressão e da ansiedade. Estas influenciam e são influenciadas pelo distúrbio do sono associado à dor.

As metas para o tratamento da dor são inferidas através da avaliação que o enfermeiro realiza, obtendo informações fulcrais acerca da história da dor. Posteriormente, o enfermeiro atua no tratamento, através da administração das prescrições médicas para o alívio da dor, da avaliação da eficácia do que é administrado, da monitorização dos efeitos adversos, da defesa do indivíduo quando observa que a intervenção selecionada não é eficaz no alívio da dor. O enfermeiro educa, ainda, o utente e a sua família com o objetivo de capacitá-los para gerir a prescrição. O papel do enfermeiro no controlo da dor, nomeadamente através das medidas não farmacológicas, passa pela criação de uma relação terapêutica, pautada de confiança, apoio, comunicação, conforto e respeito pela individualidade de cada indivíduo. A consulta telefónica, uma outra forma de intervenção, tem assumido uma grande relevância na atualidade, permitindo apoio e esclarecimento ao indivíduo com dor, cuidadores principais e família.

O cuidado ao indivíduo com dor crónica exige uma abordagem multidisciplinar e um cuidado personalizado.

Lista bibliográfica:

AZEVEDO, Ana; MAIA, Isabel; PEDRO, João; RIBEIRO, Jorge; BARBOSA, Marta - Abordagem Autónoma do Enfermeiro na Dor. Ser Saúde. ISSN 1646-5229. Vol. 11 (2008) p. 68-85.

CASTRO-LOPES, José; SARAMAGO, Pedro; ROMÃO, José; PAIVA, Maria da Luz - A Dor Crónica em Portugal. Pain Proposal. (2010), p. 1-12.

CASTRO, Martha M.C.; DALTRO, Carla - Sleep patterns and symptoms of anxiety and de-

pression in patients with chronic pain. Arquivos de Neuropsiquiatria. ISSN 0004-282-X. Vol. 67, n.º 1 (2009), p. 25-28.

CASTRO, Martha; KRAYCHETE, Durval; DAL-TRO, Carla; LOPES, Josiane, MENEZES, Rafael; OLIVEIRA, Irismar - Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. Arquivos de Neuropsiquiatria. ISSN 0004-282-X. Vol. 67, n.º 4 (2009), p. 982-985.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE. Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa. n.º 11 (2008), p. 1-16. 18 Junho 2008. [Consult. 16 Abril 2012]. Disponível em WWW: www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControladaDor.pdf.

LEÃO, Eliseth; SILVA, Maria Julia - Música e dor crônica músculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ISSN 0104-1169. Vol. 12, n.º 2 (2004), p. 235-41.

LIMA, Mônica; TRAD, Lenny - Dor crônica: objeto insubordinado. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro. ISSN 0104-5970. Vol.15, n.º 1 (2008), p. 117-133.

MARQUES, Ana; RIBEIRO, Anabela; MENDES, Milene; RODRIGUES, Sofia - Avaliação e registo da dor de modo sistemático. Enfermagem. Vol. 14 (2011), p. 8-13.

MARTINS, Madalena - A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente/Família com Dor Crónica. Lisboa: Universidade Aberta, 2009. Tese de Mestrado.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Dor: Saiba o que é a dor e como combatê-la. Portal da Saúde. (2011). 1 Nov. 2005. [Consult. 25 Abril 2012]. Disponível em www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/cuidados+paliativos/dor.htm.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE. ISBN 978-972-99646-9-5. Vol. 1, n.º 1 (2008), p. 9-21.

PENA, Rodrigo; BARBOSA, Leandro; ISHKAWA, Neli - Estimulação Elétrica Transcutânea do Nervo (TENS) na Dor Oncológica: uma Revisão da Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia. ISSN 0034-7116. Vol. 54, n.º 2 (2008), p. 193-199.

RIGOTTI, Marcelo; FERREIRA, Adriano - Intervenções de enfermagem ao paciente com dor - Arquivos de Ciências da Saúde. ISSN 1807-1325. Vol. 12, n.º 1 (2005), p. 50-54.

SANDRIN, Luciano - Como Enfrentar a Dor: entender, aceitar e interpretar o sofrimento. 2ª Ed. Prior Velho: Edições Paulina, 2008. ISBN 8573117990.

SOUSA, Maria de Fátima - O Enfermeiro e as Técnicas Não Farmacológicas no Controlo da Dor: Informação/Aplicação. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2009. Tese de Mestrado.

Cuidar da Criança em Fim de Vida: Da Teoria à Intervenção



VIVIANA MOURINHO

Enfermeira - Hospital Garcia de Orta, EPE, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos; Experiência anterior em Internamento de Pediatria Médica/Cirurgia Pediátrica; Pós-Graduada em Enfermagem em Neonatologia na Escola Superior de Saúde São Francisco das Misericórdias; Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde

RESUMO

Desde os primórdios da humanidade que o nascimento e a morte têm despertado no ser humano uma grande curiosidade e preocupação. Toda a sua existência é dominada por uma luta incessante entre duas poderosas forças antagônicas (e complementares): a vida e a morte. Quando uma criança morre, o ciclo parece antinatural. Num ápice, o potencial humano perde-se, e o sonho torna-se rapidamente em destruição. Neste sentido o acompanhamento da criança em fim de vida, apresenta múltiplos desafios para uma prática de enfermagem de excelência, sendo necessário perceber a criança ao nível do seu desenvolvimento, adaptando e desenvolvendo uma intervenção diferenciada, assim como à sua família.

Palavras-chave: Criança; Fim de Vida; Morte; Enfermagem

ABSTRACT

Since the dawn of humanity that birth and death have aroused great curiosity and concern in the human race. Its whole existence is dominated by a constant struggle between two powerful opposing forces (and complementary): life and death. When a child dies, the cycle seems unnatural. Swiftly, human potential is lost, and the dreams are quickly destroyed. In this sense, monitoring the child's end of life presents many challenges for nursing practice excellence, it is necessary to perceive the child's level of development, adapting and developing a differentiated intervention, as well as to the family

Keyword: Child; End of Life; Death; Nursing

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade que o nascimento e a morte têm despertado no ser humano uma grande curiosidade e preocupação. Toda a sua existência é dominada por uma luta incessante entre duas poderosas forças antagônicas (e complementares): a vida e a morte. Neste sentido, a morte é, ainda hoje, um dos maiores mistérios da vida. Daí que suscite muitos sentimentos na tentativa de suavizar a angústia e acalmar a ansiedade face ao desconhecido. A morte e o processo de morrer ainda constituem um assunto tabu na sociedade ocidental contemporânea. Ainda se assiste continuamente à negação da própria finitude, atitude que acaba por se repercutir na diminuição da atenção e do cuidado aos que se encontram na fase final da vida. Quando uma criança morre, o ciclo parece antinatural. Num ápice, o potencial humano perde-se, e o sonho tornar-se rapidamente em destruição. Os pais, irmãos e profissionais de saúde ficam a lamentar a perda da criança. Esse dilema tem encorajado muitos líderes de enfermagem para explorar métodos de pesquisa prática baseada em evidências para promover melhores resultados para todos os envolvidos no processo de cuidados paliativos. (Morgan, 2009:86)

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel preponderante, aplicando “conhecimentos e capacidades facilitadoras da dignificação de morte e dos processos de luto.” (OE, 2009:21) Segundo Morais (2010) citado por Namora e Vara (2011:8) a nível nacional “ (...) não existe nenhuma estratégia definida especificamente para a pediatria no que respeita a cuidados paliativos e (...) todos os anos surgem (...)

350 novos casos de crianças e adolescentes a necessitar de cuidados paliativos, numa área onde o país está muito atrasado.” Assim sendo, torna-se de extrema importância que os enfermeiros, desenvolvam sensibilidade e mestria no âmbito do cuidado à criança em fim de vida, de forma a prestar cuidados de enfermagem consistentes e adequados quer às necessidades da criança, quer ao seu nível de desenvolvimento. (Paixão, 2009 p.81)

Desta forma, numa primeira parte do trabalho pretende-se clarificar conceitos, como o significado de morte na atualidade, assim como a representação da morte para a criança relacionando e adequando ao seu nível de desenvolvimento. Na segunda parte, encontra-se presente uma abordagem à intervenção de enfermagem, perante a criança em fim de vida, e o enfermeiro e a morte.

A MORTE NO PRESENTE

A desumanização e despersonalização da morte são uma realidade da sociedade moderna. Símbolo da injustiça e de insucesso, a morte é inestética para uma sociedade que valoriza a beleza, a perfeição física, a juventude e a produtividade. “Num passado bem próximo, e nas sociedades ocidentais, as pessoas morriam em casa. Actualmente morre-se no hospital, passámos a ocultar a morte, tornando o processo de adaptação à perda ainda mais difícil.” (Costa, 2009:8)

Segundo a CIPE (2002:43) a Morte é um Fenómeno pertencente ao “desenvolvimento físico, com as seguintes características específicas: cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando aos fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência

de batimentos cardíacos, da respiração e da actividade cerebral”.

Callaham (1993) citado por Barbosa (2002:3) descreve a imagem da morte na medicina moderna “ (...) a morte não é construída como um desenvolvimento biológico inevitável, mas como um falhanço médico. A morte foi deslocada da natureza para a responsabilidade humana.” (Costa, 2009:9) Deste modo “ (...) nos cuidados de saúde atuais, os cuidados paliativos funcionam como uma ponte entre uma abordagem científica orientada para a cura e uma abordagem humanística que enfatiza a arte de cuidar com compaixão que privilegia a utilização das faculdades intuitivas ao pensamento crítico.” (Kane e Primo, 2001 citados por Paixão, 2009:81)

A MORTE E A CRIANÇA

“A concepção da morte na criança inicia-se pela consideração da morte do outro para evoluir para a concepção da sua própria morte. (...) A criança desde uma etapa muito precoce, já tem uma representação da morte que vai gradualmente evoluindo, paralelamente ao seu desenvolvimento cognitivo. (Mendes, 2008:26) Assim sendo, o conhecimento do conceito que a criança tem da morte pode fornecer linhas orientadoras daquilo que poderá ser capaz de compreender nas diferentes etapas do desenvolvimento.

Deste modo, a reação e comportamento da criança quando se depara com a morte vai depender do seu desenvolvimento cognitivo e psicossocial, sendo que cada grupo etário se comportará de forma distinta, torna-se assim imprescindível aos cuidados de enfermagem à criança em fim de vida que “ (...) os profissionais de saúde envolvidos nestas circunstâncias desenvolvam os seus conheci-

mentos sobre o significado de doença grave para a criança e o seu conceito de morte, de forma a poder envolvê-la, de acordo com a idade e capacidade cognitiva, na tomada de decisão quanto às orientações de cuidados.” (Silva e Novais, 2009:18)

Giammona e Malek (2002) citados por Silva e Novais (2009) referem que “ a criança pequena, pelos dezoito meses (...), apesar de não compreenderem que estão doentes e que necessitam de tratamento, sentem dor e desconforto por estarem rodeados de muitas pessoas diferentes e desconhecidas e de estarem sujeitos a procedimentos invasivos que lhe interrompem o sono e brincadeiras. A partir dos dezoito meses (...), começa a fazer associações entre a dor e os profissionais de saúde, e a reagir contra as intervenções (...). ” Na idade pré-escolar “ as intervenções dos profissionais de saúde representam para a criança punições ou castigos, e a doença é a prova de que ela fez ou pensou alguma coisa má.” (Giammona e Malek, 2002 citados por Silva e Novais, 2009:20) Whaley e Wong, (1989) citados por Namora e Vara (2011:7) referem ainda neste contexto que neste grupo etário a morte pode ser associada “ (...) a mau comportamento ou resultante de desobediência, pois ainda se encontra muito influenciado pelo resquício do pensamento mágico.” Por sua vez Proença (1998) citado por Silva e Novais (2009:20), menciona que “nesta idade, a criança começa a perceber a morte como morte do outro, do animal de estimação ou de algum familiar.” No grupo etário dos setes aos doze anos, de acordo com Trill (1996) citado por Silva e Novais (2009:20), “a criança (...), entende que a doença é causada por microorganismos ou outras formas externas e começam a adqui-

rir algum entendimento das causas internas da sua doença.” Giammona e Malek, (2002) citados por Silva e Novais (2009:21), adicionam que “a criança, nesta etapa apresenta um conceito de morte amadurecido. Embora já perceba o conceito de futuro, ele é visto como algo longínquo, assim como a morte é vista como algo que acontece aos mais velhos.” Mendes (2008:27) aponta ainda que “por volta dos seis anos, já percebem que a morte abrange prejuízo físico irreversível para o corpo, (...) cerca dos dez anos, as crianças já têm uma compreensão de morte idêntica à do adulto.” Por fim o adolescente entende a morte como universal, irreversível e permanente, o conceito de morte ao longo da infância vai sendo adquirido e modificado quer através de experiências pessoais de contato com a morte, quer da educação e atitudes dos pais e família perante a morte. (Silva e Novais, 2009:22)

Piaget definiu, no entanto, apenas dois períodos distintos na obtenção do conceito de morte. O primeiro ocorre por volta dos sete anos, quando a criança apresenta a noção de irreversibilidade e distingue os seres vivos dos inanimados, e um segundo momento ocorre na fase de adolescência, quando passa a entender a morte como algo universal ocorrendo o término das actividades corpóreas do ser humana. (Almeida e Sabatés, 2008, citados por Namora e Vara, 2011:7)

Mendes (2008:26) refere em sentido lato que a criança tem a percepção da sua doença e iminência de morte, a mesma vivência desde o início o processo de doença e morte através das “ (...) separações durante a hospitalização, do medo do desconhecido. Além da morte em si, o que a criança teme é ficar

sozinha, sentir dor e ser esquecida.”

CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA EM FIM DE VIDA

O cuidar em fase final de vida tem como objectivo principal “ proporcionar o máximo conforto, promovendo a máxima dignidade de vida, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte.” (Neto, 1999 citado por Namora e Vara, 2011:8)

Segundo Levetown e Cárter (1998) citados por Silva e Novais, (2009:23), “(...) é dever dos profissionais de saúde ajudar a criança a realizar o seu potencial único e exprimir a sua singularidade como ser humano, promovendo o exercício dos seus direitos à: autonomia, privacidade, confidencialidade e dignidade.” Oliveira [et al] (2008:36) refere neste âmbito que “ (...) enquanto enfermeiros, devemos entrar e agir como mediadores (...), ajudando o doente a aceitar o inevitável, a ver a morte como uma fase do ciclo de vida, a última, e dando apoio e condições para que os familiares aceitem a situação e possam ser uma força coesa e não uma força disruptiva.” Mendes (2008:26) reforça neste sentido a importância dos profissionais de saúde que prestam cuidados à criança em fim de vida “ (...) na clarificação e facilitação da expressão dos seus sentimentos, fantasias e temores frente à morte, evidenciando a necessidade de ajudá-las no processo de elaboração do luto.”

A gestão de informação sobre a doença e o processo de morte com a criança, é uma função importante para a diminuição da carga emocional da doença. Os pais devem sentir-se apoiados pela equipa de profissionais de saúde, pelo que a informação transmitida aos pais deve ser o mais completa e verda-

deira possível, uma vez que é nessa informação que os pais irão fundamentar as suas decisões. (Silva e Novais, 2009:21) De acordo com Trill (1996) citado por Silva e Moraes (2009:22) "A clareza do discurso e a honestidade da linguagem são ferramentas necessárias para comunicar com os pais e crianças numa situação de doença terminal (...), focalizando os cuidados em aspetos importantes de adaptação psicossocial e diminuindo a sensação de isolamento do doente, embora nunca se deva destruir a esperança dos pais e familiares."

Mendes (2008:28), expõe, neste sentido que a " (...) relação de esperança é uma relação em que é promovido um sentido de possível, em que são antecipadas possibilidades através do reconhecimento do valor dos objetos de esperança dos pais. O profissional promove esperança dos pais quando dá informação consistente com a sua necessidade sentida e dá alternativas, para si próprio ou para os seus filhos em vez de conclusões definitivas, permitindo o controlo e escolha dos pais." No âmbito da comunicação com os pais face à perda e luto, Paixão (2009:79) indica a necessidade, por parte do enfermeiro, de " (...) capacidades comunicacionais complexas onde o elemento presença adquire um papel fundamental: estar simplesmente presente sem necessidade de fornecer qualquer resposta é em muitos momentos a modalidade de comunicação preferencial." Assim sendo, " (...) a própria criança doente terá igualmente direito à informação, com as limitações e diferenças evidentes tão dispareas como as que vão desde a primeira infância até à pequena adolescência, (...) a informação da criança é feita na presença dos pais e com a sua participação, para que estes sejam

testemunhas do que foi dito entre médico/enfermeiro e a criança. Esta forma de procedimento é um meio eficaz de criar ou reforçar a aliança terapêutica que reside numa confiança e compreensão mútua aquando do cuidar da criança." (Mendes, 2008:24)

Num estudo de Pritchard [et al] (2008) citado por Paixão (2009:78) é referido as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde que foram sentidas como mais significativas para os pais, sendo elas "(...) controlo terapêutico da dor e ansiedade da criança, a disponibilidade para estar junto da criança e família, a competência na realização dos cuidados e o aconselhamento." De acordo com Knapp [et al] (2011:122), a compaixão, carinho, bondade e ser genuíno são algumas das habilidades mais importante do enfermeiro de cuidados paliativos pediátricos, segundo as crianças.

"O trajeto de morte de uma criança, especialmente se os pais acreditam que a criança sofreu, influencia diretamente a capacidade dos pais continuarem a sua vida e funções durante e após a morte da criança. Facilitar uma "boa morte" é uma prioridade para a saúde das famílias enlutadas. Contudo, a falta de dados tais como detalhes sobre as últimas horas ou semanas de vida de uma criança ou adolescente dificulta a implementação de estratégias que contribuam para tal e sem dúvida que as formas de facilitar uma boa morte estão embebidas e escondidas nesses detalhes." (Hinds, Schum, Baker e Wolfe, 2005 citados por Paixão, 2009:81) Souza [et al], (2008:323) menciona a importância do cuidado com as famílias após a morte da criança, explicando que deverá ser " (...), será norteado por escolhas que a própria família fizer, e a equipa deve oferecer oportunidade

e espaço para a sua manifestação. Humanizar o cuidado é uma meta a perseguir, e a humanização se faz presente no cuidado prestado ao ser que chega, ao que se vai, e àqueles que permanecem.”

ENFERMEIROS E O FIM DE VIDA

O enfermeiro está constantemente exposto a situações de grande sofrimento e ambivalência que por vezes o induzem numa postura defensiva, a comportamentos e acções que não são facilitadoras no processo de aceitação. Muitas das atitudes dos enfermeiros perante a morte são resultantes não só da experiência pessoal, mas também do modelo profissional (organizacional) e da sua própria integração no mundo do trabalho; onde são frequentemente utilizados meios artificiais para sustentar a vida a qualquer preço, e onde a morte é vivida como uma falha. No encadeamento da compreensão do conceito de morte e da forma como este se relaciona com a nossa existência enquanto pessoas e enfermeiros, Oliveira [et al], (2008:34), refere que o mesmo “ (...) está intimamente ligado às vivências pessoais de perdas anteriores, dentro e fora do seio profissional, o que vai influenciar a nossa actuação perante a morte, dado não sermos imunes à perda e ao luto, pelo que é necessário ter essa consciência, permitindo a nós próprios ter a oportunidade e espaço de sofrer quando necessário, a fim de manter uma mente sã e capaz de prestar cuidados ao utente.”

No que diz respeito à morte na criança, Siva e Novais (2009:23) referem que um dos maiores obstáculos é “ (...) o facto de existir o conceito de que a criança ainda é um ser em formação e que a morte irá deixar a memória de um ser inacabado.” Mendes (2008:23),

adiciona ainda que “os enfermeiros, no seu relacionamento diário com as crianças são sensíveis à dor e ao sofrimento. No entanto, e partindo das suas próprias limitações humanas, dadas as características específicas, essencialmente psicológicas das crianças com doença oncológica, envolvem-se inevitavelmente na situação e, muitas vezes projetam-na a nível pessoal.” Ainda neste âmbito Costa (2009:8), revela que “a perda de uma pessoa amada é das experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer. É penosa não só para quem experimenta como também para quem observa, ainda que pelo simples facto de nos sentirmos impotentes para ajudar.”

Trabalhar na prestação de cuidados à criança em fim de vida, impõe continuamente a questão da eficácia profissional, desafia os mecanismos de defesa contra a angústia, depressão e medo da morte bem como o medo da sua própria morte. Desta forma “o risco de viver angústias diversas ou depressão é grande pelo que o profissional deve criar entre si e a criança/pais uma distância suficiente que lhe permita (...) não se deixar abater, manter-se firme. Mas se essa distância é demasiado grande também se corre o risco de ficar insensível, frio e distante. Trata-se pois de encontrar um ponto de equilíbrio.” (Mendes, 2008:28)

Morgan (2009:88) indica que sensação de fracasso aumenta as reacções de luto e intensifica sentimentos de impotência, culpa, raiva e tristeza. Cuidar de crianças em fim de vida, aumenta a consciencialização das enfermeiras das suas próprias perdas e vulnerabilidades, aumentando por isso níveis de ansiedade e stress. Neste sentido, as enfermeiras, por vezes, tentam centrar-se na prestação de

cuidados físicos, tentando minimizar as interações com a criança e família tanto quanto possível, como defesa de sentimentos de stress e angústia.

Por fim, apresenta-se com uma importância especial e preponderante, após a morte da criança que o enfermeiro possa avaliar a pertinência e a insuficiência dos seus atos, desmascarando deste modo o obscuro que se sente, a fim de não sofrer excessivamente com a confrontação da morte das crianças e ficarem disponíveis para os seus pais e para outras crianças que esperem pelos seus cuidados. (Mendes, 2008:30)

CONCLUSÃO

Em conclusão acompanhar uma criança em fim de vida, sendo que em todas as idades o acompanhamento é essencial, tornando-se na criança além de fundamental também uma exigência ética, é estar consciente que temos juntos de nós uma criança, que tem a necessidade de encontrar nos olhos dos outros a confirmação do valor da sua vida, do valor da presença que ela oferece, ainda que por pouco tempo. A criança em fim de vida não nos torna indiferentes, mas sim auxiliam-nos a aceitar que somos limitados nas nossas ações, mas jamais no amor que poderemos partilhar. (Namora e Vara, (2011:7; Mendes, 2008:31)

Por fim é importante que o enfermeiro tome consciência da morte como fazendo parte do ciclo da vida de modo a poder ajudar a criança em fim de vida. Os sentimentos que os enfermeiros vivenciam são importantes na sua vida e influenciam constantemente o seu comportamento. Assim sendo, o adequado conhecimento de si torna-se crucial para que o enfermeiro ultrapasse da melhor forma a

experiência da morte, tirando dela o máximo proveito possível para se desenvolver e evoluir, respeitando as suas crenças, hábitos, aversões, medos, limites, valores, motivações e sentimentos de cada pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa. (2002)

COSTA, M. – Reflectindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. Revista Nursing, Edição de Novembro. Lisboa (2009), p.8-13.

KNAPP, C.; MADDEN, V.; WANG, H.; CURTIS, K.; SHENKMAN, P. - Pediatric Nurses' Attitudes Toward Hospice and Pediatric Palliative Care. Pediatric Nursing, May/June, vol.37, nº3. (2011), p.121-126

MENDES, R. – A criança e família face à doença oncológica. Revista Nursing, Edição de Junho. Lisboa (2008), p.22-32.

MORGAN, D. - Caring for Dying Children: Assessing the Needs of the Pediatric Palliative Care Nurse. Pediatric Nursing, March/April, vol.35, nº2. (2009), p.86-90

NAMORA, A.; VARA, L. - Quando a vida termina na Adolescência: Desafios do Cuidar. Revista Nursing, Edição de Outubro. Lisboa (2011), p.6-10.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Caderno Temático, Dezembro, 2009. [Consulta 19 Junho 2012]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

OLIVEIRA, C.; FERREIRA, F.; ALFAIATE, M.; SILVA, L.; MATOS, T. - Os enfermeiros perante a morte. Revista Nursing, Edição de Outubro. Lisboa (2008), p.30-36.

PAIXÃO, M. – O Sofrimento na Criança e no Adolescente com Doença Oncológica em Fim de Vida. Revista Pensar em Enfermagem, vol.13, nº1. Lisboa (2009), p.72-84

SILVA, F.; NOVAIS, S. – Aspectos psicológicos da criança com cancro. Revista Nursing, Edição de Junho. Lisboa (2009), p.18-23

SOUZA, A.; LEÃO, L.; SILVA, V.; GOMES, V. – Luto no Período Neonatal: Intervenções à família. Revista Nursing nº11 (122). Brasil, (2008), p.318-323

INTRODUÇÃO

A temática dos Cuidados Paliativos é uma constante na sociedade actual, devido ao aumento considerável das doenças crónicas, bem como da esperança média de vida.

Não podemos por isso esquecer o sofrimento associado à doença terminal, bem como os valores éticos essenciais da pessoa. (BARRETO, 2008, p.26)

Assim, o objectivo primordial preconizado para este artigo científico é compreender de que forma é que o sofrimento, em Cuidados Paliativos contribui para dar sentido à vida

CUIDADOS PALIATIVOS

Os Cuidados Paliativos são considerados como a filosofia, a disciplina e a prática que visam melhorar a qualidade de vida do doente e suas famílias abarcados por doenças letais com vista à prevenção e alívio do sofrimento. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002)

Neste tipo de cuidados cuida-se essencialmente de pessoas com uma doença avançada, progressiva e incurável; com impossibilidades razoáveis de resposta a tratamentos específicos; com a presença de inúmeros sintomas intensos e incapacitantes; provocando um grande impacto emocional no doente e família relacionado essencialmente com o medo da morte. (GUIA DE CUIDADOS PALIATIVOS DA SECPAL, p.4)

Os Cuidados Paliativos preconiza-se que sejam cuidados fundamentalmente activos, coordenados e globais, concebidos por unidades e equipas específicas, em contexto de internamento ou de domicílio, a pessoas em estado de sofrimento consequente de doença grave e ou incurável em fase avançada e

de rápida evolução, com vista a promover o seu bem-estar e qualidade de vida. (DECRETO DE LEI, 2006, p.3857) Assim, a dignidade, o conforto e a qualidade de vida são pressupostos dos Cuidados Paliativos, com vista a encarar a morte como um processo natural. (NETO, p.19).

O conceito de paliar, segundo a CIPE (2005, p.14o), é " (...) providenciar conforto e controlo da dor a pessoas com doença terminal através de apoio físico, emocional, psicológico e espiritual".

Desta forma, os Cuidados Paliativos incidem sobre tudo na prevenção, com vista a prevenir o sofrimento, provocado por sintomas como a dor, a fadiga, as náuseas e os vómitos, a dispneia; ou motivado por perdas conotado com a doença terminal, com vista a diminuir o risco de lutos patológicos. (NETO, 2010, p.21)

SOFRIMENTO

A temática dos Cuidados Paliativos está intimamente ligada ao sofrimento. Ou não fosse a constante referenciação da mesma palavra aquando da busca da descrição destes cuidados, como se verifica nas definições supracitadas.

Entenda-se por sofrimento uma sensação psíquica provocada pela dor, particularmente quando esta dor está conotada com sentimentos de perda, com risco da integridade da pessoa a nível biológico, psicológico ou social. (PINTO, 2008, p. 39) Ou seja, o sofrimento surge aquando da ameaça ou assolamento da integridade de uma pessoa. (BARRETO, 2008, p. 26) Este é individual e único para cada pessoa, devido às experiências prévias, anteriores e ao significado que se atribui a cada situação, relacionados com os

valores e as crenças pessoais. (PINTO, 2008, p. 44).

O sofrimento é um “ (...) sentimento prolongado de grande pena associado a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é , sintomas físicos e crónicos como a dor , desconforto ou lesão, stress psicológico crónico, má reputação ou injustiça.” (CIPE, 2005, p.88)

Para RIBEIRO (2005), citada por BARRETO (2008, p.28), o sofrimento pode ser diferenciado em dois tipos: o sofrimento físico ou o sofrimento psicológico. O sofrimento físico abarca as doenças (passageiras, prolongadas ou terminais; agudas ou crónicas), assim como com as deficiências, ou o causado pelas guerras e pela fome. No que concerne ao sofrimento psicológico, este está intimamente relacionado com as alterações comportamentais, perturbações da personalidade, dependências e depressão. No entanto estes dois tipos de sofrimento podem coexistir, uma vez que são desencadeados pelas relações entre as pessoas. Das relações são provenientes incompreensões, intolerâncias, indiferenças, maus tratos que geram sofrimento.

Em suma, o sofrimento é um fenómeno da existência e significativo, mas de cariz subjectivo, e que a sua abordagem necessita da percepção do quadro de referências da pessoa. (PINTO, 2008, p.44)

CUIDADOS PALIATIVOS E O SOFRIMENTO

A condição de doença gera sofrimento, estando inerente à mesma a dor, o medo, o medo do próprio sofrimento e o medo da morte como nos refere RIBEIRO (2005), citada por BARRETO (2008, p.29). Quando a palavra doença está associado ao diagnós-

tico de cancro, neoplasia ou doença oncológica estas só por si já acarretam uma carga emocional e de sofrimento. (BARRETO, 2008, p.29).

As limitações físicas e psicológicas que ocorrem com a evolução da doença levam a pessoa a questionar o sentido da vida, uma vez que pode colocar em causa a qualidade de vida desejável, com vista à sustentabilidade da dignidade e identidade da pessoa. (PINTO, 2008, p. 40)

Para NETO (2004), citada por BARRETO (2008, p.31), os doentes terminais mencionam como causas de sofrimento: a perda de autonomia e consequentemente a dependência de outros; o descontrole de sintomas; alterações da imagem corporal; perda do sentido da vida; perda de dignidade; alteração de papéis sociais e estatuto; perda das regalias económicas; modificações nas relações interpessoais; transformação de expectativas e planos futuros; abandono.

O QUE FAZER?

No âmbito da enfermagem, ou seja o âmbito do cuidar, é fulcral ajudar os doentes a evitar o sofrimento quando este é passível de ser evitado, quando isso não se verifica tem que se buscar o sentido para esse mesmo sofrimento. Compreender, aliviar e permitir ao doente atribuir um significado para o seu sofrimento. (PINTO, 2008, p.42)

As intervenções de enfermagem para o sofrimento não podem descurar a personalização do cuidado, levando o doente a sentir-se reconhecido como pessoa na relação, com capacidade de imprimir significado ao seu sofrimento na condição de doente. Sendo estes os princípios fundamentais para o estabelecimento da relação de ajuda. O en-

fermeiro deve acompanhar o sofrimento e angustia da pessoa, para ser capaz de implementar a confiança e a serenidade. (PINTO, 2008, p.44)

Para NETO (2004), citada por BARRETO (2008, p.31), na abordagem ao doente terminal temos que ter em conta três grandes áreas de preocupações para o doente sendo elas: a doença, relacionadas consigo próprio e o meio social. As preocupações ligadas à doença contemplam: o medo da dor e de outros sintomas; a angústia relacionada com a incerteza e o futuro; o medo da morte; conservação da autonomia; manutenção da tomada de decisão; sustentação da função cognitiva. As preocupações consigo próprio abarcam: a preservação da autonomia; continuidade da esperança realista; conservação de papéis e orgulho próprio; análise das experiências de vida; aceitação e resiliência; coabitar no presente; procurar o conforto espiritual. As preocupações com o meio social visam: a manutenção da privacidade; a garantia de apoio social; prevenir a sobrecarga dos cuidadores; e proporcionar a resolução de assuntos não solucionados.

Sendo assim, é essencial que os enfermeiros garantam todos os meios para que a pessoa em sofrimento desenvolva a capacidade de dar sentido à vida, evitando a inutilidade. Para tal, visamos a promoção do bem-estar, restituir a paz, valorizar todas as conquistas, aumentar a auto-estima, respeitar a individualidade, apoiar o doente e família, identificar os momentos de angústia e agir em conformidade, fortalecer a fé, consciencializa-lo da sua situação. (PINTO, 2008, p. 46)

O bem-estar imediato e um resto de vida com o máximo de qualidade são fundamentais no doente terminal com vista a minorar

o sofrimento. (SANTOS, 2008, p. 41)..

Deste modo, as intervenções de enfermagem devem assentar numa adequada avaliação do sofrimento e no estabelecer da relação terapêutica, recorrendo à empatia, ao apoio incondicional e à coerência para estimular a procura do sentido da vida. (PINTO, 2008, p. 46)

CONCLUSÃO

O sofrimento é um sentimento experimentado por todos ao longo da vida, pode acontecer mais frequentemente numas pessoas do que em outras, mais cedo numas e mais tarde noutras.

A emoção conotada com o sentimento de perda e medo do desconhecido, ou seja da morte gera sofrimento. Sentimentos associados a fases terminais de vida, provocadas por doenças crónicas e incapacitantes. Os Cuidados Paliativos tem um papel preponderante na actuação a nível deste enfoque. Proporcionar uma morte digna com os cuidados adequados, com vista a minorar o sofrimento é o objectivo primordial dos profissionais em Cuidados Paliativos.

Encontrar um sentido para o sofrimento é a forma que temos para o ultrapassar, não sendo porém um processo fácil de concretizar, tendo sido esta a principal conclusão após a reflexão dos conteúdos abordados.

BIBLIOGRAFIA

BARRETO, M^a Otilia; - Sofrimento no Doente Oncológico. Nursing. ISSN 0871-6196. Ano 18, N^o 235, Setembro 2008. p. 26-31.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE Versão 1.0. Lisboa.

2005. ISBN: 92-95040-36-8.

NETO, Isabel; - Cuidados Paliativos. Lisboa: Alêtheia Editores, 2010. p.19 e 21. ISBN 978-989-622-298-7.

OMS – Palliative Care. [em linha] <<http://www.who.int/cancer/palliative/en>>. [Consult. 28 Jan 2011].

PINTO, Susana; SILVA, Flório; - O Cuidado: uma resposta ao Sofrimento Humano. Nursing. ISSN 0871-6196. Ano 18, Nº 231, Março 2008. p. 38-46.

Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. DR I Série A, nº 109, 3856- 3865.

SANTOS, Ana; FERNANDES, Bruno; - O cuidar do doente terminal: obstinação terapêutica. Nursing. ISSN 0871-6196. Ano 18, Nº 230, Fevereiro 2008. p. 39-42.

SECPAL – Guia de Cuidados Paliativos. [em linha] <<http://www.secpal.com/guiacp/>>. [Consult. 31 Jan 2011].

O papel do pai numa unidade de neonatologia – relato de experiência de ensino clínico



VERONICA CHAIÇA

Estudante de Enfermagem na Escola Superior de Saúde Egas Moniz

FERNANDA LOUREIRO

Licenciada em Enfermagem, Mestre em Ciências da Educação, Mestre em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Hospital de São Bernardo

RESUMO

Relato de experiência de ensino clínico no contexto de neonatologia. A observação da relação entre pai e recém-nascido proporcionou a reflexão fundamentada numa óptica de aprendizagem e construção de competências. A actuação da equipe de enfermagem deve passar pela identificação e valorização do pai e do seu papel activo nos cuidados ao recém-nascido implementando intervenções que visem o estabelecimento de uma relação pai-filho fomentadora da integração do bebé na família.

Descritores: neonatologia; relações pai-filho; prematuro.

ABSTRACT

Report of clinical teaching experience in the context of neonatology. The observed relationship between father and newborn provided substantiated reflection for learning and building skills. The nursing staff must identify and value the father and its active role in the care of newborn implementing interventions aimed at the establishment of a parent-child relationship that promotes the integrating of the baby in the family.

Key words: neonatology; father-child relations; infant, premature.

INTRODUÇÃO

Os ensinamentos clínicos são parte integrante da formação em enfermagem e constituem o primeiro impacto do aluno com a prática clínica assumindo uma importância no desenvolvimento enquanto pessoas e profissionais (CUNHA, 2010). Pretende-se com esta etapa da formação base garantir a aquisição/construção de conhecimentos, aptidões e atitudes fundamentais às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem sendo, neste sentido, importante a reflexão na e sobre a acção enquanto elemento facilitador da aprendizagem (SANTOS, 2009). É no confronto com a prática em ensino clínico, que o aluno mobiliza as competências já adquiridas e desenvolve outras, sendo este percurso mediado pelo orientador do serviço e pelo docente (CUNHA, 2010). A importância do registo, análise e reflexão sobre as situações de estágio em formato de diário ou registo de aprendizagem é uma estratégia identificada como útil e que visa uma melhor percepção das experiências do estudante tendo em vista o crescimento pessoal e profissional (ROCHA E OLIVEIRA, 2004). Ao colocar por escrito a situação vivenciada, o aluno distancia-se da mesma o que lhe permite uma análise da situação mais detalhada e reflectida.

Em continuidade, a situação que se relata decorreu num contexto de ensino clínico de saúde infantil, enquanto parte integrante do curso de licenciatura, mais concretamente numa unidade de neonatologia. Estes serviços, inicialmente tinham por objectivo assegurar a sobrevivência do recém-nascido pela implementação de cuidados técnicos altamente especializados, contudo gradualmente a preocupação exclusiva com sobrevivên-

cia foi-se expandindo de forma a integrar a qualidade de vida (COSTA E PADILHA, 2011). Assim, pretende-se que os cuidados prestados sejam humanizados de forma a promover o desenvolvimento neurológico mas também a integração na família.

Neste contexto, é no decorrer dos cuidados junto dos pais que os estudantes desenvolvem os aspectos relacionais e comunicacionais. Confrontada com uma situação prática, a estudante desenvolveu um trabalho de reflexão em torno da vivência numa óptica de aprendizagem. A análise da situação, fundamentada na literatura, permitiu um novo olhar sobre a prática potenciando assim, o desenvolvimento de competências.

O pai na unidade de neonatologia

O ensino clínico decorreu ao longo de 6 semanas. Sendo o tempo de permanência no local de estágio apontado como um factor importante no desenvolvimento da relação de confiança/segurança entre estudante e enfermeiro orientador (ROCHA E OLIVEIRA, 2004), podemos também, extrapolar a importância deste aspecto para o estabelecimento de relação com pais no contexto de neonatologia. Neste sentido, enquanto aluna, uma das situações mais marcantes foi o papel do pai nos cuidados. Por volta de 4ª semana, numa etapa de maior segurança nas relações com os pais, verificou-se a existência de discrepância entre os cuidados prestados pelas mães e os cuidados desenvolvidos pelos pais. Constatou-se que, os cuidados que se pretendem focados na tríade (pai, mãe e bebé) eram mais centralizados na díade (mãe e bebé), devido ao papel passivo dos pais na relação com os recém-nascidos. Este facto justifica-se por serem os pais os primeiros a ter contacto com o início do inter-

namento, pois frequentemente são os pais que acompanham os recém-nascidos desde a sala de partos até às unidades de neonatologia, e acabam por assistir a procedimentos invasivos realizados ao recém-nascido, assim como, os momentos mais vulneráveis e instáveis (CARDOSO, OLIVEIRA e SOUTO, 2006; HOLLYWOOD E HLLYWOOD, 2011). Neste momento os pais experienciam sentimentos de ansiedade, medo do desconhecido e de impotência. Enquanto, as mães só têm encontro com o recém-nascido já numa fase mais calma. Este primeiro impacto faz com que os pais no restante internamento tenham um comportamento mais cauteloso em relação ao recém-nascido, principalmente, quanto aos valores dos parâmetros respiratórios, aos comportamentos do recém-nascido, assim como receio de os colocar ao colo, por medo que algo aconteça. Enquanto, que as mães demonstram um instinto mais protetor e efetuoso com o recém-nascido, devido à díade que foi formada ainda com o bebé in-útero, permite que o relacionamento entre ambos seja mais facilitador, o que é constatado, na maneira facilitada com que a mãe coloca o recém-nascido ao colo, ou o bebé se acalma ao só da sua voz (CARDOSO, OLIVEIRA e SOUTO, 2006).

É de notar que o processo de vinculação é bastante mais favorecido entre mãe-bebé do que pai-bebé dado que, a vinculação traduz-se como a relação afetiva e privilegiada que o recém-nascido/ criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa, que lhe satisfaça as suas necessidades (CAMARNEIRO, 2009). Neste contexto, a pessoa que lhe satisfaz mais as necessidades é a mãe, pois é esta que está mais tempo com ele ao colo, é ela que lhe dá alimento, assim como foi com

ela que o recém-nascido criou laços in-útero. Como tal, pode-se averiguar que a mãe tem uma relação estabelecida mais favoravelmente com o recém-nascido, do que o pai.

Cuidados de enfermagem centrados na tríade

Contudo, o papel do pai é essencial, e o incentivo deste ao contacto com o recém-nascido é a prática correcta (CARDOSO, OLIVEIRA e SOUTO, 2006) e que deve ser fomentada. No entanto, os pais relatam que os profissionais se concentram mais nas mães e no bebé do que no pai (HOLLYWOOD E HLLYWOOD, 2011). Deste modo, é da competência da equipa de enfermagem dos serviços de neonatologia, incentivar e reforçar a relação entre os pais e o recém-nascido, para que estes sejam mais proactivos, na prestação de cuidados ao filho (CARDOSO, OLIVEIRA e SOUTO, 2006), como tomar banho, dar o biberão, estar com ele ao colo. E não, serem apenas pais, que olham para os recém-nascidos com medo que a qualquer instante os recém-nascidos descompensem.

Segundo a vivência, enquanto aluna, pode-se constatar que existe uma discrepância entre os vários comportamentos dos pais que têm os seus filhos internados na unidade. E, essa discrepância parece derivar da experiência que os pais vivenciaram aquando do internamento dos seus filhos na unidade, ou seja, os pais que assistiram a momentos iniciais de instabilidade do recém-nascido, são aqueles que têm mais receio de chegar perto do filho, e quando estão presentes, estão mais concentrados nos valores dos monitores, do que nos recém-nascidos propriamente ditos. Relativamente, aos pais que não assistiram a nenhum momento mais aflitivo, pode-se constatar que são mais proactivos,

mostram desejo em participar nos cuidados, e querem estar implicados o mais possível nos cuidados do seu filho questionando com mais frequência a equipe de enfermagem. Da literatura destaca-se os conflitos emocionais no momento de cuidar dos filhos pois por um lado sentem-se assustados e incapazes mas, ao mesmo tempo desejam este momento e criam expectativas (BARRADAS, 2008; CAMARNEIRO, 2009). Salientam-se ainda dois momentos relatados pelos pais: o momento inicial de desesperança, tristeza e medo relacionado com a instabilidade do bebé e, um segundo momento que decorre do contacto com a unidade e habitualmente melhoria clínica da criança onde se relatam sentimentos de fé e esperança (CARDOSO, OLIVEIRA e SOUTO, 2006).

Enquanto aluna, a procura de novas oportunidades de aprendizagem é uma constante e face a situações de maior instabilidade procura-se assimilar os procedimentos técnicos e actuação da equipe não sendo, nesta fase inicial, a atenção focada nos aspectos relacionais. Contudo, procurou-se integrar os pais nos cuidados incentivando a sua presença, explicando os procedimentos e pedindo colaboração sempre que possível, reforçando as competências parentais elogiando aos cuidados prestados pelos pais, esclarecendo dúvidas e reforçando a informação acerca da criança, sendo este último cuidado apontado como um aspecto importante e significativo para os pais especificamente (HOLLYWOOD E HLLYWOOD, 2011). Estes cuidados, realizados de forma natural pela equipa de enfermagem do serviço, são para um aluno fonte de stress não só porque exigem uma preparação teórica extensa mas sobretudo porque é preciso segurança e destreza na sua aplica-

ção prática. Da experiência vivenciada salientam-se como estratégias úteis: a consulta de literatura da área, a observação da prestação de cuidados pelos enfermeiros mais experientes, o investimento na colheita de dados e planeamento dos cuidados e a reflexão sobre as vivências quer escrita quer debatida com docente e orientador. Sendo, que foi nesta fase que, o papel da enfermeira orientadora é crucial, uma vez que enquanto aluna, ainda existe muita insegurança e receio no estabelecimento da relação com pais, assim como na adoção das técnicas de modo a integrar mesmo nos cuidados. Foi nesse contexto, que a enfermeira orientadora, teve um papel fulcral ao longo do ensino clínico, pois devido a sua experiência demonstrou as variadas abordagens que se devem realizar aos pais consoante o estado de ansiedade, assim como a sua capacidade de assimilação de informação que estes demonstravam perante situação do seu recém-nascido. Bem como, aquando do planeamento dos cuidados, contou-se sempre com o suporte e apoio da enfermeira orientadora, pois no sentido que me aconselhava qual a melhor abordagem a seguir de acordo com o tipo de pai e a situação clínica do recém-nascido.

CONCLUSÃO

Em síntese, esta análise foi bastante importante para o percurso como aluna e futura enfermeira, pois em situações futuras, haverá mais capacitação para actuar perante os pais mais renitentes à prestação de cuidados de modo a favorecer a vinculação deste com o bebé. Transpõe-se também para outra realidade, nomeadamente em adultos, estando mais atenta aos comportamentos da família do doente, nomeadamente da pessoa sig-

nificativa, de modo a perceber até onde ela está disponível para colaborar nos cuidados, e caso se não esteja utilizar as estratégias identificadas de modo a interliga-la nos cuidados, fomentado a relação com o doente mesmo em situação de debilidade como é o internamento.

Referências Bibliográficas

BARRADAS, Alexandra - Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro, vivências, necessidades e estratégias de intervenção. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta de Lisboa. [Em linha].[Consult. 11 Jul. 2014]. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/735?mode=full>

CAMARNEIRO, Ana Paula Forte [et al] - Interação mãe-bebé prematuro numa unidade de cuidados intensivos neonatais. Acta Pediátrica Portuguesa [Em linha]. Vol. 40, n.º 2 (2009), p. 53-57. Disponível na internet: <URL: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/15/20090804162152_AO-Interacao_mae-bebe_prematuro.pdf>. ISSN 0873-9781.

CARDOSO, Maria Vera Lucia; SOUTO, Kely Cristiane; OLIVEIRA, Márcia Maria Coelho - Compreendendo a experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado na unidade neonatal. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Em linha]. Vol. 7, n.º 3 (2006), p. 49-55. Disponível na internet: <URL: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/749>>. ISSN 1517-3852.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra - A Unidade de Terapia Neonatal possibilitando novas práticas no cuidados ao recém-nascido. Revista Gaúcha de Enfermagem

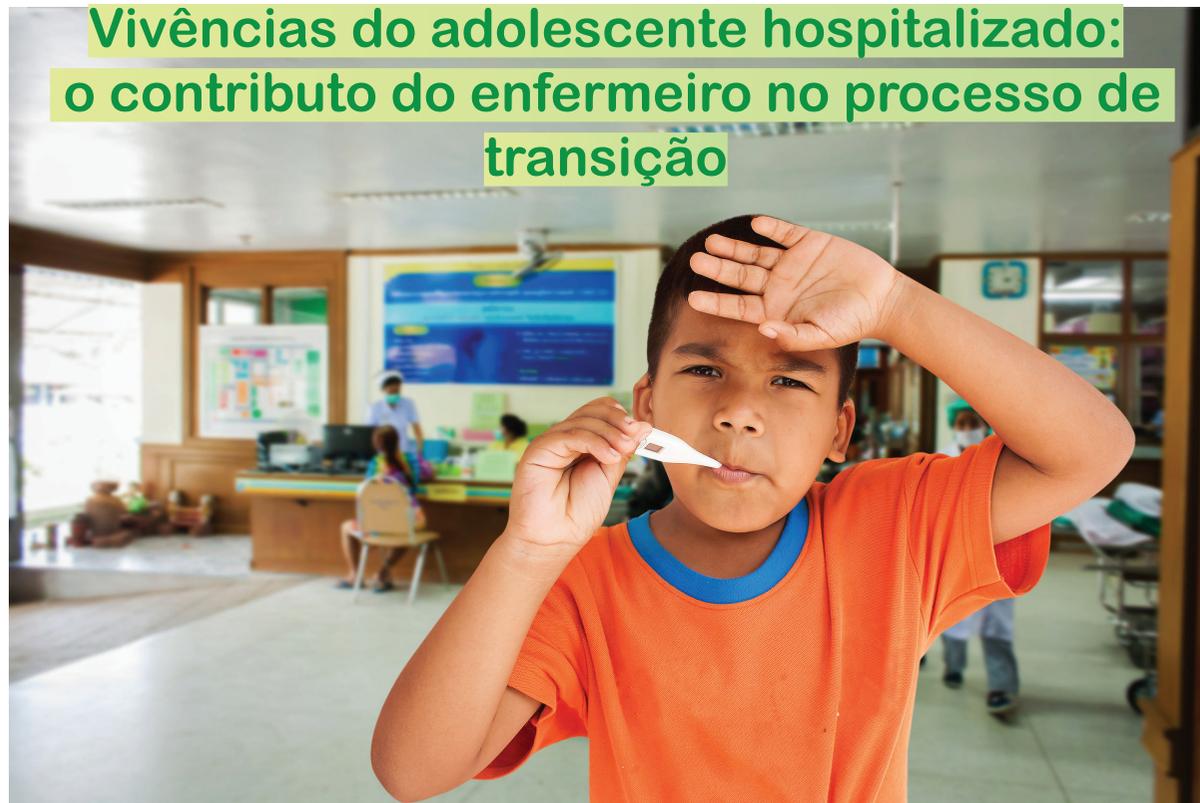
[Em linha]. Vol. 32, n.º 2 (2011), p. 248-255. Disponível na internet: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200006>. ISSN 1983-1447.

CUNHA, Madalena [et al] - Atitudes do enfermeiros em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. Revista Millenium - Revista do IPV [Em linha]. Revista Millenium. Revista IPV [Em linha]. n.º38 (2010), p. 271-282 [Consult. 11 Jul. 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/>>. ISSN 1647-662

HOLLYWOOD, Mark; HOLLYWOOD, Eleanor - The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. Journal of Neonatal Nursing. ISSN: 1355-1841. N.º 17, 2011, p. 32-40.

ROCHA, Amarílis Pereira; OLIVEIRA, Hélder - Vivências...Reflexões em ensino clínico Revista Millenium. Revista IPV [Em linha]. n.º30 (2004), p. 119-122 [Consult. 11 Jul. 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/9.pdf>>. ISSN 1647-662

SANTOS, Elvira Maria - A Aprendizagem pela reflexão em ensino clínico: estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem. Dissertação para obtenção do grau de doutor em Didáctica, Universidade de Aveiro. [Em linha].[Consult. 11 Jul. 2014]. Disponível na internet: <URL: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1487/1/2009001173.pdf>>. ISSN 1647-662



Vivências do adolescente hospitalizado: o contributo do enfermeiro no processo de transição

CÁTIA MARINA SARAIVA

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria; Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. - Hospital de São Bernardo, Unidade de Urgência Pediátrica

RESUMO

O adolescente hospitalizado depara-se com um momento de crise, o que o leva à vivência de processos de transição. Ao processo de transição desenvolvimental por que passa, decorrente das mudanças ocorridas nesta etapa do desenvolvimento humano, associa-se ainda, a vivência de uma transição de saúde-doença imposta pelo adoecimento e de uma transição situacional provocada pela própria hospitalização. Cabe ao enfermeiro, promover um cuidar transicional, incentivando a vivência de transições saudáveis e orientando o adolescente que passa por este processo.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Hospitalização; Transição; Enfermeiro

ABSTRACT

The hospitalized adolescent faces a crisis moment, which leads to the experience of transition processes. To the development transition process that adolescent passes by due the changes that occur in this period of human development, it also associates the experiment of health-disease transition imposed by illness and a situational transition caused by hospitalization. It is mission of the nurse to promote a transitional care, encouraging the experience of healthy transitions and guiding the adolescent who goes through this process.

KEY-WORDS: Adolescent; Hospitalization; Transition; Nurse

INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa de vida compreendida entre os 10 e os 19 anos (Organização Mundial de Saúde, 2009), sendo marcada por um conjunto de transformações a nível biológico, psicológico e sociocultural (Volpini, 2007; Barros, 2008; Azevedo, 2010).

O adoecimento na adolescência constitui um momento de crise para o adolescente, que é potenciado quando se verifica a necessidade da sua hospitalização. Esta hospitalização vai provocar mudanças significativas no seu quotidiano e induzir a vivência de um turbilhão de sentimentos, tais como angústia, medo, ou por outro lado, apresentar comportamentos de rebeldia e agitação, que por vezes condicionam a prestação de cuidados do enfermeiro ao adolescente. Cuidar do adolescente hospitalizado representa assim um desafio diário para o enfermeiro que trabalha na área de saúde da criança e do jovem.

Desta forma, torna-se imperativo que o enfermeiro compreenda os sentimentos vivenciados e conheça as necessidades sentidas pelo adolescente durante todo o processo de hospitalização, de forma a criar estratégias que minimizem o impacto da hospitalização na adolescência e que facilitem a vivência dos processos de transição impostos por esta realidade.

Sendo hoje a adolescência entendida como “a mais nova fronteira da pediatria” (Barros, 2008: p.35), é fulcral investir cada vez mais na saúde e nos direitos do adolescente, apostando na formação dos profissionais que prestam cuidados a este e adequando os serviços de saúde às necessidades desta faixa etária.

O Impacto da Hospitalização no Adolescente

A adolescência é uma faixa etária habitualmente saudável, pelo que se torna difícil para a sociedade aceitar o adoecimento e a hospitalização neste período da vida (Almeida, Rodrigues & Simões, 2007). Esta situação é agravada pelo facto da hospitalização na adolescência ocorrer frequentemente de uma forma inesperada (Azevedo, 2010). Segundo Almeida et al. (2007), como causas frequentes de hospitalização nesta faixa etária surgem os comportamentos de risco, os acidentes e a violência. No entanto, ainda de acordo com os mesmos autores, o perfil de morbi-mortalidade tem-se vindo a alterar nos últimos tempos devido aos avanços das ciências da saúde, uma vez que estes têm permitido a sobrevivência de crianças que antigamente morriam precocemente devido a patologias predominantes da infância, o que atualmente também eleva a percentagem de adolescentes hospitalizados.

Em Portugal, segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, as principais causas de morbilidade na adolescência são: doenças do foro oncológico, asma, diabetes mellitus e outras formas de doença crónica ou de deficiência. Por outro lado, as principais causas de mortalidade nesta faixa etária são as causas externas e os tumores malignos (Ministério da Saúde, 2004).

Estas situações atrás descritas implicam o adoecimento e a hospitalização do adolescente, representando um momento de crise para o indivíduo afetado. Estes acontecimentos constituem uma ameaça à sua busca pela identidade e significam uma perda de controlo para o adolescente. A doença impõe limitações à sua capacidade física e a hospitalização obriga a um afastamento do ado-

lescente dos seus sistemas de apoio usuais (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

Segundo Maas e Zagonel (2005), o adolescente hospitalizado tem necessidades complexas, pois esta realidade implica que o adolescente passe pelo processo de transição de saúde-doença e leva a modificações na sua qualidade de vida, nas suas rotinas e papéis, assim como impõe uma interrupção dos seus projetos futuros.

A hospitalização provoca assim mudanças significativas no quotidiano do adolescente, caracterizadas pelo afastamento da escola, dos seus amigos e também da sua casa, obrigando-o a conviver com normas e rotinas do ambiente hospitalar, a lidar com a doença e com a dor (nomeadamente na sequência dos procedimentos a que é submetido), com a falta de privacidade e a exposição da sua intimidade a estranhos (Azevedo, 2010).

A forma como o adolescente lida com a hospitalização é influenciada por vários fatores, nomeadamente pelas características da própria doença, o estadio em que esta se encontra, pelo sofrimento que esta provoca e pelo seu tratamento, assim como é ainda influenciada pela participação dos amigos e da família em todo o processo de hospitalização, pelas vivências anteriores do adolescente e pela forma que este lida com situações de crise (Scortegogna & Ambrós, 2004 citados por Honicky & Silva, 2009).

De acordo com estudos de vários autores, os sentimentos vivenciados pelo adolescente perante a necessidade de hospitalização são de medo, ansiedade e de angústia (Almeida et al., 2007; Azevedo, 2010; Queiroz, Ribeiro & Pennafort, 2010). Por outro lado, além dos sentimentos de tristeza, os adolescentes podem também reagir à hospitalização com

comportamentos de rebeldia, agitação e de reclamação (Nigro, 2004 citado por Honicky & Silva, 2009).

Uma vez que o adolescente hospitalizado pode apresentar uma regressão do seu desenvolvimento cognitivo e afetivo, a presença materna ou da pessoa significativa passa a constituir uma necessidade e uma mais-valia para o adolescente, por representar o elo de ligação à sua vida anterior (Honicky & Silva, 2009). Também num estudo de Almeida, Rodrigues e Simões (2005), a presença familiar, o apoio dos amigos e as amizades estabelecidas com os pares durante o internamento surgem como uma mais-valia para a adaptação do adolescente à hospitalização.

O ambiente hospitalar representa para o adolescente um mundo composto por termos complexos e aparelhos diversos, onde é confrontado com a doença e com a dor (Almeida et al., 2005; Queiroz et al., 2010).

No entanto, este ambiente deveria ter condições que se aproximassem ao de origem do adolescente, para que o ambiente funcionasse como um estímulo adaptativo para o adolescente (Maas & Zagonel, 2005). Atualmente realça-se a importância de investir em unidades que deem resposta às necessidades psicossociais do adolescente, com ambientes próprios para acolher esta faixa etária (dotados de atividades lúdicas e pedagógicas) e em que se garanta a privacidade, a confidencialidade e se promova a autonomia dos adolescentes (Almeida et al., 2007; Aquino, 2009).

Há ainda a referir que perante as particularidades da adolescência, às quais se acrescenta a vivência do estar hospitalizado, deve-se implementar atividades que levem o adolescente a conviver com os seus pares nas ins-

tituições em que estão internados, criando também formas alternativas de lhe transmitir os conhecimentos referentes ao seu processo de doença e hospitalização (Rezende, Schall & Modena, 2009).

A hospitalização é sempre uma experiência difícil de vivenciar, no entanto os adolescentes compreendem que esta contribui para a recuperação da sua saúde (Almeida et al., 2007).

O adoecimento e a hospitalização implicam, respetivamente, a vivência de uma situação complexa e o contacto com um ambiente estranho, que exigem do adolescente a mobilização de estratégias para se adaptar e superar as dificuldades encontradas, ou seja, implica a vivência de processos de transição.

Conceito de Transição, um conceito central à Enfermagem

O enfermeiro é dos vários profissionais de saúde, o que mais tempo passa junto da pessoa que vivencia transições (Schumacher & Meleis, 1994). Assim, cabe ao enfermeiro facilitar os processos de transição, assistindo a pessoa nas mudanças e nas exigências que as transições trazem para a sua vida.

O termo transição associa-se frequentemente ao processo de mudança nos estádios desenvolvimentais ou de alterações na saúde e no ambiente social (Kralik, Loon & Visentin, 2006). No entanto, de acordo com Bridges (2004) citado pelos mesmos autores, a transição não representa apenas esta mudança, correspondendo sim ao processo psicológico que pressupõe a adaptação aos eventos de mudança ou de crise.

Segundo Meleis (2012), a transição implica a interiorização de novos conhecimentos, as-

sim como alterações ao nível dos comportamentos e da definição que a pessoa possui de si própria no contexto social.

Num estudo de Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) descreve alguns fatores comuns aos vários processos de transição, designados por propriedades universais de um processo de transição, sendo eles:

- a consciência - uma pessoa para experienciar uma transição tem que ter consciência das alterações que estão a ocorrer, caso contrário a pessoa pode não ter iniciado o processo de transição;
- o compromisso – está relacionado com o grau de envolvimento da pessoa no processo de transição;
- a mudança e a diferença - são propriedades essenciais nas transições porque qualquer transição está inerente a uma mudança, contudo nem todas as mudanças provocam transições;
- os intervalos de tempo - todas as transições movem-se num sentido e variam ao longo do tempo;
- os acontecimentos e os pontos críticos – algumas transições são facilmente associadas a acontecimentos identificáveis, como o diagnóstico de uma doença. No entanto há acontecimentos que não são tão evidentes mas que também despoletam processos de transição. Estes são considerados pontos críticos e ocorrem frequentemente pelo aumento da tomada de consciência da mudança ou por um compromisso mais ativo da pessoa para lidar com a transição (Meleis et al., 2000).

As transições podem ser de vários tipos, classificando-se em desenvolvimentais, situacionais, de saúde-doença e organizacio-

nais (Meleis, 2010).

As transições desenvolvimentais referem-se a períodos transitórios que ocorrem durante todo o ciclo vital e que são considerados críticos (Maas & Zagonel, 2005; Maas, 2006). As transições situacionais correspondem a eventos esperados ou inesperados que ocorrem ao longo da vida e que originam alterações de papéis, por exemplo, gravidez, incidentes, morte (Maas & Zagonel, 2005; Maas, 2006). Já a transição saúde/doença ocorre quando a pessoa se depara com a passagem do estado de saúde para uma condição de doença (Maas & Zagonel, 2005; Maas, 2006). Por último, a transição organizacional representa as mudanças ocorridas no ambiente, devido a alterações no contexto social, político ou económico (Kralik et al., 2006).

Segundo Maas (2006), todos os diferentes tipos de transição implicam que a pessoa mobilize forças internas e externas, de forma a enfrentar, a superar e então adaptar-se às mudanças ocorridas, podendo cada pessoa vivenciar várias transições ao mesmo tempo. As transições decorrem associadas a várias emoções, muitas vezes geradas pelas dificuldades sentidas ao longo do processo de transição (Zagonel, 1999). Quando estas são bem-sucedidas, têm um efeito essencialmente positivo, uma vez que a pessoa ao vivenciar a transição atinge uma maior maturidade e estabilidade (Meleis, 2010). Segundo Schumacker e Meleis (1994) os indicadores de transições bem-sucedidas são o bem-estar subjetivo, o domínio de um papel e o bem-estar nas relações.

No entanto, todo o processo de transição pode criar instabilidade e profundas alterações, temporárias ou mesmo permanentes, que se podem traduzir em efeitos negati-

vos para a pessoa (Zagonel, 1999), pelo que o enfermeiro deve estar habilitado para a acompanhar de forma a facilitar a vivência deste processo. Para tal, o enfermeiro deve trabalhar com a pessoa no período que antecede a transição esperada, assim como durante a transição e no período após a transição (Meleis, 2012), promovendo o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com as experiências de saúde e de doença (Meleis et al., 2000).

O enfermeiro que trabalha na área da saúde da criança e do jovem deve ser detentor deste corpo de conhecimentos de forma a reconhecer as transições provocadas pela hospitalização ao seu sujeito de cuidados, neste caso o adolescente, assim como estar atento a outras transições que este possa estar a vivenciar simultaneamente. O enfermeiro poderá então orientar a sua atuação com o intuito de facilitar a adaptação do adolescente à hospitalização e proporcionar uma vivência saudável de todo este processo transicional. A adolescência, sendo palco de inúmeras transformações físicas, psicológicas e sociais, acarreta por si só um conjunto de mudanças e desafios que implicam um processo de transição desenvolvimental. A este processo associa-se a transição de saúde-doença, quando o adolescente se confronta com a alteração da condição do ser saudável para a condição do estar doente e que, como já referido anteriormente, gera sentimentos de angústia, ansiedade e insegurança. Importa ainda referir que estes sentimentos são potenciados pela hospitalização, representando esta uma transição situacional (Azevedo, 2010).

O contributo do Enfermeiro no cuidar transi-

cional do adolescente hospitalizado

Sendo o processo de transição complexo e multidimensional, o Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem (EESCJ), pelas suas competências científicas, técnicas e humanas, encontra-se numa posição privilegiada para prestar cuidados ao adolescente que vivencia uma transição. Neste sentido, o EESCJ atua sempre com o objetivo de maximizar a saúde do adolescente, dando resposta às suas necessidades tendo em conta o seu estadió de desenvolvimento, assim como, está apto a prestar cuidados de nível avançado nas situações de especial complexidade (Diário da República, 2011).

Segundo Jalkut e Allen (2009), este enfermeiro tem um papel preponderante no processo de transição dos adolescentes. Os mesmos autores, citando Hudsmith e Thome (2007), afirmam que existem estudos que demonstram que há um maior sucesso na transição quando há um elemento coordenador que orienta e conduz o adolescente pelo processo de transição.

Assim, o enfermeiro para ser competente na sua prestação de cuidados ao adolescente hospitalizado, além de possuir conhecimentos acerca dos processos de transição como já referido, deve também saber aplicá-los na prática. Deve demonstrar habilidades de comunicação, assim como deve ser sensível de forma a conseguir compreender o que significa a vivência de uma transição para o adolescente (Maas & Zagonel, 2005; Barros, 2008). Cada processo de transição é único pelo que a sua compreensão só é passível pela perspetiva de quem vivencia este processo (Mendes & Paiva, 2010).

O adolescente hospitalizado vivencia uma tripla transição - desenvolvimental, situacio-

nal e de saúde/doença - vendo-se confrontado com a necessidade de mobilizar recursos internos e externos, que por vezes não estão disponíveis ou não são facilmente percebidos (Maas, 2006). Assim, o enfermeiro ao identificar a ocorrência de processos de transição, pode de uma forma firme e solidária, oferecer ao adolescente o suporte necessário para que recupere o seu equilíbrio perdido e a vitalidade característica desta fase do desenvolvimento humano, devendo consciencializar o adolescente da sua passagem por este processo.

O enfermeiro tem de ser detentor de conhecimentos aprofundados acerca da adolescência e das transformações que ocorrem nesta fase do ciclo de vida, e também possuir conhecimentos acerca das mudanças provocadas pelo adoecer e pela hospitalização, para que possa desenvolver uma prestação de cuidados direcionada para as necessidades deste cliente (Almeida et al., 2007).

É de referir que para analisar a experiência da transição é importante que o enfermeiro tenha em consideração o nível de conforto e de domínio do adolescente no lidar com a mudança.

No cuidar do adolescente, o enfermeiro deve adotar uma atitude flexível, recetiva e de escuta, apresentando sensibilidade perante as reações e comportamentos do adolescente face à situação de doença e hospitalização e demonstrando interesse pelas suas preocupações. Apenas desta forma estabelecer-se-á um clima de confiança, de respeito e de sigilo, que criará para o adolescente um ambiente facilitador do desenvolvimento de mecanismos de adaptação à transição e que promova a sua satisfação face aos cuidados prestados (Azevedo, 2010; Queiróz et al.,

2010).

Maas e Zagonel (2005) referem também a importância do enfermeiro proporcionar espaço para ouvir o adolescente, de forma a favorecer o seu processo de reorganização emocional. Nalguns destes momentos só deve estar presente o enfermeiro, para que o adolescente possa falar livremente sobre si, uma vez que podem haver informações que este não queira revelar na presença dos pais (Taquette, 2010).

Resumindo o atrás descrito e de acordo com Ritchie (2001) citado por Barros (2008), os principais componentes para o estabelecimento da relação terapêutica entre enfermeiro e o adolescente são: a confiança, a compreensão, a presença, o fornecer apoio e o estabelecimento de objetivos comuns com o adolescente (o que vai potenciar a autonomia e promover a tomada de decisão do adolescente).

Segundo Jalkut e Allen (2009), os pilares do sucesso para vivenciar uma transição saudável é a educação e a preparação para o processo de transição. Contudo, o adolescente tem de ser entendido como sujeito ativo em todo o processo de cuidar e a sua participação neste processo é fundamental para a sua recuperação (Araújo, Collet, Gomes & Amador, 2011).

Deste modo, é essencial dotar o adolescente de conhecimentos para que haja um maior envolvimento da sua parte no seu autocuidado e no seu tratamento, devendo o enfermeiro procurar encontrar com o adolescente as soluções para as dificuldades que este vai vivenciando (Araújo et al., 2011).

O acolhimento do adolescente é entendido como um passo de extrema relevância para o estabelecimento do vínculo terapêutico e

para a partilha da responsabilidade pelo cuidado (Araújo et al., 2011), pelo que este não deve ser descurado durante a prática de enfermagem.

O impacto do adoecer e da hospitalização pode ser minimizado pela existência de um ambiente humanizado e acolhedor, onde os profissionais de saúde respeitem as singularidades do doente adolescente (Araújo et al., 2011). É fundamental que o enfermeiro compreenda a importância que tem a sua presença, a sua dedicação e o seu envolvimento no cuidar do adolescente hospitalizado (Almeida et al., 2005), privilegiando uma abordagem global e humanizada na sua prestação de cuidados, em vez de a focar apenas no modelo biomédico.

É de referir que a pessoa é entendida na área da saúde da criança e do jovem sob o binómio criança/jovem e família (Ordem dos Enfermeiros, 2011), portanto é fundamental englobar o adolescente mas também a sua família na parceria de cuidados e no estabelecimento da relação terapêutica. Este aspeto ganha especial enfoque se se tiver em conta que a presença da mãe/pessoa significativa pode minimizar o impacto que tem a hospitalização na vida do adolescente. Não nos devemos também esquecer que a hospitalização de um filho é também para os pais um momento crítico, relacionado com a mudança de ambiente, a separação destes da restante família, a perda de normalidade e a interrupção das suas rotinas diárias, pela insegurança no papel parental e pela dor pelo sofrimento dos filhos, entre outros (Magalhães, 2011). Portanto, estar atento a estes aspetos e ao processo de transição que os pais podem estar a vivenciar com o internamento dos seus filhos é também fundamen-

tal, no sentido de os ajudar a adaptarem-se a todas as mudanças e a superar este momento de crise, para que eles próprios também estejam aptos a ajudar os seus filhos a viverem uma transição saudável.

Sendo a prestação de cuidados de forma holística e humanizada a essência da enfermagem, toda a equipa de enfermagem deve estar preparada para prestar cuidados tendo em conta os processos de transição. Segundo vários autores, deve-se dar formação nesta área aos profissionais que acompanham o adolescente (Aquino, 2009; Araújo et al., 2011), sensibilizando-os para o cuidado transicional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a hospitalização um momento sempre gerador de stresse pelo contacto com a própria doença, assim como pela convivência com um ambiente frequentemente desconhecido, associado ao afastamento das rotinas normais e dos sistemas de suporte habituais, a vivência desta realidade na adolescência é ainda influenciada pelas especificidades do próprio ser adolescente, que podem facilitar ou dificultar a sua adaptação à hospitalização.

É frequente o enfermeiro que trabalha nesta área se deparar com um adolescente entristecido por estar afastado da sua casa e dos seus amigos, manifestando dificuldade em ocupar o seu tempo no hospital ou ter dificuldade de compreender os motivos de um adolescente "rebelde" que recusa os tratamentos e a própria necessidade de ser hospitalizado.

É importante que o enfermeiro possua conhecimentos acerca da Teoria de Transições e tenha em mente as várias transições que o

adolescente hospitalizado vivencia em simultâneo. Este conhecimento vai facilitar a compreensão dos sentimentos experienciados e das necessidades do adolescente hospitalizado, ajudando o enfermeiro a promover a adaptação do adolescente aos momentos de mudança e de crise impostos pela própria vivência da adolescência, pelo processo de adoecimento e pela hospitalização, colocando assim o cuidar transicional na trajetória da enfermagem.

No cuidar transicional, uma atitude de escuta, flexível e de apoio para com o adolescente e o envolvimento deste em todo o processo de cuidar, através do incentivo da sua autonomia e da negociação do contrato de saúde, constituem estratégias de grande relevância para facilitar a aceitação da hospitalização por parte do adolescente.

O presente artigo de revisão da literatura, pretende assim sensibilizar os enfermeiros para esta temática e transmitir conhecimentos que incorporados na nossa prática diária, possam melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao adolescente e sua família, visando assim contribuir para um cuidado de excelência, o que permite dar visibilidade a esta profissão.

REFERÊNCIAS

- Almeida, I.; Rodrigues, B. & Simões, S. (2005). Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (2),147-151.
- Almeida, I.; Rodrigues, B. & Simões, S. (2007). Hospitalização do adolescente. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros*,7 (1), 33-39.
- Aquino, J. (2009). Unidades de internação

hospitalar específicas para adolescentes: vale a pena?. *Revista Adolescência & Saúde*. 6 (2), 47-50.

Araújo, Y.; Collet, N.; Gomes, I. & Amador, D. (2011). Saberes e experiências de adolescentes hospitalizados com doença crônica. *Revista Enfermagem UERJ*, 19 (2), 274-279

Azevedo, A. (2010). Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Barros, S. (2008). O contributo do enfermeiro no processo adaptativo do adolescente a uma doença oncológica. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica (7ªEd.)*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora.

Honicky, M. & Silva, R. (2009). O adolescente e o processo de hospitalização: Percepção, privação, elaboração. *Psicologia Hospitalar*; 7 (1), 44-67.

Jalkut, M. & Allen, P. (2009). Transition from pediatric to adult health care for adolescents with congenital heart disease: A review of the literature and clinical implications. *Pediatric Nursing*, 35 (6), 381-387

Kralik, D.; Visentin, K. & Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 55(3), 320-329

Maas (2006). O Processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crônica sob a ótica da enfermagem. Dissertação de Mestrado. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.

Maas, T. & Zagonel, I. (2005). Transição de

saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 68-75.

Magalhães, S. (2011). A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & progress (5th ed.)*. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Mendes, A. & Paiva, F. (2010). A pessoa com insuficiência cardíaca: Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*. III (2), 7-16.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2009). *Strengthening the health sector response to adolescent health and development*. [online]. Disponível: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_adh_flyer_2010_12_en.pdf. Consulta em: 13/04/12

Portugal, Diário da República, Regulamento nº123/2011, nº 35, 2ª Série (2011-02-18).

Queiroz, M.; Ribeiro, E. & Pennafort, V. (2010).

Assistência ao adolescente em um serviço terciário: Acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 19 (2), 291-299.

Rezende, A.; Schall, V. & Modena, C. (2009). O "adolescer" e adoecer: Vivência de uma adolescente com câncer. *Aletheia*, 30, 88-100.

Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 26 (2), 119-127

Taquette, S. (2010). Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Revista Adolescência & Saúde*. 7 (1), 6-11.

Volpini, F. (2007). O adolescente frente ao câncer: Hospitalização e processos psicológicos. Monografia. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Psicologia.

Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3), 25-32

Cuidar de uma pessoa portadora de doença mental num contexto de emergência psiquiátrica

JOSÉ MANUEL DE SOUSA MENDONÇA

Enfermeiro com a Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a exercer funções como enfermeiro chefe no Serviço de Psiquiatria, do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira

RESUMO

Esta revisão sistemática procurou dar resposta à seguinte questão: Como cuidar a pessoa portadora de doença mental num contexto de emergência psiquiátrica, tendo em conta a sua segurança e a dos outros. Procura conhecer as causas que levam a pessoa portadora de doença mental num contexto de emergência, a desenvolver um comportamento agressivo; e conhecer quais as intervenções prestadas pelos enfermeiros para a promoção de um ambiente seguro. Esta permitirá proporcionar aos enfermeiros uma reflexão sobre as estratégias de intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: Emergência psiquiátrica, comportamento agressivo, estratégias de intervenção.

ABSTRACT

This systematic review sought to answer the following question: How to care for the person living with mental illness in a psychiatric emergency context, taking into account their safety and that of others. Is seeking the causes that lead the person with mental illness in an emergency context, to develop aggressive behavior; and know which interventions provided by nurses to promote a safe environment. This will give nurses a reflection on intervention strategies.

KEYWORDS: Psychiatric Emergency, aggressive behavior, intervention strategies.

INTRODUÇÃO

A pessoa portadora de doença mental em situação de urgência psiquiátrica chega ao Serviço de Urgência com disfunção grave do comportamento, estado de espírito, pensamento ou percepção que pode constituir um risco para a vida, para o funcionamento adequado ou para a integridade psicológica da pessoa, o que exige ao enfermeiro uma adaptação rápida a estas situações, encarando a pessoa como um ser único com necessidades especiais imediatas (Sheely, 2003)

Segundo Ballard et al. (2002), numa emergência psiquiátrica é frequente a pessoa apresentar comportamentos agressivos, colocando em risco a sua segurança e a dos outros. Para promover um ambiente seguro o enfermeiro deverá assegurar a segurança da pessoa, assim como a segurança de outras e da equipa. Para tal deverá ter um papel activo na avaliação e na intervenção de cuidados. Um dos aspectos fundamentais da avaliação é identificar os factores que poderão desencadear comportamento agressivo da pessoa em contexto de emergência psiquiátrica.

Este trabalho de revisão de literatura foi realizado em função da pertinência do tema: Como cuidar a pessoa portadora de doença mental num contexto de emergência psiquiátrica.

Com esta revisão de literatura pretendo:

- Conhecer as causas que contribuem para que a pessoa portadora de doença mental num contexto de urgência manifeste comportamento agressivo.
- Conhecer quais as intervenções prestadas pelos enfermeiros para a promoção de um ambiente seguro.

A revisão de literatura é uma das etapas importantes de um trabalho de investigação e fundamental para tornar visível o grau de avanço no domínio particular da pesquisa. Delimita o domínio da investigação, visa explorar os métodos e os desenhos utilizados por outros investigadores no estudo de um tema semelhante, realçando os aspectos comuns ou divergentes se existirem (Fortin, 1999).

Para Fortin (1999, pg.74) a revisão de literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação (...) o investigador aprecia (...) os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos.

É uma revisão com o objectivo de responder a uma pergunta específica, utilizando métodos explícitos e sistemáticos para identificar, seleccionar, avaliar criticamente os estudos e para colher e analisar os dados dos estudos incluídos na revisão (Guidugli & Castro, 2001).

Com base nos mesmos autores, baseando-se na Cochrane do Brasil, a revisão sistemática deve ser realizada em sete passos: formulação da questão, localização e selecção dos estudos, avaliação crítica dos estudos, colheita de dados, análise e apresentação dos dados, interpretação dos dados e aprimoramento e actualização da revisão.

Tendo por base estes conceitos, tenciono descrever e relacionar os estudos de investigação que melhor explorarem a problemática em questão.

Subdividirei o trabalho em subcapítulos, começo por apresentar a questão de investigação, depois a metodologia em que refiro os

estudos encontrados e os aspectos metodológicos inerentes aos mesmos, seguindo-se os principais resultados adquiridos, a discussão, a conclusão e por fim as referências bibliográficas.

METODOLOGIA

Com esta revisão sistemática, do tipo qualitativo, procuro dar resposta à seguinte questão:

Como cuidar uma pessoa portadora de doença mental num contexto de emergência psiquiátrica, tendo em conta a sua segurança e a dos outros?

MÉTODOS DE PESQUISA

A pesquisa de literatura para este estudo foi feita essencialmente de forma electrónica e manual. A pesquisa electrónica foi realizada na base de dados da Ebsco Host e da SciELO. Na Ebsco Host (CINAHL Plus With Full Text, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, British Nursing Index, MEDLINE with Full Text e Cochrane Database of Systematic Review) com as palavras-chave: psychiatric emergency and nursing intervention, forensi psychiatric and nursig intervention e psychiatric emergency and nursing care. O resultado da pesquisa foi 75 trabalhos realizados entre o ano de 2006 a 2008. Na base de dados da SciELO com as palavras-chave psiquiatria forence obtive trabalhos.

Realizei ainda pesquisa manual mas não encontrei nenhum trabalho que abordasse a questão da revisão sistemática.

SELECÇÃO DOS ESTUDOS

Os estudos foram seleccionados em função do título e resumo tendo por base a questão de partida para esta revisão de literatura.

Foram excluídos os estudos que não apresentavam full-text e cujo título e resumo não se adequavam aos objectivos deste trabalho.

Dos 82 estudos obtidos seleccionei 9 trabalhos da base de dados Ebsco Host e 1 da SciELO, perfazendo um total de 10 estudos realizados entre o período de 2006 a 2008. Os 10 estudos (Anexo I) provenientes das bases de dados electrónicas estão publicados em 7 revistas indexadas diferentes.

RESULTADOS

Dos estudos que acedi, foram englobados os que descreviam as causa que contribuíram para que a pessoa portadora de doença mental manifestasse comportamento agressivo, além dos que descreviam as medidas para controlar o comportamento agressivo para promoção de um ambiente seguro.

Para uma maior clarificação, a apresentação dos resultados foram divididos em três categorias, de acordo com os objectivos desta revisão de literatura. Sendo assim, os estudos serão apresentados inseridos em: características individuais da pessoa portadora de doença mental, atitudes estigmatizantes por parte dos enfermeiros perante a pessoa portadora de doença mental e medidas para controlar o comportamento agressivo da pessoa portadora de doença mental em situação de crise.

Características individuais da pessoa:

Ogloff et al (2007), num estudo exploratório desenvolvido num Serviço de Psiquiatria

de um Hospital da Austrália, em que a população foi os doentes internados no ano de 2002 e em que fizeram parte da amostra os doentes que apresentaram um comportamento agressivo, quer verbal ou físico, durante o internamento. A amostra foi constituída por 152 elementos. Tinham como objectivo analisar a interacção dos factores individuais com o comportamento agressivo da pessoa portadora de doença mental em situação de crise. Os dados foram colhidos através de consulta do processo individual do doente e de entrevista semiestruturada aos enfermeiros que observaram o comportamento agressivo. Os enfermeiros tiveram formação prévia sobre os dados que deveriam registar e observar aquando a manifestação de um comportamento agressivo por parte do doente. Verificaram que os doentes mais idosos tinham maior probabilidade de serem agressivos ao verem a sua distância social ser reduzida, o que poderá reflectir na consciência da sua própria fraqueza e de uma necessidade de estarem mais próximos dos enfermeiros. Os doentes que apresentaram mais distúrbios do comportamento na sociedade tinham maior probabilidade de serem mais agressivos ao verem a sua distância social diminuída. Verificaram ainda que os doentes com alucinações auditivas e com perturbações do pensamento tendem a ter comportamentos mais agressivos, com o objectivo da sua própria segurança e protecção do seu pensamento perante os outros. Relativamente ao sexo, verificaram que as mulheres tinham maior probabilidade de serem agressivas com a redução da sua distância social. No entanto, neste estudo, não foi possível uma associação entre a gravidade do comportamento agressivo e o sexo, no entanto referem que o enfermeiro deverá ter

em conta que o homem e a mulher comportam-se de formas diferentes na manifestação de comportamentos agressivos, nomeadamente expressão de sentimentos de raiva e recurso à força como resposta a ordens ou aproximação do enfermeiro (invasão do espaço social do doente).

Num estudo realizado por Martin et al (2006), e com base na relação entre o registo de incidentes agressivos e o sexo do enfermeiro, verificaram que os doentes do sexo feminino tendem a ser mais agressivos com os enfermeiros do sexo feminino e os doentes do sexo masculino tendem a ser mais agressivos com enfermeiros do sexo masculino. Partindo do princípio que os doentes serão mais agressivos com enfermeiros do mesmo sexo, este conhecimento deve ser tido em conta na selecção dos enfermeiros para intervirem numa situação de crise.

Bergen et al (2006), verificou que os doentes reconhecem que em situações de crise os profissionais lidam com doentes por vezes perigosos, em que a natureza impulsiva e exigente de alguns doentes foi descrita como forma de desencadear tensão no relacionamento com outros doentes e com os profissionais. Tiveram a percepção que "alguns doentes tinham um fusível curto" e que perdiam o controlo muito rapidamente. Atribuíram o comportamento agressivo à doença, referindo que "...o seu cérebro não está funcionando propriamente", "eles têm pensamentos negativos em vez de positivos", "estão desnorteados e não entendem, confundem-se e logo podem atacar" e "o pessoal também se aborrece". No entanto, muitas vezes a adopção deste comportamento não tem como finalidade a agressão do outro, mas sim, defesa do próprio doente

ou de outra pessoa em resultado do seu conteúdo alucinatório e perturbações do pensamento. Apesar de ser difícil estabelecer um ambiente terapêutico durante a fase de violência é necessário encontrar um equilíbrio entre a segurança e um tratamento eficaz. Daí a importância da formação contínua e desenvolvimento profissional no sentido dos profissionais melhorarem o relacionamento, contribuindo assim para um ambiente mais terapêutico.

Num outro estudo realizado por Martin et al (2006), e com base na relação entre o registo de incidentes agressivos e o sexo do enfermeiro, verificaram que os doentes do sexo feminino tendem a ser mais agressivos com os enfermeiros do sexo feminino e os doentes do sexo masculino tendem a ser mais agressivos com enfermeiros do sexo masculino. Partindo do princípio que os doentes serão mais agressivos com enfermeiros do mesmo sexo, este conhecimento deve ser tido em conta na selecção dos enfermeiros para intervirem numa situação de crise.

Estigmatização da pessoa portadora de doença mental:

As atitudes estigmatizantes dos enfermeiros perante a pessoa portadora de doença mental contribuem para a insatisfação da pessoa, podendo desencadear comportamentos agressivos, principalmente verbais. Estas atitudes vão desde a não valorização da queixa principal da pessoa, sensação de abandono por parte dos enfermeiros e serem cuidados como doentes psiquiátricos e não pelo motivo que desencadeou a crise ou procura de cuidados (Hughes et al., 2007). Santos et al. (2006), verificaram que estas atitudes dependem das crenças, valores e preconceitos

dos enfermeiros no contacto com a pessoa portadora de doença mental, o que influenciará na prestação de cuidados. Reconhecem que é necessário uma revisão do papel e da conduta do profissional de enfermagem para que consiga olhar a pessoa portadora de doença mental em situação de crise como alguém portador de uma patologia real, a qual não teve como evitar e sobre a qual muitas vezes não tem controlo. Referem ainda que o enfermeiro deverá assumir o seu lugar na equipa multidisciplinar como agente de um saber subsidiado pelas ciências sociais e humanas, de forma a garantirem um lugar importante na construção de um novo paradigma assistencial acerca clientela colocada à margem da exclusão.

Com base num trabalho realizado num Serviço de Urgência de um Hospital nos Estados unidos da América, com o objectivo de identificar a satisfação da pessoa portadora de doença mental e família relativamente ao atendimento no Serviço de Urgência, Hughes et al. (2007) verificaram que os utentes sentiram que os problemas de saúde mental não eram prioritários para o atendimento, que geralmente eram triados com prioridade pouco urgente e que a sua queixa não era valorizada pelo enfermeiro. Alguns utentes referiram a sensação de abandono nas salas de espera como se os seus problemas de saúde mental não fossem dignos de atenção. Um pequeno número de participantes, sentiram-se envergonhados e culpados por ali estarem, como se tivessem feito algo de mal ou de criminoso, só por serem portadores de doença mental. Estas sensações foram mais fortes nos utentes que tinham sido trazidos pela polícia ou aqueles que eram vigiados pelo pessoal de segurança. Os utentes re-

feriram que queriam ser acolhidos e cuidados como pessoa que sofria e que legitimamente procuravam ajuda. Verificaram ainda que quando os utentes eram identificados como pessoas portadoras de doença mental, mesmo que tivessem um problema físico, continuavam a ser tratados como doentes mentais e não pelo motivo que procuraram ajuda. Com este estudo, verificaram que as atitudes estigmatizantes dos enfermeiros afectam a qualidade dos cuidados, podendo contribuir para que os utentes apresentem comportamentos agressivos, principalmente verbal para com os enfermeiros. Para que estas atitudes estigmatizantes por parte dos enfermeiros diminuam, estes deverão desenvolver habilidades e aquisição de competências na avaliação das necessidades da pessoa portadora de doença mental nas situações de crise e estabelecer uma relação empática.

Medidas para controlar agressão da pessoa portadora de doença mental:

Riley (2006), com base num estudo realizado num Serviço de Psiquiatria do Reino Unido, verificou que a contenção física foi utilizada 261 vezes, no período de 1999 a 2001. Esta foi mais provável quando o doente foi internado compulsivamente e quando apresentava sinais de perda de controle, nomeadamente agressão verbal, e não processavam a informação devido a delírios e perturbações do pensamento. A utilização da contenção física como medida de restrição está associada a factores psicológicos do enfermeiro no momento da crise, nomeadamente, percepção de ameaça baseada no juízo iminente de perda de controlo perante o estado de agitação e de agressividade do doente. Isto pode estar relacionado a uma sensação

subjectiva do medo, uma necessidade de restabelecer o controlo e uma incapacidade de identificar com racionalidade o comportamento do doente. O enfermeiro deve explorar estes factores para que tenha uma melhor compreensão do doente psiquiátrico em situação de crise para evitar intervenções desnecessárias. Para tal, exige ao enfermeiro uma observação, habilidades e competências acrescidas na avaliação do risco (Masson, 2006). Também Rogers (2006) verificou, relativamente às estratégias de prevenção e intervenção na crise, ser fundamental uma avaliação adequada da pessoa, relacionamento empático com a pessoa, comunicação eficiente transmitindo ambiente de confiança e contenção medicamentosa.

As medidas de contenção física eram usadas quando a pessoa portadora de doença mental apresentava instabilidade comportamental, no entanto Rogers (2006), verificou que esta era menos utilizada quando o enfermeiro avaliava com maior cuidado a pessoa, estabelecia com ela uma relação empática e controlava o comportamento da pessoa com medicação. Verificou ainda que quando era necessário a contenção física, o enfermeiro informava a pessoa da sua necessidade para que esta se aperceba que esta intervenção é para promoção do ambiente seguro, aumentando a relação terapêutica e redução da probabilidade de maior descontrole comportamental.

Com base num outro estudo, Sarlatto et al. (2008), verificaram que a contenção física era utilizada tendo em vista a segurança, conforto, estabilidade no meio hospitalar e o bem-estar psicológico das pessoas portadoras de doença mental em situação de crise e principalmente dos prestadores de cuidados.

É de referir, que o risco do comportamento agressivo, origina muita preocupação aos enfermeiros durante a prestação de cuidados à pessoa portadora de doença mental em situação de crise, sendo uma fonte de stress, de tensão para quem trabalha neste ambiente (Bergen, 2006) e de sentimento de medo (Santos, 2006).

Num ambiente onde o potencial de agressividade é elevado, Daffern & Martin (2006), e com base num estudo realizado num Serviço de Psiquiatria em que pretendiam conhecer as percepções dos profissionais de saúde em relação à sua segurança e capacidade para lidar com a agressividade dos doentes, identificaram factores que originam percepção de segurança aos profissionais, que contribuíram para controlar a agressividade da pessoa portadora de doença mental em situação de crise. Os factores identificados foram: confiança nos colegas da equipa, formação, estratégias de prevenção e de gestão, trabalho de equipa, competências pessoais, experiência e habilidade dos profissionais. Verificou ainda que os profissionais que frequentaram formação específica relativamente à gestão de agressividade, tinham maior confiança para lidar com a agressividade da pessoa. Em relação ao trabalho da equipa, verificou um trabalho sustentado, com boa liderança, comunicação eficiente transmitindo um ambiente de confiança, aproximação dos elementos com bom conhecimento entre eles foi fundamental para controlar a agressividade da pessoa. Relativamente ao perfil da equipa, verificou que os elementos do sexo masculino têm mais capacidade para lidar e cuidar de uma pessoa agressiva.

DISCUSSÃO

A descrição dos resultados dos estudos feita anteriormente dá-nos uma visão sintetizada das causas que contribuíram para que a pessoa portadora de doença mental manifestasse comportamento agressivo e das medidas para controlar esse comportamento com o objectivo de promover um ambiente seguro. Para esta descrição foram analisados 10 estudos obtidos através de consulta a base de dados electrónica, datados no período de 2006 a 2008.

Dos 10 trabalhos utilizados apenas um foi realizado num serviço de urgência e os restantes em unidades de internamento psiquiátrico. Utilizei-os neste estudo porque abordavam a temática que ia de encontro ao problema de investigação e que davam resposta aos objectivos deste trabalho. 6 estudos abordavam as causas que poderão contribuir para que a pessoa portadora de doença mental apresente comportamento agressivo em situação de crise e 4 abordavam as medidas para controlar o comportamento agressivo da pessoa portadora de doença mental em situação de crise, tendo como finalidade promover a sua segurança e a dos outros.

As características individuais da pessoa portadora de doença mental em situação de crise e as atitudes estigmatizantes do enfermeiro ao cuidar esta pessoa poderão desencadear comportamento agressivo da mesma. A maioria dos estudos consultados abordavam que este comportamento não tinha como finalidade a agressão do outro, mas sim, defesa do próprio doente ou de outra pessoa em, resultado do seu conteúdo alucinatório e perturbações do pensamento. As atitudes estigmatizantes dos enfermeiros

perante a pessoa portadora de doença mental em situação de crise vão desde a não valorização da queixa principal da pessoa, sensação de abandono e serem cuidados como doentes psiquiátricos e não pelo motivo que desencadeou a crise ou procura de cuidados. Estas atitudes por parte do enfermeiro contribuem para a insatisfação da pessoa, podendo desencadear comportamento agressivo, principalmente verbal (Hugles et al., 2007). Estas atitudes dependem das crenças, valores e preconceitos dos enfermeiros na abordagem à pessoa portadora de doença.

Esclarecendo a natureza da relação entre as características do indivíduo e o comportamento agressivo, ajuda o enfermeiro a identificar a susceptibilidade ou tendências para este comportamento, o que permitirá prestar cuidados com segurança, quer para a pessoa quer para si, de forma a limitar a influência dessa vulnerabilidade (Ogloff et al 2007).

A contenção física é uma intervenção utilizada pelo enfermeiro para controlar a agressão ou potencial de agressão da pessoa portadora de doença mental com alterações do comportamento. É usada como medida temporária de tranquilização rápida, que visa a protecção do próprio, dos outros e do meio. (Riley, 2006). É utilizada quando o doente apresenta uma grande instabilidade do comportamento (Martin & Daffern, 2006). No entanto ambos são da opinião que deverá ser a última medida a ser utilizada pelo enfermeiro no controle da agressão devido a ser altamente controversa quanto à legalidade, aspectos éticos, eficácia clínica, aceitabilidade e segurança.

Apesar de ser difícil estabelecer um bom ambiente terapêutico durante a fase aguda, é necessário encontrar o equilíbrio entre a

segurança e cuidado com qualidade. Daí a importância no desenvolvimento de competências acrescidas e de habilidades, nomeadamente uma relação empática e de respeito pela dignidade da pessoa portadora de doença mental, que foi referida em todos os trabalhos.

CONCLUSÃO

A análise dos estudos permitiu conhecer algumas das causas que contribuem para que a pessoa portadora de doença mental num contexto de emergência manifeste comportamento agressivo e conhecer algumas das intervenções prestadas pelos enfermeiros para a promoção de um ambiente seguro.

A pessoa portadora de doença mental poderá comportar-se agressivamente devido às suas características e atitudes estigmatizantes do enfermeiro ao cuidar esta pessoa. A manifestação deste comportamento não tem como finalidade a agressão do outro, mas sim, defesa do próprio doente ou de outra pessoa em, resultado do seu conteúdo alucinatório e perturbações do pensamento. Torna-se fundamental identificar a natureza da relação entre as características do indivíduo e o comportamento agressivo, porque permite ao enfermeiro identificar a susceptibilidade ou tendências para este comportamento, o que permitirá prestar cuidados com segurança, quer para a pessoa quer para si, de forma a limitar a influência dessa vulnerabilidade.

A contenção física é uma intervenção utilizada pelo enfermeiro para controlar a agressão ou potencial de agressão da pessoa portadora de doença mental com alterações do comportamento, tendo como finalidade a protecção da pessoa, dos outros e do meio.

Num ambiente Hospitalar de Saúde Mental os Profissionais precisam de se sentir seguros, exigindo capacidade e confiança para lidar com pessoas potencialmente agressivas, dando-lhes protecção, proteger as outras pessoas e se auto proteger. Daí a importância do desenvolvimento de competências acrescidas e de habilidades, nomeadamente uma relação empática e de respeito pela dignidade da pessoa portadora de doença mental, aspectos fundamentais para a implementação de um bom ambiente terapêutico. No entanto o número insuficiente de estudos que versam a temática do cuidar de uma pessoa portadora de doença mental num contexto de emergência psiquiátrica, não permitiu uma evidência científica. Penso que seria de grande utilidade o desenvolvimento de estudos sobre o cuidar de uma pessoa portadora de doença mental num contexto de emergência psiquiátrica. O aprofundamento desta temática permitirá aos enfermeiros uma maior reflexão e discussão e definição de estratégias de intervenção que vão ao encontro das necessidades destas pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ballard, K. A. et al. (2002). *Enfermagem em Saúde Mental Uma Integração de Teoria e Prática*. Lisboa: McGraw.

Bergen, H., et al. (2006). Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. [consulta: 28 de Dezembro de 2008]. url: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16441389&lang=pt-br&site=ehost-live>

Daffern, M. & Martin, T. (2006). Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic

psychiatric setting. [consulta: 31 de Dezembro de 2008]. url: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16441399&lang=pt-br&site=ehost-live>

Fortin, Marie – Fabiene (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Guidugli, F. & Castro, A. A. (2001). *Projecto de Pesquisa de uma Revisão Sistemática*. [consulta: 20 de Dezembro de 2008]. url: http://www.evidencias.com/planejamento/pdf/lv4_15_rsl.PDF

Hugles, L. et al. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. [consulta: 28 de Dezembro de 2008]. url: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bnh&AN=132240&lang=pt-br&site=ehost-live>

Martin, T. & et al. (2006). Staff gender ratio and aggression in a forensic psychiatric hospital. [consulta: 26 de Dezembro de 2008]. url: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16643344&lang=pt-br&site=ehost-live>

Mason, T. & Whitehed, E. (2006). Assessment of risk and special observations in mental health practice: A comparison of forensic and non-forensic settings. [consulta: 31 de Dezembro de 2008]. url: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=22853093&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ogloff, J. et al. (2007). The Interaction Between Individual Characteristics and the Function of Aggression in Forensic Psychiatric Inpatients. [consulta: 7 de Janeiro de 2009]. url: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=26086637&lang=pt-br&site=ehost-live>

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). Fundamentos da pesquisa em enfermagem. (3ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

Riley, D. et al. (2006). Physical restraint of patients in acute mental health care settings: patient, staff, and environmental factors associated with the use of a horizontal restraint position. [consulta: 26 de Dezembro de 2008]. url: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=21007519&lang=pt-br&site=ehost-live>

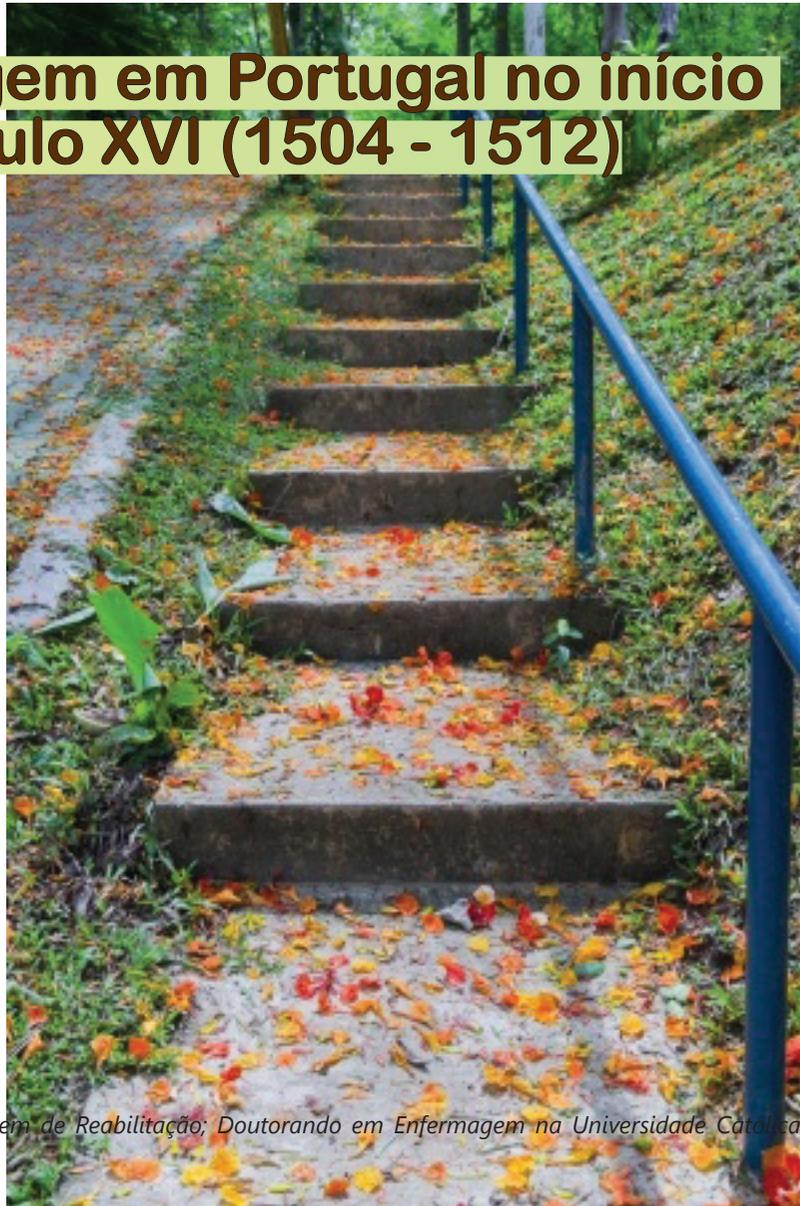
Rogers, S. A. & et al. (2006). Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. [consulta: 28 de Dezembro de 2008]. url: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17102932&lang=pt-br&site=ehost-live>

Santos, C. et al. (2006). As marcas da dupla exclusão: Experiências da enfermagem com o psicótico infractor. [consulta: 26 de Dezembro de 2008]. url: http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0104-0707200600500009...

Sarlatto, C. & Sangiorgio, P. (2008). Physical Restraint in General Hospital Psychiatric Units in the Metropolitan Area of Rome. [consulta: 26 de Dezembro de 2008]. url: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=35618815&lang=pt-br&site=ehost-live>

Sheely, S. (2003). Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática. (4ª.ed). Loures: Lusociência.

A Enfermagem em Portugal no início do século XVI (1504 - 1512)



LUÍS LISBOA SANTOS

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa

RESUMO

Focando um pequeno período cronológico do início do século XVI (1504-1512), queremos contribuir para o conhecimento das funções exercidas pelos enfermeiros em diversas instituições de assistência, numa amplitude geográfica de Braga a Almada, atravessando Coimbra, Caldas da Rainha e Lisboa, com destaque para a diversidade de normas encontradas nos regimentos e compromisso.

PALAVRAS CHAVE: História da Enfermagem, Regimentos, Compromissos, Funções dos Enfermeiros.

ABSTRACT

Focusing on a short chronological period of the early sixteenth century (1504-1512), we want to contribute to be knowledge of the functions performed by nurses in various care institutions in a geographic scale of Braga to Almada through Coimbra, Caldas da Rainha and Lisbon highlighting the diversity of standards found in regulations and commitment.

KEYWORDS: History of Nursing, Regiments, Appointments, Tasks of Nurses.

Introdução

Depois de no final do século XV ter surgido a 1ª Misericórdia em Portugal, no início deste século XVI os portugueses alcançavam o Brasil, momento que coincidia com a expansão das misericórdias pelo país, o que abria um caminho de oportunidades para que os enfermeiros desempenhassem as suas atividades nos inúmeros hospitais que começaram a surgir. Enquadrado num plano de reorganização assistencial iniciado no século passado, este novo século surgia com uma imagem de esperança de desenvolvimento do país, onde o plano assistencial estava incluído. As misericórdias ao longo do país eram uma realidade, com regras e princípios próprios, embora com uma base concetual na misericórdia de Lisboa (Abreu, 1996), levaram ao surgir de novos hospitais ou a anexação dos que existiam. Na perspetiva de Ramos (2010:228), "parece certo que aquilo a que se assistiu foi mais a um processo de uniformização institucional do que propriamente de centralização política".

Neste quadro de transformações numa perspetiva do plano assistencial, este princípio do século XVI trouxe novos enquadramentos, nomeadamente com o regimento para o Hospital Real de Todos os Santos em Lisboa¹, uma instituição de assistência com dimensões diferentes das anteriores instituições hospitalares, o que vinha renovar e alterar o panorama do internamento hospitalar em Portugal.

Numa dimensão diferente da anterior, no ano seguinte (1505) surgia o compromisso de um Hospital em Almada² onde constamos uma perspetiva da diferenciação existente no nosso país, neste caso no plano assistencial.

Na cidade de Coimbra observamos também o regimento do Hospital Del Rei de 1508³, para nos permitir outra perspetiva dos caminhos assistenciais nesta Idade Moderna em Portugal, assim como neste mesmo ano um regimento para o Hospital de S. Marcos⁴ em Braga.

Para completar o quadro desta nossa viagem pelo início deste século XVI, o compromisso do Hospital nas Caldas da Rainha de 1512⁵.

Formulámos a seguinte questão: Que funções exerciam os enfermeiros em Portugal neste início do século XVI? A partir desta questão traçamos o seguinte objetivo:

-Identificar as funções dos enfermeiros em algumas instituições de assistência em Portugal.

Quadro Teórico

Para o enquadramento teórico desta nossa pesquisa histórica perspetivamos a História da Assistência num plano mais específico e também a História de Portugal num plano mais abrangente, que nos permitem perceber a história da enfermagem no contexto estudado.

Qualquer uma das instituições referidas que nos permitem analisar e interpretar os seus compromissos ou regimentos, enquadravam - se no desenvolvimento do sistema assistencial em Portugal, onde as misericórdias assumiram um papel preponderante com um conjunto de privilégios régios, cruciais para o seu desenvolvimento. A nível local, com a criação ou anexação de hospitais existentes, estas instituições de assistência tornaram - se os principais centros de atividades dos enfermeiros, processo que se iria prolongar ao longo de vários séculos. Segundo Ramos

(2010:235), “acabaram por se tornar numa das instituições matriciais das principais famílias de cada localidade ... absorvendo uma grande quantidade de doações com fins devocionais e caritativos por morte ...”.

De qualquer forma, quer com as misericórdias ou com o modelo para o novo Hospital de Lisboa, uma filosofia externa estava patente, principalmente em modelos italianos ou da vizinha Espanha, com uma rutura em relação ao passado. Melhor organização e maior funcionalidade eram os objetivos pretendidos.

Num enquadramento das funções dos enfermeiros, uma dupla perspetiva: uma organização das funções dos enfermeiros com uma hierarquização na sua estrutura, mas apenas para o Hospital de Lisboa. Como podemos observar neste princípio do século XVI essa evolução ou transformação não se verificou nos outros compromissos e regimentos que analisamos, quer em Coimbra, Almada ou Braga, apenas com uma aproximação do regimento do Hospital das Caldas da Rainha ao Hospital Real de Todos os Santos de Lisboa.

Metodologia

Adotamos uma metodologia histórica, que engloba um conjunto de etapas, como noutra qualquer metodologia. Após a colheita de dados, realizada principalmente na Biblioteca Nacional de Lisboa, realizámos o tratamento e análise dos dados, para finalmente procedermos à sua interpretação (Streubert [et al.] 2002).

Na colheita de dados, onde selecionamos as fontes primárias de acordo com os nossos objetivos, criando os factos históricos para este nosso estudo, observamos as críticas externa e interna para identificarmos a autenticidade ou a credibilidade dessas fontes

(Gomes,1988:343-344).

O trabalho hermenêutico é fundamental nesta metodologia histórica, passando da fase analítica para a interpretativa, fundamental para a construção de novos conhecimentos no âmbito da História da Enfermagem (Lopes, 2010:13-14).

A investigação histórica da enfermagem tal como outra investigação deve ser realizada utilizando em todo o seu processo um quadro ético responsável e adequado. Lopes (2010:13) salienta:

“(...) a seriedade e honestidade científicas: relativamente às fontes e ao objecto de estudo, não os forçando a dizer o que queremos que eles digam ...”.

Resultados/Discussão

Quando surgiu o regimento do Hospital Real de Todos os Santos em Lisboa (1504) já esta instituição de assistência estava em funcionamento. Quer em relação à sua dinâmica organizacional ou na especificidade das funções dos vários técnicos, este regimento trouxe uma grande evolução, se pensarmos naqueles que existiam ao longo de todo o país. Toda a sua construção evidenciava uma nova forma de conceber e apresentar uma instituição de assistência.

Uma organização hierárquica surgia na estruturação da organização dos enfermeiros: os mores ou maiores e os pequenos, com funções diferentes para cada um deles. Numa fase inicial do funcionamento deste hospital, quatro enfermeiros maiores, sete pequenos, uma enfermeira e uma ajudante, além de outros ajudantes. Havia ainda a permanência de um hospitaleiro e de uma hospitaleira com funções diferenciadas e mais específicas, num enquadramento de toda a instituição.

Cabia ao enfermeiro - mor a responsabilidade de gestão, organização e execução das diversas atividades de cada enfermaria. Era ele que orientava o trabalho de todos aqueles que ajudavam na concretização dos cuidados aos enfermos e que mantinha as relações com outros técnicos, em questões relacionados com os enfermos ou com a enfermaria. Embora com um conjunto enorme de funções, a sua avaliação era realizada por diversos elementos da instituição de assistência, desde o provedor, ao médico e ao hospitaleiro.

Este regimento trouxe em relação a ideias centrais uma clara enunciação de fundamentos e descrição de funções com aspetos específicos e desenvolvidos, um passo evolutivo de grande amplitude na dinâmica de uma instituição de assistência. Uma descrição de funções onde o enfermo era o foco de atuação de todos os técnicos, o que levava à sua compreensão, ao entendimento das suas necessidades. Uma visita diária ou bidiária de um conjunto de técnicos, com a finalidade de encontrar a melhor solução para um enquadramento mais eficaz de cada enfermo, onde estava incluído o enfermeiro - mor, que detinha a responsabilidade da informação da evolução individual de cada enfermo, com a transmissão aos outros técnicos das atividades do quotidiano. A presença de uma forma de registo numa tábua, para que este enfermeiro registasse informações determinantes de cada enfermo, com ênfase no âmbito da sua alimentação. A administração da terapêutica era outra das atividades do enfermeiro, depois da prescrição médica e da preparação pelo farmacêutico. A higiene dos enfermos ou da instituição era outra das atividades relevantes que os enfermei-

ros executavam. Araújo (1999:664) enuncia a higiene hospitalar, salientando: "dava - se um grande ênfase à necessidade de uma boa higiene, tanto hospitalar como a nível individual ... além da utilização das janelas para uma boa ventilação das enfermarias, eram perfumadas com alecrim, incenso e alfazema ...".

Se ao enfermeiro - mor estava também integrada a função de organização das atividades, era ao enfermeiro pequeno que competia o plano da sua execução, com a orientação do primeiro. Pela enorme dimensão das atividades a realizar, o processo de delegação devia fazer parte do quotidiano do enfermeiro - mor, pois só assim conseguiria atingir todos os objetivos contidos no regimento. O que nos leva a entender uma hierarquização nas funções dos enfermeiros, o que também era novidade na sua descrição. Uma visão abrangente das atividades numa instituição de assistência, se pensarmos na continuidade dos cuidados a prestar aos enfermos. Um enquadramento de ideias centrais da administração hospitalar (Cabral, 1915:105), que embora já incorporada nas instituições de assistência de Roma ou Milão, para Lisboa ou Portugal eram fundamentos novos para o funcionamento de uma instituição de assistência.

No plano da história da enfermagem em Portugal, este regimento teve um enorme significado pela evolução trazida, quer no âmbito organizacional ou no âmbito do conteúdo das funções para os enfermeiros, à sua organização hierárquica ou ao plano relacional pelos diversos técnicos da instituição. Podemos a partir deste regimento estabelecer uma linha de orientação para o seu antecedente e também a sua evolução. Não

estabelecemos uma rutura mas um marco que será sempre determinante na forma da enunciação das funções para os enfermeiros e no seu papel numa instituição de assistência, que quando surgiu neste início do século XVI era a mais desenvolvida em Portugal. Segundo Leone (1957:46), "quem lê o regimento do Hospital de Todos os Santos, dado por D. Manuel em 1504 ... certifica - se que para tal época, não se poderia promulgar diploma mais completo. Tudo nele foi previsto ... foi o 'super - carburante' que impulsionou a máquina imensa ...".

Não podemos de deixar de enunciar que o aparecimento deste hospital estava enquadrado numa dinâmica à muito iniciada, com o poder régio a adotar medidas de centralização das instituições de assistência e que esta instituição de assistência resultou pelo enquadramento de cerca meia centena de hospitais de menor dimensão, pelo que este regimento representava também essa mudança, numa perspetiva mais dinâmica do processo assistencial em Portugal.

No contexto da região de Lisboa, uma abordagem da valorização que enunciamos atrás, onde o poder régio continuava num enquadramento do sistema assistencial em Portugal. De facto, um regimento sobre hospitais, albergarias, confrarias e capelas (1504)⁶ desta região, trazia uma orientação para todo este processo e o empenho de uma organização mais eficaz para a assistência.

Se viajarmos para Coimbra e analisarmos o regimento do Hospital Del Rei daquela cidade de 1508 deparamo - nos com uma enorme diferença na sua construção, também nas funções para o enfermeiro, que aparece com a terminologia de hospitaleiro. Este plano geográfico a interferir no contexto da di-

nâmica assistencial era uma realidade neste início do século XVI em Portugal e para os enfermeiros. Passarmos do regimento anterior para este de 1508, naquele que foi considerado o primeiro Hospital Escolar de Portugal (Correia, 1956), onde apenas por uma vez surge a palavra enfermeiro e enquadrado no processo de reestruturação assistencial em Portugal, leva - nos a observar uma enorme distância entre a dinâmica de um e de outro, entre a sua organização e orientação, com reflexos nas funções atribuídas aos seus técnicos. Com pouco ênfase nos cuidados aos enfermos, abordava questões comportamentais do hospitaleiro, onde a caridade era fundamental para as suas atividades, salientado as temáticas da higiene, terapêutica e alimentação como foco das suas ações, mas com um desenvolvimento bastante reduzido. Eram também atribuídas ao hospitaleiro funções de administração, principalmente dos recursos, com ênfase na sua contenção. Na continuidade desta organização institucional, o regimento do hospital de S. Marcos em Braga, também de 1508, aparecia ainda com um desenvolvimento inferior de funções em relação ao hospital de Coimbra. Também os cuidados aos enfermos eram prestados por um hospitaleiro ou hospitaleira e a administração da instituição era exercida por um provedor. Uma enorme diferença de orgânica institucional, se pensarmos no regimento do hospital de Lisboa.

No ano em que o Hospital D'el Rei de Coimbra passou a ser administrado pela misericórdia local (1512) surgiu o compromisso de uma instituição de assistência em Portugal - do Hospital Termal das Caldas da Rainha. Era uma instituição já em funcionamento, aquele que mais se aproximava do regimento do

hospital de Todos os Santos de Lisboa.

Foi a rainha D. Leonor a principal incentivadora deste hospital, onde assumiu a administração na fase inicial. Com uma descrição específica de funções, estavam previstos dois enfermeiros e uma enfermeira e também um hospitaleiro e uma hospitaleira. Os cuidados aos enfermos eram realizados pelos enfermeiros, com funções aproximadas ao regimento do hospital de Lisboa, embora com aspetos mais específicos, uma vez que esta instituição de assistência também funcionava com objetivos mais específicos em relação à patologia dos enfermos. Funções baseadas nas prescrições médicas, com realce inicial para a visita aos enfermos, com uma organização formal onde o enfermeiro estava incluído. Enfermeiros em que, pelo menos um tinha de saber ler e escrever para que todas as atividades pudessem ser integralmente cumpridas. Com um acolhimento dos enfermos realizado pelo hospitaleiro ou pelo enfermeiro, a responsabilidade da higiene dos enfermos era dos enfermeiros, com um cuidado especial em relação aos banhos termais, principal finalidade do internamento. Uma organização de atividades para as vinte e quatro horas, o que levava a um planeamento eficaz de todas as ações a empreender. No campo da avaliação das atividades elaboradas pelos enfermeiros, o hospitaleiro assumia um papel preponderante, embora os outros técnicos também participassem nessa avaliação.

Conclusão

Com o regimento para o Hospital Real de Todos os Santos em Lisboa em 1504 as mudanças foram enormes em relação ao desenvolvimento das funções para os enfermeiros em

Portugal, criando expectativas elevadas em relação ao futuro. No entanto, logo em 1505 e 1508 pudemos constatar que essa evolução não foi extensiva a outras instituições de assistência, quer em Almada, Coimbra ou Braga. Apenas em 1512 nas Caldas da Rainha houve alguma aproximação ao desenvolvimento das funções descritas para os enfermeiros. Estávamos na presença da existência de contextos diferentes ao longo do nosso país no plano assistencial e nas funções previstas para os enfermeiros. Diferenças em contextos geográficos, mas também na dimensão organizacional, com repercussões nas atividades dos enfermeiros em cada instituição de assistência.

Fontes e Bibliografia

Fontes:

- 1) SALGADO, Abílio José, co - autor; SALGADO, Anastácia Mestrinho, co - autor (1992) - Regimento do Hospital de Todos-os-Santos. Lisboa : (edição fac – simulada). Edição da Comissão Organizadora do V Centenário da Fundação do Hospital Real de Todos-os-Santos, 1992. Consulta na Biblioteca Nacional em Lisboa. Este regimento "é uma cópia do manuscrito original (século XVI), traslado num códice que existe no acervo documental do Hospital de S. José e designado por Daupias de Alcochete como um Registo Geral dos reinados de D. João II e D. Manuel I"(Regimento Hospital Real de Todos os Santos, p. 9-10)
- 2) Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia de Almada - Tombo e compromisso do Hospital de Santa Maria de Almada, 1505, fls. 39-54. In FLORES, Alexandre M.; COSTA, Paula A. Freitas (2006) - Misericórdia de Almada - Das origens à restauração. Almada :

SCM de Almada, 2006. p. 185-198.

3) Cf. De fl. 4 a 26v do Caderno 1º, do liv. 57 - Registo das Ord. do Hospital de Nossa Senhora da Conceição. In CORREIA, Fernando da Silva (1956) - Regulamento do primeiro hospital escolar que houve em Portugal: o Hospital Del Rei de Coimbra, de 1508. Sep. do Boletim da Assistência Social. Lisboa : Noegravura. 125-126 (1956) 393-423.

4) Arquivo Distrital de Braga - Carta de instituição e regimento do Hospital de S. Marcos em Braga, pelo arcebispo D. Diogo de Sousa, Colecção Cronológica, doc. 1553, fls. 1-12v. In PAIVA, José Pedro (coord. cient.) (2004) - Portugaliae Monumenta Misericordiarum 3. A fundação das misericórdias: o reinado de D. Manuel I. Lisboa : Centro de Estudos de História Religiosa da Universidade Católica Portuguesa/União das Misericórdias Portuguesas, 2004. ISBN 972-98904-2-0. p. 40-46.

5) Compromisso do Hospital das Caldas da Rainha (1512). In PAIVA, José Pedro (coord. cient.) (2004) - Portugaliae Monumenta Misericordiarum 3. A fundação das misericórdias: o reinado de D. Manuel I. Lisboa : Centro de Estudos de História Religiosa da Universidade Católica Portuguesa/União das Misericórdias Portuguesas, 2004. ISBN 972-98904-2-0. p. 132-151

6) Regimento das capelas e dos hospitais , albergarias e confrarias de Lisboa (1504). In PAIVA, José Pedro (coord. cient.) (2004) - Portugaliae Monumenta Misericordiarum 3. A fundação das misericórdias: o reinado de D. Manuel I. Lisboa : Centro de Estudos de História Religiosa da Universidade Católica Portuguesa/União das Misericórdias Portuguesas, 2004. ISBN 972-98904-2-0. p. 107-118.

Bibliografia:

-ABREU, Laurinda Faria Santos (1996) - Padronização hospitalar e misericórdias: Aparentamentos sobre a reforma da assistência pública em Portugal. In Hospital do Espírito Santo de Évora (1996) - Congresso comemorativo do V centenário da fundação do hospital Real do Espírito Santo de Évora: Actas. Évora : 1996. p. 137-147.

-ARAÚJO, Maria Marta Lobo de (1999) - Dar aos pobres e emprestar a Deus: As misericórdias de Vila Viçosa e de Ponte de Lima (séculos XVI - XVIII). Braga : Vol.2. Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, 1999. Tese policopiada de doutoramento em História.

-CABRAL, José Curry da Camara (1915) - Hospital Real de S. José e Anexos. Tipographia A. Editora, 1915.

-GOMES, Raul Rodrigues (1988) - Introdução ao pensamento histórico. Lisboa : Livros Horizonte, 1988.

-LEONE, Jose Teófilo Farto (1957) - Notas sobre o hospital de Santa Marta. Sep. do Bol. dos Hospitais Civis de Lisboa. Lisboa : 21 (1957) 537-547.

-LOPES, Maria Antónia (2010) - Protecção social em Portugal na idade moderna. Coimbra : Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. ISBN 978-989-26-0029-1.

-RAMOS, Rui (coord.) (2010) - História de Portugal. 3ª Edição, Lisboa : A Esfera dos Livros, 2010. ISBN 978-989-626-139-9.

-STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. (2002) - Investigação qualitativa em enfermagem - Avançando o imperativo humanista. 2ª Edição, Lisboa : Lusociência, 2002.

Pioneiras de Enfermagem

RESUMO

A compreensão da história da enfermagem favorece a perspectiva do desenvolvimento contemporâneo. A última metade do século XIX demarca-se pelo início da enfermagem organizada sob liderança de Florence Nightingale. Manteve uma reputação honrosa até aos dias de hoje, enquanto que outras enfermeiras foram ficando esquecidas ao longo da história de enfermagem. Assim, existem algumas personalidades na história da enfermagem, cujos nomes não são conhecidos pela maioria, é o caso de Rufaidah bin Sa'ad, Elizabeth Fry, Mary Seacole e Ethel Fenwick.

PALAVRAS-CHAVE: pioneiras da Enfermagem; Rufaidah bin Sa'ad; Elizabeth Fry; Mary Seacole; Ethel Fenwick.

TÂNIA CATARINA SARAIVA DE OLIVEIRA

Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestre em Enfermagem; Pós-graduada em Gestão e Administração de Serviços de Saúde

ABSTRACT

The understanding of nursing history favors the perspective of contemporary development. The last half of the nineteenth century stands out from the beginning of nursing organized under the leadership of Florence Nightingale. He kept an honorable reputation to the present day, while other nurses were getting forgotten along the nursing history. So there are some personalities in the history of nursing, whose names are not known by most, is the case of Rufaidah bin Sa'ad, Elizabeth Fry, Mary Seacole and Ethel Fenwick.

KEYWORDS: Pioneer Nursing; Rufaida bin Sa'ad; Elizabeth Fry; Mary Seacole; Ethel Fenwick.

RUI MANUEL JARRÓ MARGATO

Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestre em Enfermagem; Pós-graduado em Gestão e Administração de Serviços de Saúde

PIONEIRAS DA ENFERMAGEM

Actualmente, Florence Nightingale é considerada a fundadora da Enfermagem Moderna. A sua perspectiva sobre enfermagem tem sido praticada há mais de um século. Segundo Tomey e Alligood (2004), foi a partir do séc. XIX, com Florence Nightingale que ficou demarcada a distinção entre conhecimentos de enfermagem e conhecimentos de medicina. Nightingale defendia que a enfermagem se fundamentava no conhecimento das pessoas e do ambiente. Descreveu a função específica da enfermeira, considerando que esta deveria proporcionar ao doente as melhores condições de modo a que a natureza actuasse sobre o mesmo.

Ao longo da sua vida, Nightingale contribuiu para o respeito e a valorização da profissão de enfermagem. Contudo, apesar da sua brilhante contribuição para o desenvolvimento da profissão, não podemos descurar a existência de outras pioneiras ao nível da concepção da enfermagem.

RUFAIDAH BINT SA'AD

Na cultura Árabe, a história da enfermagem remonta à figura de Rufaidah bint Sa'ad da tribo Bani Aslam do Kharaj confederação tribal de Medina. Rufaidah nasceu em Yathrib, no séc. VIII, antes da emigração do Profeta Mohammed (Kasule, 2006).

Rufaidah é considerada uma inspiração para as profissões de medicina e de enfermagem no mundo muçulmano.

A enfermeira Rufaidah, considerada a primeira enfermeira Islâmica, iniciou a sua profissão com a emergência do primeiro estado islâmico no tempo do profeta Mohammed. Naquela altura, Rufaidah não foi considerada

somente uma enfermeira mas também uma trabalhadora social. Incentivou as enfermeiras a relacionarem-se com a sociedade, de forma a desenvolverem campanhas de saúde com o objectivo de prevenir o aparecimento da doença. Desenvolveu ainda o seu trabalho prestando assistência na comunidade aos muçulmanos necessitados, nomeadamente aos pobres, órfãos, ou incapacitados (Moawad, 2006).

A sua história ilustra os atributos esperados de uma boa enfermeira, sendo caracterizada pela sua simpatia e empatia (Kasule, 2006). Foi considerada uma líder com capacidade de organização e mobilização de pessoas, tendo sempre como objectivo final a produção de um bom trabalho. Partilhou com as enfermeiras que treinou as suas técnicas, não confinando a enfermagem apenas às situações clínicas. Tentou assim, resolver os problemas sociais que conduziam à doença na comunidade (Moawad, 2006).

Quando o estado Islâmico se estabeleceu em Medina, Rufaidah dedicou-se a prestar cuidados aos muçulmanos doentes. Em tempo de paz, montou uma tenda fora da Mesquita do Profeta, em Medina, onde prestou cuidados aos doentes. Durante a guerra liderou grupos de enfermeiras voluntárias que foram para as batalhas tratar das casualidades (Kasule, 2006).

No contexto dos cuidados de enfermagem, Rufaidah defendia a realização dos cuidados preventivos, reconhecendo a importância da realização de educação sobre saúde (Chapman, Francis, Miller-Rosser, 2006). Fundou uma escola de formação para enfermeiras, desenvolveu o primeiro código de conduta e ética e foi uma promotora da saúde comunitária. Cuidou de doentes nas Mesquitas e

liderou enfermeiras nos cuidados aos feridos durante o tempo das Guerras Sagradas (Lovering, 2006).

ELIZABETH FRY

Elizabeth nasceu em 1780, em Norwich, pertencente a uma família quaker, foi a quarta filha de John Gurney, um banqueiro de Norfolk. Desde cedo, como muitas mulheres da sua classe social, participou em actividades filantrópicas, visitando os pobres e os doentes (Bruin, Holttum, Huntsman, 2006).

Aos 18 anos, após conhecer o quaker William Savery, Elizabeth decidiu ajudar os mais necessitados. Nos anos seguintes, recolheu roupas para doar aos pobres, visitou doentes e fundou uma escola em sua casa onde ensinou as crianças locais a ler (Wells, 2006).

Casou-se em 1800, com Joseph Fry um amigo da família, que sempre a apoiou no seu trabalho. Após o casamento, em 1813, visitou pela primeira vez a prisão de Newgate. As condições precárias em que as prisioneiras femininas se encontravam, desencadearam o seu compromisso pela luta pela reforma das prisões (Bruin, Holttum, Huntsman, 2006).

A prisão de Newgate, tinha prisioneiros de ambos os sexos, a aguardarem processo de julgamento, execução ou transporte. Elizabeth deparou-se com mulheres e crianças a viverem e morrerem em condições horríveis, não tinham camas nem roupas para dormir, cozinhavam e cuidavam da sua higiene na mesma cela (Pitman, 2007).

A partir desse momento, passou a visitar frequentemente Newgate, forneceu roupas e estabeleceu uma escola e uma capela na prisão. Posteriormente, introduziu um sistema de supervisão que foi administrado por

monitores e matrons (Wells, 2006).

Assim foi em 1817, que Elizabeth e outras quakers, formaram a Association for the Improvement of The Female Prisoners in Newgate. Esta associação organizou uma escola para crianças, nomeou uma mulher como matron para supervisionar as prisioneiras. Providenciou ainda, materiais para as mulheres poderem costurar, tricotar e fazerem artigos de modo a poderem comprar comida, roupa e palha fresca para as camas (Idem).

Elizabeth tratou os prisioneiros como seres humanos e revelou ao mundo como era a vida nas prisões, usando os seus conhecimentos na alta sociedade em benefício da sua causa (Samuel, 2007). Uns anos mais tarde, Fry começou a preocupar-se com os cuidados necessários nos hospitais e nos asilos.

Em 1840, durante uma visita a Kaiserswerth, Elizabeth observou a instituição do seu amigo Pastor Fliedner e da sua esposa Friederike, uma escola de diaconisas (inspirada no trabalho desenvolvido por Fry em Newgate), e, voltou para Inglaterra decidida a fundar uma instituição semelhante (Nogueira, 1990).

Neste contexto, com o objectivo de cuidar de doentes de distintas classes sociais nas suas casas, Elizabeth iniciou uma campanha destinada a desenvolver a "Sociedade das Irmãs da Caridade protestantes" (Vieira, 2007).

Esta organização veio mais tarde a ser chamada de "Instituição das Irmãs Enfermeiras" e preconizou cuidar, visitar e confortar os doentes. As enfermeiras recrutadas para fazerem parte desta instituição tinham que passar por uma selecção formal, baseada em referências e entrevistas, constituindo um requisito obrigatório saber ler e escrever (Bruin, Holttum, Huntsman, 2006).

Ainda no ano de 1840, Elizabeth fundou uma escola para formar enfermeiras no Hospital Guy's, estas enfermeiras tinham o seu próprio uniforme e deviam cuidar dos doentes de acordo com as suas necessidades espirituais e físicas. O tempo das enfermeiras amadoras estava a terminar, uma atitude profissional era cada vez mais exigida para atender às necessidades da emergência da ciência da medicina (Samuel, 2007). Elizabeth Fry faleceu em 1845 vítima de doença.

MARY SEACOLE

Mary Seacole nasceu Mary Ann Grant, em Kingston, Jamaica, no ano de 1805. Filha de um soldado Escocês e de uma médica Jamaicana que tinha uma pensão para soldados em convalescença, Seacole aprendeu com a mãe as técnicas de enfermagem (Jones, 2006).

Mary Seacole foi sem dúvida, única na sua perícia natural de enfermeira e médica. Veio de uma longa linha de mulheres Crioulas treinadas em artes ervais, muitas das suas criações foram integralmente geradas para os cuidados dos escravos doentes nas plantações Britânicas (Rappaport, 2006). Casou em 1836, tendo ficado viúva pouco tempo depois, em 1844. Após a morte do seu marido, Seacole foi confrontada com a morte da sua mãe, e, a partir desse momento decidiu permanecer solteira e independente, satisfazendo o seu desejo pelas viagens e aventuras (Jones, 2006).

Como viajante inveterada, viajou sozinha para as Bahamas, Haiti, Cuba, Inglaterra e América do Norte. Aproveitou estas viagens para complementar os seus conhecimentos em medicina tradicional (bbc, 2007).

Em 1850, a ilha da Jamaica foi atacada por

um surto de cólera, tendo morrido muitas pessoas. Seacole trabalhou como enfermeira adquirindo conhecimentos referentes à doença e ao seu tratamento. Como nesse tempo não existia formação em enfermagem formal, Seacole encontrou-se bem qualificada para ser designada de enfermeira. Após uma breve estadia no Panamá, onde também cuidou de pessoas vítimas de cólera, Mary Seacole concluiu que a doença era contagiosa e que a higiene, a ventilação e a alimentação eram importantes para a prevenção da doença (Seaton, 2006). Ficou conhecida pela sua perícia médica, especialmente pela sua capacidade para tratar as vítimas de cólera e de febre amarela, pelo que em 1853 foi convidada para combater a epidemia da febre amarela na Jamaica (Gale, 2007).

Em 1854, quando despoletou a Guerra da Crimeia, a desnutrição e as condições sanitárias precárias, desencadearam surtos de doenças como a cólera e a malária. Convencida de que a sua experiência no tratamento de doenças tropicais, poderia beneficiar os cuidados a prestar aos soldados, Mary Seacole decidiu viajar para Inglaterra na esperança de ser recrutada para prestar cuidados aos soldados Britânicos. Contudo, a sua colaboração foi repetidamente rejeitada, devido à discriminação racial existente (Anionwu, 2006).

Inconformada, Seacole viajou para a Crimeia, por sua própria iniciativa, usando os seus fundos, tendo-se instalado no Hotel Britânico perto de Balaclava. O Hotel Britânico providenciava alojamento aos soldados, comida e cuidados de enfermagem (Idem).

Durante a Guerra, Mary Seacole deslocou-se ao campo de batalha, algumas vezes sob fogo, para cuidar dos feridos. Ficou conhe-

cida como a “Mãe Seacole”, tendo sido reconhecida pela sua coragem e compaixão. A sua reputação rivalizou com a de Nightingale (bbc, 2007).

Seacole conheceu Nightingale, tendo simpaticizado com ela, contudo Florence Nightingale acusou-a de manter uma “má casa” na Crimeia, responsabilizando-a pelo excesso de consumo de álcool e de condutas impróprias (Watson, 2007). De volta a Londres, Seacole estava determinada a ultrapassar as suas dificuldades financeiras, pelo que em 1857 publicou a sua autobiografia *Wonderful Adventures of Mrs. Seacole in Many Lands*, que provou ser um sucesso popular e lhe forneceu segurança financeira (bbc, 2007). Após um período de doença, Seacole faleceu em 1881.

ETHEL GORDON FENWICK

Em 1857, na Escócia, nasceu Ethel Gordon Manson. Ethel tinha a pretensão de ser enfermeira, apesar de naquela época não ser comum, devido à conotação negativa atribuída à profissão de enfermagem. Deste modo, no ano de 1878, começou a treinar para ser enfermeira no Children’s Hospital em Nottingham e em seguida no Royal Infirmary Manchester (Main, 2006). Em 1881, Ethel foi nomeada matron do St. Bartholomew’s Hospital, um posto que assegurou durante os seis anos seguintes. Assim, em 1887 abandonou este cargo, para se poder casar com o médico Bedford Fenwick, pois após o casamento as regras não lhe permitiram continuar a desempenhar o cargo de matron no Hospital (The British Journal of Nursing, 2006). Em 1887, Ethel Fenwick fundou o British Nurses Association, a primeira organização profissional de enfermagem, realizando

do os primeiros encontros em sua casa. Em 1893, esta organização passou a designar-se Royal British Nurses, tendo como objectivo unir as enfermeiras Britânicas, tornando-as membros de uma profissão reconhecida e providenciando o seu registo como evidência de terem recebido formação sistemática (Idem). Com o seu marido Bedford Fenwick, iniciou uma campanha para procurar um reconhecimento certificado para a enfermagem a nível nacional. Assim, Ethel dedicou a sua vida a lutar pela melhoria do status da profissão de Enfermagem. O seu sucesso ficou provado pelo facto do seu nome ser o primeiro a aparecer na lista do State Registered Nurses (Main, 2006).

Fenwick considerava que a inconsistência das práticas de enfermagem era evidente em Inglaterra. Verificavam-se grandes discrepâncias na duração e nas características dos cursos, apesar de existir uma melhoria da qualidade da prática de enfermagem relacionada com a formação das enfermeiras. Pretendia-se então, promover a profissionalização da enfermagem, através de uma formação estandardizada e de uma prática regulamentada por um órgão central (Ridgway, 2006).

Em 1893, Ethel Fenwick adquiriu o Nursing Record, tendo se tornado a sua editora em 1903. Posteriormente, o jornal mudou o seu nome para The British Journal of Nursing. Neste jornal os seus pensamentos e a sua opinião são claramente revelados (Main, 2006).

Em 1899, Mrs. Fenwick propôs às enfermeiras dos vários países a unificação numa organização internacional de enfermagem. Um ano mais tarde, a constituição do International Council of Nurses foi aprovada e Ethel

Fenwick foi eleita Presidente, Lavinia Dock foi eleita secretária e a Canadiana Agnes Snively foi eleita tesoureira (Lynaugh, 2007).

Fenwick continuou a sua luta e conseguiu aumentar o período de formação dos enfermeiros e implementar o registo de enfermeiras. Em 1923, realizou-se o primeiro registo de enfermeiras, sendo Fenwick a primeira enfermeira a registar-se. Ethel Fenwick faleceu aos 90 anos, no ano de 1947.

CONCLUSÃO

Sendo Florence Nightingale considerada por muitos, a matriarca da enfermagem moderna, verifica-se uma tendência para o esquecimento dos contributos pioneiros para o desenvolvimento e profissionalização da enfermagem. O trabalho desenvolvido por estas enfermeiras continua a ser desconhecido na actualidade, continuando a atribuir-se a responsabilidade da enfermagem moderna unicamente a Nightingale.

Contudo, ainda existem evidências que nos permitem concluir que desde o Oriente ao Ocidente, cada uma destas personalidades deixou um contributo relevante para o desenvolvimento e profissionalização na enfermagem, não só através do seu envolvimento na prestação de melhores cuidados, na formação das enfermeiras, mas também na luta pelo estatuto da profissão.

BIBLIOGRAFIA

ANIONWU, Elizabeth – About Mary Seacole. Em linha]. [Consult. 20 Dez. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.maryseacole.com/maryseacole/pages/aboutmary.html>.

BBC – Mary Seacole (1805-1881). Em linha]. [Consult. 15 Jan. 2007]. Disponível em

WWW:<URL:http://www.bbc-co.uk/history/historic_figures/seacole_mary.shtml>.

BRUIN, Mary; HOLTTUM, Deborah; HUNSTMAN, R. G. – Twixt Candle and Lamp: The Contributions of Elizabeth Fry and the Institution of Nursing Sisters to Nursing Reform. *Medical History*. [Em linha]. 46 (2002) 351-380. [Consult. 15 Nov. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=1044528>.

CHAPMAN, Ysanne; FRANCIS, Karen; MILLER-ROSSER – Historical, Cultural, and Contemporary Influences on the Status of Women in Saudi Arabia. *The Online Journal of Issues in Nursing*. [Em linha]. 11:3 (2006) [Consult. 20 Dez. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12_13.htm>.

GALE, Thomson – Mary Seacole 1805-1881. *Nineteenth-Century Literary Criticism*. Ed. Russel Whitaker. [Em linha]. 147 (2005). [Consult. 15 Jan. 2007]. Disponível em WWW:<URL:http://www.enotes.com/nineteenth-century-criticism/seacole-mary/introduction>.

JONES, Anne Hudson – Book and portrait – Mary Seacole: na epic life. [Em linha]. [Consult. 20 Dez. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673605718626>.

KASULE, Omar Hasan – Historical Roots of the nursing Profession in Islam. [Em linha]. [Consult. 23 Nov. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.crescentlife.com/thisthat/feminist%20muslims/rufaida_bint_saad.htm>.

KÉROUAC, Suzanne, et al – *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson, S. A. 1996.

LYNAUGH, Joan – The International Council of Nurses is Almost 100 Years Old. [Em linha]. [Consult. 15 Jan. 2007]. Disponível em WWW:<URL:http://www.nursing.upenn.edu/history/Chronicle/F97/icn.htm>.

LOVERING, Sandy – The Context of Caring in Middle Eastern Nursing. [Em linha]. [Consult. 23 Nov. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.moh.gov.om/nursing/the%20conteet%20of%20caring&20in%20the%20middle%20eastern%20nursing.htm>.

MOAWAD, Darwish – Nursing Code of Ethics: An Islamic Perspective. [Em linha]. [Consult. 23 Nov. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.cis.psu.ac.th/nursing.html>.

MAIN, Jenny – The First Nurse. [Em linha]. [Consult. 7 Nov. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.librario.co.uk/librario/item/2508>.

NOGUEIRA, Manuel – História da Enfermagem. Porto: Edições Salasianas, 1990. 167 p. ISBN 972-690-225-8.

PITMAN, E. R. (1884) – Elizabeth Fry. [Em linha]. [Consult. 05 Fev. 2007]. Disponível em WWW:<URL:http://www.manybooks.net/titles/pitmanm1660616606-8.html>.

RAPPAPORT, Helen – The Invitation that Never Came: Mary Seacole After the Crimea. [Em linha]. [Consult. 20 Dez. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.inpui.edu/~histwhs/h364.dir/seacolehisttoday.pdf>.

RIDGWAY, Suzanne – Pursued Nursing Reform and Rights for Women. [Em linha]. [Consult. 20 Dez. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.workingworld.com/magazine/viewarticle.asp?articleno=462&wn=1>.

SAMUEL, Bill – Elizaneth Gurney Fry (1780-

1845): Quake Prison Reformer. [Em linha]. [Consult. 15 Jan. 2007]. Disponível em WWW:<URL:http://www.quakerinfo.com/fry.shtml>.

SEATON, Helen J. – Another Florence Nightingale? The Rediscovery of Mary Seacole. [Em linha]. [Consult. 20 Dez. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.victorianweb.org/history/crimea/seacole.html>.

THE BRITISH JOURNAL OF NURSING – Ethel Gordon Fenwick: A short outline of her life and work. [Em linha]. [Consult. 20 Nov. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.rc-narchive.rcn.org.uk/data/volume095-1974/page037-volume95-april1947.pdf>.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN 972-8383-74-6.

VIEIRA, Margarida – Ser Enfermeiro: da Companhia à Proficiência. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007. 160 p. ISBN 972-54-0146-8.

WATSON, Kathy (2005) – Mary Seacole: black nurse who became a heroine of the Crimea. [Em linha]. [Consult. 15 Jan. 2007]. Disponível em WWW:<URL:http://www.newstatesman.com/200501170044>.

WELLS, Tony – Elizabeth Fry 1780-1845. [Em linha]. [Consult. 20 Nov. 2006]. Disponível em WWW:<URL:http://www.historyswomen.com/socialreformer/ElizabethFry.html>.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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