

sinais vitais



CIÊNCIA E TÉCNICA
SINDROME DE
BURNOUT NOS
ENFERMEIROS



CIÊNCIA E TÉCNICA
OBESIDADE NA
ADOLESCÊNCIA:
PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO

VII CONGRESSO INTERNACIONAL GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS

Lisboa | Portugal | 29 e 30 de Abril de 2016

Auditório Metro Lisboa – Estação Alto dos Moinhos

7/03/2016
Submissão de
Comunicações



QUESTÕES EM DEBATE:

- Que contributos e inovações trazem as guidelines de pé diabético de 2015?
- Como os pensos controlam os biofilmes nas feridas complexas infetadas?
- Usa-se sempre pensos absorventes em feridas exsudativas?
- Circuito de introdução de materiais e produtos para tratamento de feridas: do Infarmed/ACSS/Comissões de escolha
- Que pensos antimicrobianos existem no mercado em Portugal?
- Quais as Bundles – “Feixe de intervenções” – de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico?
- Infecções da pele e tecidos moles: uma abordagem diferencial
- Ostomias: dos fundamentos à prática

organização



SUMÁRIO

P04 EDITORIAL

P5 CIÊNCIA & TÉCNICA

DOTAÇÃO SEGURA EM ENFERMAGEM: INDICADORES DE RESULTADO

P17 CIÊNCIA & TÉCNICA

SINDROME DE BURNOUT NOS ENFERMEIROS

P23 CIÊNCIA & TÉCNICA

IDOSOS QUE CUIDAM DE IDOSOS

P28 CIÊNCIA & TÉCNICA

A VINCULAÇÃO PARENTAL

P34 CIÊNCIA & TÉCNICA

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA E RESPECTIVO PAPEL DO ENFERMEIRO

P41 CIÊNCIA & TÉCNICA

TURNOVER: ROTATIVIDADE DE RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM

P45 CIÊNCIA & TÉCNICA

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

P53 CIÊNCIA & TÉCNICA

TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA: UM CASO CLÍNICO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE E ADMINISTRAÇÃO Formasau, Formação e Saúde, Lda. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19, Eiras - 3020-265 Coimbra T 239 801 020 F 239 801 029 CONTRIBUINTE 503 231 533 CAPITAL SOCIAL 21.947,90 € DIRECTOR António Fernando Amaral DIRECTORES-ADJUNTOS Carlos Alberto Margato / Fernando Dias Henriques EDITORES Arménio Guardado Cruz / João Petetim Ferreira / José Carlos Santos / Paulo Pina Queirós / Rui Manuel Jarró Margato ASSESSORIA CIENTÍFICA Ana Cristina Cardoso / Arlindo Reis Silva / Daniel Vicente Pico / Elsa Caravela Menoita / Fernando Alberto Soares Petronilho / João Manuel Pimentel Cainé / Luís Miguel Oliveira / Maria Esperança Jarró / Vitor Santos RECEPÇÃO DE ARTIGOS Célia Margarida Sousa Pratas CORRESPONDENTES PERMANENTES REGIÃO SUL Ana M. Loff Almeida / Maria José Almeida REGIÃO NORTE M. Céu Barbiéri Figueiredo MADEIRA Maria Mercês Gonçalves COLABORADORES PERMANENTES Maria Arminda Costa / 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

Nos últimos anos Portugal tem estado em contraciclo no que diz respeito às dotações de enfermeiros no sistema de saúde. Enquanto os países mais desenvolvidos têm apostado claramente no investimento em cuidados de enfermagem para garantir a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade, Portugal pelo contrário desinvestiu nesses cuidados a todos os níveis.

Nos cuidados de saúde primários os níveis das dotações dos centros de saúde, em todas os seus "subsistemas" (UCSP, USF, UCC...) têm uma falta crónica de enfermeiros e com números de médicos que em muitos casos duplicam o número de enfermeiros. Nos hospitais públicos assiste-se ao mesmo fenómeno na generalidade dos hospitais com um défict grave do número de horas de cuidados a prestar nas 24 horas a cada doente. Muitos serviços de internamento de alguns hospitais centrais chegam a ter mais médicos do que enfermeiros.

No setor privado as coisas ainda se complicam mais. No setor dos cuidados continuados a presença de enfermeiros é diminuta, ficando os cuidados aos doentes a cargo de pessoas sem o mínimo de preparação. Nos lares, apesar da grande dependência dos idosos que hoje são a sua população, não existem enfermeiros para cobrir as necessidades durante as 24 h e em muitos casos não existem pura e simplesmente enfermeiros. Nas designadas clínicas e hospitais privados tudo é pouco para garantir o lucro. Os enfermeiros que existem são poucos, são mal pagos e não tem segurança no seu emprego.

Quem no final sofre com tudo isto?

As pessoas são que mais sofre na pele. Mas porque será que isto acontece?

Nos últimos anos assistimos a uma sistemática intervenção do Ordem dos médicos no sentido de valorizar a sua profissão, sistematicamente realçar a falta de médicos (em muitos casos artificial) pois como se sabe o ratio de médicos por mil habitantes é, em Portugal, dos melhores entre os países da OCDE. Por outro lado, no que diz respeito aos enfermeiros raramente assistimos a alertas para a necessidade de mudar este estado de coisas. Fala-se de dotações seguras, criam-se até fórmulas de cálculo, mas mais nada. Nada se fez ou se faz para garantir que, pelo menos, essas normas sejam cumpridas pelos empregadores. Digo pelo menos essas, porque dotações seguras é o mínimo que se pode exigir.

A organização sistema de saúde (Serviço Nacional de Saúde e Privados) tem que ser regulada de forma mais eficaz. A Entidade Reguladora não se tem preocupado minimamente com os recursos humanos da saúde. Não tem exigido das organizações que oferecem cuidados de saúde os requisitos mínimos, a este nível, com repercussões graves na qualidade do atendimento e na saúde e bem-estar das pessoas. Sem recursos humanos competentes e em número suficiente não há cuidados de saúde e muito menos cuidados de saúde de qualidade.

DOTAÇÃO SEGURA EM ENFERMAGEM: INDICADORES DE RESULTADO

MARIA JOÃO BAPTISTA DOS SANTOS DE FREITAS

Doutoranda em enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde- Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

PEDRO MIGUEL DINIS PARREIRA

PhD, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

JOÃO PAULO MARÔCO

PhD, Professor Associado, Instituto Superior Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal

RESUMO

Objetivos: Descrever o impacto da dotação segura na prática de enfermagem ao nível dos clientes, enfermeiros e organização.

Método: estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa, amostra constituída por seis enfermeiros com funções de gestão, pertencentes a quatro hospitais. A recolha de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada e sujeita a análise temática e categorial.

Resultados: encontrados três núcleos temáticos (Indicadores que refletem a segurança da dotação de enfermagem para os clientes, Indicadores que refletem a segurança da dotação de enfermagem para os enfermeiros, Indicadores que refletem a segurança da dotação de enfermagem para a organização).

Conclusão: Consideramos que os indicadores enunciados em cada núcleo temático permitem analisar a qualidade e segurança da dotação, no entanto é notório na literatura a utilização desses e de outros indicadores o que espelha a dificuldade, complexidade, imprevisibilidade e contingencialidade em que se inscreve o conceito de dotação segura em enfermagem.

Palavras chave: Enfermagem; Indicadores de qualidade; Indicadores de serviços; Serviço hospitalar de enfermagem; Qualidade da assistência à saúde; Dotação de recursos para cuidados de saúde.

ABSTRACT

Objectives: Describe the impact of safe staffing in nursing practice at the level of customers, nurses and organization.

Methodology: exploratory - descriptive study of qualitative nature, sample constituted by six nurses with management functions, from four hospitals.

Data collection was conducted through partially structured interview and subject to thematic and categorical analysis.

Results: Found three thematic categories (Indicators that reflect the safety of nursing staffing for customers, indicators that reflect the safety of nursing staffing for nurses, indicators that reflect the safety of nursing staffing for the organization).

Conclusion: We consider that the indicators listed in each thematic categories allow us to analyze the quality and safety of the staffing, however it is well known in the literature the use of these and other indicators which reflects the difficulty, complexity, unpredictability and contingent nature in which falls the concept securely staffing at nursing.

Key Words: Nursing; Quality indicators; Services indicators; Hospital nursing service; Quality of health care; Health care rationing

Introdução

Os cuidados de enfermagem assumem cada vez mais um papel importante na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, contudo tornar visível esse contributo continua a ser um desafio a ultrapassar para a enfermagem. Como tal, é de extrema importância medir os resultados dos cuidados (intervenções) de enfermagem prestados ao cliente, através de indicadores de eficácia e eficiência que permitam avaliar a qualidade da intervenção. Neste sentido é necessário definir previamente padrões de qualidade das intervenções de enfermagem, evoluindo para o desenvolvimento de modelos de avaliação, com indicadores capazes de refletirem a satisfação das principais necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes, assim como os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem por eles obtidos. Com os propósitos descritos a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OEP) definiu padrões de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros(1) e posteriormente, alicerçados no modelo de qualidade em saúde de Donabedian(2), propôs um conjunto de indicadores (Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem), que traduzem o contributo do desempenho dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população(3). No entanto verifica-se que ainda não é contemplada pela maioria das organizações de saúde em Portugal, a integração de indicadores de atividade e qualidade de enfermagem nas suas apresentações de resultados. A não adoção desta prática além de não evidenciar o valor da enfermagem na cadeia de valor das organizações de saúde na prestação de cuidados de saúde, desperdiça a possibilidade de identificação dos fatores facilitadores e

dificultadores de bons resultados, no qual a dotação segura de enfermagem se inscreve, sustentando a tomada de decisão nesta área. A Dotação Segura em Enfermagem é um conceito que tem vindo a ser desenvolvido desde a década de 90. Emergiu devido à necessidade em adequar os recursos de enfermagem às necessidades dos clientes, contemplando variáveis como a segurança e complexidade dos clientes, prestação de cuidados de qualidade, segurança do ambiente de trabalho, com a finalidade de produzir os melhores resultados para os clientes, enfermeiros e organizações de saúde. O primeiro organismo a propor uma definição para este conceito foi a American Federation of Teachers em 1995(4), sendo posteriormente adotada pelo International Council of Nurses (ICN)(5) e em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros(4), identificando-se como elementos de essencialidade deste conceito: a disponibilidade em qualquer altura de enfermeiros na quantidade e com as competências adequadas, a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade que satisfaçam as necessidades dos clientes e a manutenção de um ambiente seguro. Para avaliar a inclusão deste conceito na prática de enfermagem, são necessários indicadores que permitam medir a qualidade dos cuidados de enfermagem que estejam intrinsecamente associados à segurança dos clientes, dos enfermeiros e da envolvente nos quais os cuidados são prestados. Verificamos na literatura ao nível nacional e internacional que são identificados vários indicadores com estas características, no entanto devido à complexidade do conceito e ao deficit de evidência científica nesta temática, ainda não são consensuais os indicadores que melhor

traduzem o contributo da dotação segura de enfermagem. Neste contexto e no âmbito do Doutoramento em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, entendemos ser pertinente efetuar um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa, com os objetivos de conhecer e descrever os resultados, para os clientes, enfermeiros e organização, que espelham o seu impacto na prática de enfermagem, de acordo com a perceção recolhida dos participantes e da bibliografia publicada.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido com enfermeiros com responsabilidade na área da gestão de unidades de saúde e serviços de enfermagem em Portugal. Os respondentes integraram uma amostra não probabilística de conveniência, composta por seis enfermeiros que cumpriram os critérios de inclusão: ser detentor do título de enfermeiro, ter responsabilidade na área da gestão de Unidades de saúde e serviços de enfermagem, mínimo de dois anos na função e demonstrarem disponibilidade para participar no estudo. A saturação dos dados e a diversidade da amostra estabeleceram os critérios para determinação do tamanho da amostra, associados ao paradigma qualitativo(6), tendo ocorrido a saturação dos dados na sexta entrevista.

Os dados foram colhidos entre julho a setembro de 2012. O método selecionado foi a entrevista semiestruturada, com base num guião previamente sujeito a um painel de dois peritos que o validaram. Continha uma questão norteadora: "No seu entendimento que resultados (outputs) para os clientes, enfermeiros e organização, podem ser

associados à prática da dotação segura em enfermagem?". Incluía igualmente questões que permitiam caracterizar os participantes. As entrevistas foram agendadas com os participantes, a quem foram dadas informações sobre o âmbito, objetivo e finalidade da pesquisa, obtendo-se a sua concordância. Realizaram-se no local e hora sugeridos pelos participantes. Foram gravadas, procedendo-se à sua transcrição total, devolvidas aos entrevistados, que as validaram quanto à veracidade e pertinência do conteúdo transcrito. Empregámos técnicas de análise de conteúdo temática e categorial para análise dos discursos, com o apoio do software webQDA®. O paradigma de análise de conteúdo em que nos situamos integra características comuns a diversas técnicas propostas por diferentes autores(6-7). Assim iniciámos a análise de conteúdo pela leitura flutuante (vertical e horizontal) de todas as entrevistas, seguida de análise sintetizadora. Na fase seguinte passámos a uma análise explicativa, o que permitiu a clarificação de partes do texto através da introdução do material contextualizador. Seguiu-se a codificação temática, o que nos permitiu elaborar para cada tema um sistema de categorias. A frase (unidade de sentido) constituiu o segmento de discurso mais pequeno a ser codificado. As categorias não foram previamente definidas, resultaram do discurso dos participantes em articulação com a revisão bibliográfica. Foi nossa preocupação que fossem válidas e fidedignas(7), pelo que cada unidade de sentido foi classificada numa única categoria. Procedemos à repetição de algumas classificações para as validar e garantir que outros codificadores chegariam à mesma conclusão.

Utilizámos estatística descritiva para eviden-

ciar a frequência do aparecimento das unidades de sentido associadas a cada categoria. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e informado. Para garantir o seu anonimato foram identificados por siglas.

Resultados

O grupo estudado foi constituído por seis enfermeiros com funções de gestão de serviços de enfermagem, pertencentes a quatro hospitais com diferentes modelos de gestão (Privado 33.3%, Parceria Público Privada 16.7%, Entidade Pública Empresarial 50%), sendo maioritariamente do sexo feminino (83%), com média de idade de 49 anos e moda de 50 anos.

Quanto à função, 50% são enfermeiros Diretor e 50% Enfermeiros Chefe/ gestor. A média de anos de exercício profissional é de 26 anos, sendo a média de experiência na função de diretor 5 anos e de enfermeiro gestor 11 anos, o que atesta a relevância da informação transmitida pelos respondentes, na medida em que por trabalharem há mais de 6 anos no mesmo domínio, são considerados peritos, sendo por isso informantes com informação mais significativa e pertinente(8). A duração média das entrevistas foi de 17,03 minutos, decorreram no gabinete no hospital (66.7%) e no domicílio (33.3%).

A dotação segura de enfermagem é uma componente essencial para a prestação de cuidados seguros que promovam a segurança e o bem-estar dos clientes e dos enfermeiros. Mediante este pressuposto é mandatário conhecer as variáveis que influenciam a segurança da dotação de enfermagem, quais

os resultados que produzem e quais são os indicadores que permitem a sua avaliação. Com o propósito de identificar resultados ou indicadores que refletem a dotação segura de enfermagem a três níveis (clientes, enfermeiros e organização) as frases dos discursos dos participantes foram classificadas em três categorias: Indicadores que refletem a segurança da dotação de enfermagem para os clientes, Indicadores que refletem a segurança da dotação de enfermagem para os enfermeiros, Indicadores que refletem a segurança da dotação de enfermagem para a organização.

Indicadores que refletem a segurança da dotação de enfermagem para os clientes

Os clientes têm direito a cuidados seguros, o que significa estarem protegidos contra infeções desnecessárias ou outros perigos associados aos cuidados de saúde. Por isso, os profissionais e organizações de cuidados de saúde têm a obrigação de prestar cuidados seguros e de qualidade, para evitarem que os clientes sejam vítimas de qualquer enfermidade não intencional. Neste sentido emergiram nos discursos dos participantes alguns indicadores que traduzem esses danos para os clientes- "Eventos Adversos" e que são fortemente influenciados pela segurança e qualidade da dotação de enfermagem, tal é patente no próximo excerto de discurso Eu penso que é possível, através da análise de indicadores, como por exemplo, as complicações ocorridas, aos erros, enfim, aos eventos adversos, outros tipos de complicações como por exemplo o aparecimento de úlceras de pressão, infeção da ferida cirúrgica, as quedas em meio hospitalar, tudo isso são indicadores que podem ser relacionados com as dotações seguras (E1).

Outro respondente atesta os indicadores “Úlceras de Pressão” e “Quedas” referidos por E1 e reforça que a dotação segura de enfermagem está associada a melhores resultados, devido à maior disponibilidade e capacitação dos enfermeiros para prestarem cuidados mais seguros, detetarem precocemente situações de risco e intervirem em conformidade. Há bastantes indicadores, existem aqueles que toda a gente tem noção porque já há uma relação de causa-efeito, as úlceras de pressão, as quedas, que são indicadores muito básicos, mas que são influenciados diretamente pelas dotações seguras porque quanto maior é o número de enfermeiros, maior é a proximidade do enfermeiro ao utente e a capacidade de prestar cuidados com mais qualidade (E3).

No mesmo alinhamento E4 identifica as “Reanimações Bem-sucedidas” como indicador influenciado pelo qualitativo e quantitativo da dotação de enfermagem. Os indicadores, sobretudo dentro da segurança do doente, nomeadamente indicadores que se prendem com cuidados seguros como a ocorrência de quedas e de outros eventos adversos ou as reanimações bem-sucedidas (E4).

Na perspetiva de alguns respondentes a dotação segura de enfermagem é uma condicionante para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, que satisfaçam as reais necessidades dos clientes, pelo que consideram o “Nível de Satisfação dos Clientes” como outro indicador. Outros indicadores que traduzem a qualidade dos cuidados prestados como a satisfação do cliente (E4). Os resultados que podemos obter com dotações seguras são clientes bem cuidados, satisfeitos e fidelizados à unidade de saúde, com ganhos em saúde significativos, com di-

minuições de morbilidade, de mortalidade, baixo nível de eventos adversos e portanto de iatrogenia associados aos cuidados de saúde (E6).

Um dos nossos respondentes enuncia como indicador de resultado para os clientes, as “Ações de Educação para a Saúde” desenvolvidas pelos enfermeiros com o objetivo de dotar os clientes das competências necessárias ao autocuidado e à responsabilização pelo seu estado de saúde. Esta área de educação para a saúde é aquela que eu acho que pode ser mais fortalecida pela dotação segura, porque estamos a dar armas aos pais (no caso de pediatria) para se tornarem autossuficientes no atendimento às necessidades da criança. É aquela que hoje é a mais desprotegida, quando as dotações estão no limite (E3).

Indicadores que refletem a segurança da dotação de enfermagem para os enfermeiros. Nesta categoria foram nomeados pelos participantes um conjunto de indicadores suscetíveis de demonstrar o impacto da dotação segura de enfermagem ao nível dos enfermeiros.

A satisfação dos enfermeiros está relacionada com a forma como os enfermeiros se sentem no trabalho, sendo o seu desempenho claramente influenciado por este fator. A este propósito os nossos respondentes identificam o “Nível de Satisfação dos Enfermeiros” como indicador que traduz a segurança da dotação, na medida em que sendo a dotação de enfermagem adequada atua como fator facilitador do desempenho, promovendo em simultâneo menores níveis de stress, de exaustão, bem como níveis mais elevados de satisfação (...) satisfação do profissional que também é importante (E4), (...) para os

enfermeiros eu penso que o que impacta é as pessoas tirarem mais satisfação daquilo que fazem (E5), (...) também se conseguem profissionais satisfeitos no local de trabalho com alto níveis de eficácia pessoal e profissional (E6).

Este fator é importante, mas é necessário conhecer e medir outros fatores que fazem com que os enfermeiros estejam mais ou menos satisfeitos com o seu trabalho. Neste sentido alguns respondentes enunciam o "Grau de Motivação", o "Comprometimento/Empenhamento com a Organização" como variáveis que influenciam a produtividade e a satisfação individual com o trabalho, impactando nos índices de "Absentismo", "Rotatividade" Enfermeiros motivados e empenhados mais facilmente trabalham bem e prestam bons cuidados e têm menos absentismo, menos rotatividade e portanto tudo isso tem a ver com dotação de pessoal (E6).

A "Segurança do Ambiente de Trabalho" é apontada como importante para os enfermeiros ficarem confiantes, satisfeitos e motivados para a prestação de cuidados seguros. A dotação de enfermagem é um atributo da estrutura promotor da segurança do ambiente, pelo que se ela for adequada é um fator de motivação para os enfermeiros que trabalham nesses ambientes tal como refere este participante Eu acho que isto é muito importante para sentirem-se motivados poderem trabalhar de uma forma mais segura para os próprios enquanto profissionais (E5). Indicadores que refletem a segurança da dotação de enfermagem para a organização

A enfermagem reconhece a necessidade de evidenciar o seu papel na cadeia de prestação de cuidados, para os gestores das organizações e população, através de resultados

demonstrativos do seu contributo. Assim no que concerne aos indicadores de resultado para a organização, e que espelham a segurança da dotação, alguns dos respondentes nomeiam a "Taxa de Mortalidade" e a "Duração do Episódio de Internamento" na medida em que, se a dotação de enfermagem não for segura os cuidados prestados são de menor qualidade, aumentando o risco de morte e de "Infeções associadas aos cuidados de saúde". Neste alinhamento reforçam que as dotações seguras são promotoras de cuidados de enfermagem de qualidade, que levam à rápida transição de doença para saúde diminuindo o "Custo dos Cuidados" que enunciam como outro indicador (...) a dotação de enfermeiros impacta na mortalidade, na morbidade, na duração da estadia. Portanto, internamentos mais ou menos prolongados, têm a ver com cuidados mais eficientes e eficazes, portanto, produz-se mais a menor custo se as dotações forem seguras (E1), Uma dotação segura traduz-se, por exemplo, penso que, como princípio primeiro e último, na qualidade dos cuidados. Penso que são esses os grandes indicadores, o primeiro a qualidade dos cuidados, o segundo se produzizes melhores cuidados, se calhar até gastas menos dinheiro no cuidado global ao doente (E2), Com alguns indicadores pode-se ver ou avaliar de que forma os cuidados de enfermagem influenciaram os resultados da organização pois o que se pretende é que haja uma melhor gestão das camas, haja uma melhor gestão dos tempos de internamento, portanto que esse tempo médio diminua, que se consumam menos recursos ao serviço de atendimento não programado e que toda a trajetória da doença se faça num fluxo contínuo, não havendo desvios daquilo que está programado, o que em termos de

gestão é muito importante. Ou seja, não haja desperdícios nem prolongamentos de internamentos desnecessários (E5), Em termos de resultados da organização melhor gestão dos tempos de internamento, portanto o tempo médio diminui (E5).

A ocorrência de “Eventos adversos da responsabilidade da enfermagem” causa danos aos clientes e implicam internamentos mais prolongados, consumo de mais recursos (exames auxiliares de diagnóstico, fármacos e outros consumíveis) com o conseqüente aumento do custo dos cuidados para a organização. Uma das causas apontadas por alguns respondentes para a ocorrência de eventos adversos são precisamente as dotações inadequadas (em número de enfermeiros e/ou sem as competências certas), (...) baixo nível de eventos adversos e portanto de iatrogenia associados aos cuidados de saúde e menos custos dos serviços quer para os clientes quer para as entidades prestadoras de cuidados (E6).

Os “Reinternamentos com complicações decorrentes do diagnóstico do internamento anterior” são também um indicador importante referido por um dos respondentes, pois evidenciam a ineficiência dos cuidados prestados. Neste sentido quando a dotação de enfermagem não é adequada à carga de trabalho, os enfermeiros têm de estabelecer prioridades nos cuidados que prestam, sendo as ações de educação e promoção da saúde as mais afetadas influenciando a capacitação dos clientes e/ ou dos seus cuidadores na continuidade dos cuidados após a alta, (...) o número de reinternamentos ao 5º dia pós alta são outro indicador, porque isto quer dizer se foi uma alta bem trabalhada ou não (E5).

Discussão

Em enfermagem a investigação sobre o que medir, como e quando já tem cerca de duas décadas e permitiu identificar fatores promotores de melhores resultados, em especial para os clientes. Relativamente à existência de indicadores suscetíveis de demonstrar o impacto da dotação segura de enfermagem nos resultados obtidos, os nossos respondentes acreditam que são vários os indicadores que espelham o contributo da dotação segura. Neste sentido na nossa pesquisa verificámos que ao nível dos resultados obtidos para os clientes emergem a “satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem” (33%), a “incidência de eventos adversos da responsabilidade de enfermagem” (83%), a “incidência e prevalência de úlceras de pressão” (50%), a “incidência de quedas” (67%), a “taxa de sucesso na reanimação” (33%) e o número de ações de educação para a saúde” (17%). Encontrámos vários estudos de grandes dimensões que corroboram estes achados, enunciando a dotação segura de enfermagem como fator promotor de melhores resultados, evidenciando que o aumento do número de horas de cuidados de enfermagem prestados por dia/ por cliente e por enfermeiros mais experientes contribui para a melhoria da segurança dos clientes e do seu nível de satisfação(9-14). A incidência de eventos adversos da responsabilidade de enfermagem como indicador manifesto da dotação é consensual para a maioria dos respondentes e com o encontrado na revisão bibliográfica. São vários os estudos que demonstram a existência de uma relação entre a ocorrência de eventos adversos, a falha na reanimação e a dotação de enfermagem(15-17). Outros indicadores específicos

desta categoria referidos pelos respondentes são as úlceras de pressão e as quedas o que é congruente com os resultados de outros investigadores(9,18). Estes estudos assinalam os indicadores quedas e úlceras de pressão adquiridas no hospital, concluindo que são influenciados pelo rácio enfermeiro/ cliente, pois observaram melhoria nestes resultados para rácios enfermeiro/ clientes mais baixos. Ressaltamos que apenas um participante enuncia como indicador as ações de educação para a saúde desenvolvidas pelos enfermeiros com o objetivo de dotar os clientes das competências necessárias ao autocuidado e à responsabilização pelo seu estado de saúde, que está de acordo com o preconizado pela OEP(1). No entanto apuramos que quando os enfermeiros são insuficientes para responderem às necessidades de cuidados dos clientes, são forçados a priorizar as suas intervenções, sendo as desta tipologia frequentemente descuradas.

Quanto aos indicadores de resultado para os enfermeiros tradutores da dotação segura verificámos que assomaram o "Nível de satisfação dos enfermeiros" (50%), o "Nível de Segurança do ambiente de trabalho" (17%), o "Tipo de Comprometimento/ empenhamento dos enfermeiros com a organização" (33%), o Índice de Absentismo (16,6%) e o índice de Rotatividade (16,6%),

Os ambientes favoráveis à prática são reconhecidos por deterem um conjunto de características que favorecem o desempenho dos enfermeiros, sendo uma delas a dotação adequada. Aos ambientes de trabalho inseguros, estão associados fatores como: stress elevado, falta de apoio dos gestores e colegas, falta de controlo sobre a prática, horário de trabalho inadequado, liderança e

dotações inadequadas. Estes levam ao aparecimento da fadiga e exaustão com a consequente diminuição da produtividade. As organizações que proporcionam aos colaboradores ambiente seguro, estimulam o alinhamento dos objetivos e valores pessoais com os da organização e o empenhamento individual na sua concretização. Investigadores(10) no seu estudo concluíram que elevados níveis de conflito organização/ profissão (desajustamento entre os valores e objetivos da organização e os dos colaboradores) estão associados a baixos níveis de empenhamento e satisfação no trabalho. Colaboradores pouco empenhados com a organização e insatisfeitos, estão mais inclinados a expressarem a intenção de abandonar a organização. Noutros estudos são referenciados além destes, outros indicadores de resultado para os enfermeiros (absentismo, rotatividade, acidentes de trabalho, intenção de abandono do emprego, satisfação, exaustão física e emocional), associados à segurança da dotação. Neste enquadramento referimos um estudo(11), revelador de que a proporção elevada no rácio enfermeiro/ clientes, para além de afetar negativamente os cuidados prestados aos clientes, também afeta os enfermeiros, aumentando o risco de exaustão emocional, stress e insatisfação profissional. Outras investigações(12) acerca da carga de trabalho, concluem ser um fator que afeta o grau de satisfação dos enfermeiros no desempenho da sua atividade, verificando que 43% dos enfermeiros apresentaram altos scores nas medidas de exaustão emocional, 41% declararam estar insatisfeitos com seus empregos e 23% planeavam mudar de trabalho no ano seguinte. A mesma equipa de investigadores(13) verificou noutro estudo, que nos hospitais em que os enfermeiros

cuidavam de menos clientes apresentavam menores níveis de exaustão emocional. Assim destacamos que um número de clientes mais elevados por enfermeiro, para além de afetar negativamente os cuidados prestados aos clientes, aumenta o risco de exaustão física e emocional, insatisfação profissional, baixa motivação e empenhamento na produção de cuidados de qualidade, pelo que acreditamos que estes indicadores são expressivos da segurança da dotação.

No que concerne aos indicadores de resultado para a organização, e que espelham a segurança da dotação, os nossos respondentes enunciam a "Duração do internamento (dias)" (50%), a "Taxa de reinternamento com complicações decorrentes do diagnóstico do internamento anterior" (17%), a "Taxa de mortalidade" (50%), a "Taxa infeção nosocomial" (33%) e o "Custo dos cuidados por cliente" (33%).

As dotações seguras são promotoras de cuidados de enfermagem de qualidade, que levam à rápida transição de doença para saúde diminuindo o tempo de internamento e o custo dos cuidados. O mesmo é mencionado pelos investigadores(17) sua revisão sistemática da literatura, em que assinalam sete estudos que evidenciam rácios enfermeiro/ cliente mais baixos e a disponibilidade de enfermeiros mais capacitados e com maior perícia, influenciam de forma positiva a duração dos episódios de internamento e de reinternamento, diminuindo os custos hospitalares. Outra equipa de investigadores(14), identificam uma associação positiva entre a proporção mais elevada de horas de cuidados de enfermagem prestados por dia e uma proporção também mais elevada de horas de enfermeiros com maior nível de di-

ferenciação por dia, relativamente à demora média do internamento, taxa de infeção, taxa de reinternamento, taxa de complicações decorrentes da evolução da doença, taxa de recurso injustificado à urgência. Deste modo parece evidente que dotações de enfermagem adequadas estão associadas a menor mortalidade(19), redução dos dias de internamento(20), taxas de infeções mais baixas o que diminui o custo dos cuidados de saúde, gerando conseqüentemente o aumento dos proveitos. Reconhecemos que estes indicadores são expressivos da qualidade da dotação de enfermagem, mas não são específicos ou exclusivos do âmbito da intervenção deste grupo profissional, sendo influenciados pela atividade de outros grupos profissionais.

Pelo exposto verificamos que os indicadores propostos pelos participantes são idênticos aos revelados na evidência científica apresentada. No entanto sinalizamos a existência de outros indicadores além dos mencionados, o que dificulta a comparação de resultados. Neste sentido assinalamos a importância da consensualização e uniformização destes indicadores, na medida em que esse é um elemento chave para a produção de indicadores comparáveis, assumindo-se que as organizações que apresentem melhores valores têm implícito igualmente bons desempenhos nas dimensões da estrutura e do processo(21). Entendemos que os indicadores de resultado são de facto essenciais e imprescindíveis para a monitorização, controle e implementação de ações corretivas ou de melhoria e em concreto na temática objeto do nosso estudo, permitem analisar a qualidade e segurança da dotação apoiando a tomada de decisão das lideranças.

No que se refere à influência que a dotação de enfermagem exerce nos resultados obtidos para os clientes, enfermeiros e organização, constatamos que todos os respondentes concordam e reconhecem que a dotação segura de enfermagem é um fator determinante para a obtenção de bons resultados nestes três níveis. Consideramos estar perante uma variável latente, não sendo por isso diretamente observável. Apenas os seus indicadores podem ser medidos, fornecendo a informação necessária para avaliarmos o constructo que é uma representação. Queremos com isto dizer que quando os resultados são mais adequados ao contexto e de melhor qualidade, a dotação de enfermagem é mais adequada, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Consideramos que este estudo permitiu conhecer e descrever um conjunto de indicadores de resultado para os clientes, enfermeiros e organização que traduzem a influência exercida pela dotação segura de enfermagem. Contudo verificamos na literatura que já muito trabalho neste âmbito foi desenvolvido, no entanto a utilização de diferentes indicadores induz-nos a concluir que ainda não são consensuais os indicadores que espelham de forma evidente, o contributo da dotação segura de enfermagem na produção de cuidados de enfermagem de qualidade e com segurança.

A enfermagem atual reconhece a necessidade de evidenciar a sua prática através dos resultados, pelo que é imprescindível a monitorização de indicadores de atividade e qualidade de enfermagem. Neste alinhamento consideramos ser urgente definir e consensualizar parâmetros consistentes para a comparação e padronização das in-

tervenções de enfermagem em geral e especificamente para as que permitem avaliar a qualidade e segurança da dotação de enfermagem, apoiados num sistema informatizado que produza de forma sistemática esta síntese informativa. Assim o desenvolvimento de estudos que ajudem este processo revelam-se pertinentes, servindo de suporte às decisões que urge tomar e que são fundamentais para demonstrar a importância da dotação de enfermagem, para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, que satisfaçam as necessidades dos clientes e em simultâneo promovam um ambiente seguro. Acreditamos, que os resultados do nosso estudo constituem pontos importantes para reflexão e análise e que são um contributo para a gestão eficaz e eficiente de unidades de saúde e serviços de enfermagem. No entanto reconhecemos que apresenta algumas limitações inerentes ao paradigma metodológico escolhido e às opções metodológicas tomadas. Tentámos colmatá-las respeitando os critérios de cientificidade do processo de investigação. Assim para garantir a credibilidade e fiabilidade do estudo descrevemos fielmente a perceção dos participantes relativamente ao objeto do nosso estudo, apresentando as várias significações que emergiram dos dados, efetuando a triangulação através da validação dos resultados com os de outros autores. A limitação de tempo disponível para esta pesquisa, a dispersão geográfica (dos elementos da população que poderiam integrar a amostra) e a inexistência de financiamento, constituíram importantes limitações a esta investigação.

Referências

1. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos. Revista da Ordem dos Enfermeiros. 2002; Março: 39-42.
2. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press Inc.; 2003. 200 p.
3. Ordem dos Enfermeiros. Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. OE [internet]. 2007 [acesso em: 14 Outubro 2012]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
4. Ordem dos Enfermeiros. Dotações Seguras Salvam Vidas. OE. 2006: 84 p.
5. Nurses International Council of. Safe staffing: Saves lives .ICN [internet]. 2006 [acesso em: 10 Março 2011]. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf>
6. Guerra IC. Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso. 1ª ed. Cascais: Principia; 2006. 95 p.
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5th ed. Lisboa: Edições 70; 2009. 281 p.
8. Benner P. De iniciado a perito Coimbra: Quarteto; 2005.
9. Bolton BL, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Sandhu M, Fridman M, Aronow HU. Mandated Nurse Staffing Ratios in California: A Comparison of Staffing and Nursing-Sensitive Outcomes Pre-and postregulation. Policy, Politics, and Nursing Practice. 2007; 8(4): 238-50.
10. Shafer WE, Park J, Liao WM. Professionalism, organizational-professional conflict and work outcomes – a study of certified management accountants. Accounting, Auditing & Accountability Journal. 2002; 15(11): 46-48.
11. Sheward L, Hunt J, Hagen S, Macleod M, Ball J. The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. Journal of Nursing Management. 2005; 13(1): 51-60.
12. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. Journal of the American Medical Association. 2002; 288(16): 1987-93.
13. Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, et al. Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. Health Services Research. 2010; 45(4): 904-21.
14. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine. 2002; 346(22): 1715-22.
15. Lankshear AJ, Sheldon TA, Maynard A. Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. Advances in Nursing Science. 2005. 28(2): 163-74.
16. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. Journal of nursing administration. 2008; 38(5): 223-9
17. Thungjaroenkul P, Cummings GG, Embleton A. The impact of nursing staffing on hospital costs and patient length of stay, a systematic review. Nursing Economics. 2007; 25(5): 255-66.
18. Donaldson N, Bolton LB, Aydin C, Brown D,

Elashoff JD, Sandhu M. Impact of California's licensed nurse patient ratios on unit level nurse staffing and patient outcomes. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2005; 6(3):198-210.

19. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*. 2011; 364(11):1037-45.

20. Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL. A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee and hospital outcomes. *Journal Nursing Administration*. 2004; 34(7-8):326-37.

21. Costa C, Lopes S. Avaliação do desempenho dos hospitais publicos (Internamento) em Portugal continental. *Escola Nacional de Saude Publica*. Lisboa; 2011.105p.

SINDROME DE BURNOUT NOS ENFERMEIROS

**ELIANA CARVALHO**

Licenciada em Enfermagem a exercer cuidados no Instituto da Droga e da Toxicod dependência na Equipa de Tratamento da Marinha Grande

RESUMO

A finalidade do artigo é apresentar a síndrome de Burnout reforçando a necessidade de encarar o fenómeno não apenas como um problema individual, mas também como problema organizacional. O presente artigo está organizado em quatro partes: a primeira refere-se ao conceito de Burnout; posteriormente temos as características e as consequências do Burnout; a terceira parte faz alusão ao Burnout nos Enfermeiros; e por fim aborda-se as estratégias de prevenção e tratamento de Burnout.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout; Enfermeiros

ABSTRACT

The aim of the paper is to present the syndrome Burnout reinforcing the need to face the phenomenon not only as an individual problem, but also as an organizational one. This article is organized into four parts: the first relates to the concept of Burnout; subsequently we have the features and the consequences of Burnout; the third part alludes to Burnout in Nurses; and finally It discusses the strategies of prevention and treatment Burnout.

Keywords: Burnout syndrome; nurses

Introdução

O Burnout, expressão inglesa para designar aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia, constitui actualmente um dos grandes problemas psicossociais, despertando interesse e preocupação por parte da comunidade científica e das instituições, devido à severidade das suas consequências, quer ao nível individual, quer ao nível organizacional. De facto, o Burnout sendo um estado de esgotamento, decepção e perda do interesse pelo trabalho, produz sofrimento no indivíduo e tem consequências sobre o seu estado de saúde e o seu desempenho.

Maslach e Jackson (1981), citado por Borges et al. (2002) referem que esta síndrome acomete, geralmente, os profissionais que trabalham em contacto directo com pessoas, sendo predominante nos profissionais de saúde. Os estudos demonstram que o Burnout afecta os Enfermeiros, em diversos contextos de trabalho, levando-os a desenvolver sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos seus utentes (Díaz-Muñoz, 2005).

Conceito de Burnout

O termo Burnout foi inicialmente utilizado por Brandley, em 1969, mas deve-se ao psiquiatra norte-americano Freudenberger a utilização pela primeira vez do termo Burnout em 1974, para identificar um síndrome específico. Este psicanalista trabalhava com toxicod dependentes em Nova Iorque e observou que alguns voluntários apresentavam uma progressiva perda de energia até chegar ao esgotamento e sintomas de ansiedade e depressão, e descreveu que eram menos sensíveis e compreensivos, desmotivados e agressivos (Borges et al., 2002). E neste sen-

tido, aparece em meados da década de 70 o termo Burnout, que no sentido literal significa "estar esgotado" ou "queimado", e que é característico de profissões de ajuda, serviços humanos.

Não existe uma definição unânime sobre esta síndrome, existe um consenso em considerar que aparece no indivíduo como uma resposta ao stress laboral. Trata-se de uma experiência subjectiva interna que agrupa sentimentos e atitudes e que tem um cariz negativo para o indivíduo, dado que implica alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com consequências nocivas para a pessoa e para a organização.

Freudenberger (1974), afirma que o Burnout é resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pela actividade de trabalho que surge nas profissões que trabalham em contacto directo com pessoas em prestação de serviço como consequência desse contacto diário no seu trabalho. Deste modo, a síndrome de Burnout é um distúrbio psíquico de carácter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental intenso, definido por Herbert J. Freudenberger como um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional.

Maslach e Jackson (1981) citado por Queirós (2005), numa definição de Burnout, consideram esse síndrome como uma resposta inadequada a um stress emocional crónico em que o indivíduo exhibe:

Esgotamento físico e /ou psicológico, traduzido por um cansaço emocional, com a sensação de não poder dar mais de si;

Desenvolvimento de atitudes frias e despersonalização contra os clientes/utentes e membros da equipa, mostrando-se cínicos,

distanciados e culpando os outros pelos seus problemas;

Sentimento de incompetência, inadequação pessoal e profissional, que surge ao verificar que as exigências excedem as capacidades.

Para Lautert (1997), a instalação da Síndrome de Burnout ocorre de maneira lenta e gradual, acometendo o indivíduo progressivamente. Alvarez e Fernandez (1991), distinguem três momentos para a manifestação da síndrome. Num primeiro momento, as exigências do trabalho são maiores que os recursos materiais e humanos, o que gera um stress laboral no indivíduo. Neste momento, o que é característico é a percepção de uma sobrecarga de trabalho, tanto qualitativa quanto quantitativa. No segundo momento, evidencia-se um esforço do indivíduo em adaptar-se e produzir uma resposta emocional ao desajuste percebido. Aparecem então, sinais de fadiga, tensão, irritabilidade e até mesmo, ansiedade. Assim, essa etapa exige uma adaptação psicológica do sujeito, a qual reflecte no seu trabalho, reduzindo o seu interesse e a responsabilidade pela sua função. E, finalmente, num terceiro momento, ocorre o enfrentamento defensivo, ou seja, o sujeito produz uma troca de atitudes e condutas com a finalidade de defender-se das tensões experimentadas, ocasionado comportamentos de distanciamento emocional, retirada, cinismo e rigidez.

No entanto, é preciso considerar a síndrome como processo, esses momentos não se estabelecem de forma clara e distinta entre uma etapa ou outra, ou de um momento ao outro (DELGADO et al., 1993).

Como ficou manifestado, Burnout é um desgaste, tanto físico como mental, em que o indivíduo pode tornar-se exausto, em fun-

ção de um excessivo esforço que faz para responder às constantes solicitações de energia, força ou recursos, afectando directamente a qualidade de vida do indivíduo e, conseqüentemente o trabalho.

Características e Consequências

De acordo com Gisbert (2002), algumas características do Burnout são as seguintes:

Não desaparece com as férias;

Não se identifica com a sobrecarga de trabalho nem com a fadiga;

Pode ser provocado por um trabalho desmotivador;

Resulta de um prolongado processo, por factores organizacionais, clima e cultura laboral;

Afecta sobretudo os profissionais de educação e de saúde;

As características pessoais são variáveis moduladoras, em contraste com os factores situacionais e ambientais;

As características negativas (falta de assertividade, baixa auto-estima, dependência e escasso envolvimento) tendem a gerar Burnout;

Paradoxalmente, as pessoas entusiastas, idealistas e com grande nível de envolvimento no seu trabalho apresentam maior risco de Burnout.

Entre os factores aparentemente associados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout está a pouca autonomia no desempenho profissional, problemas de relacionamento com as chefias, problemas de relacionamento com colegas ou clientes, conflito entre trabalho e família, sentimento de desqualificação e falta de cooperação da equipa.

No que diz respeito às consequências do Bur-

nout encontram-se tantas na literatura, que se torna difícil nomeá-las todas. Gil-Monte (2003), sistematiza as consequências do Burnout a nível individual e organizacional. Ao nível do indivíduo podem existir sintomas como distanciamento emocional, sentimentos de solidão, alienação, impotência, omni-potência, ansiedade, cinismo, apatia, hostilidade, suspeição, agressividade, mudanças bruscas de humor, irritabilidade e problemas somáticos como alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, sexuais, musculares, digestivas e do sistema nervoso. Ao nível organizacional, registam-se uma deterioração da qualidade dos cuidados, diminuição da satisfação laboral, absentismo laboral elevado, aumento dos conflitos interpessoais entre colegas, utentes e supervisores e, portanto, uma diminuição da qualidade de vida no trabalho.

Burnout nos Enfermeiros

Existem muitos estudos sobre o Burnout em Enfermeiros onde são analisadas diferentes variáveis e apresentados resultados muito diferentes, o que demonstra a complexidade do fenómeno. No entanto, e de um modo geral, todos indicam que os Enfermeiros são particularmente vulneráveis a esta síndrome. Segundo Spooner-Lane (2004), os primeiros estudos que investigaram o Burnout em Enfermeiros mostraram que a síndrome estava positivamente correlacionada com a quantidade de tempo que os enfermeiros passam com os doentes, com a intensidade das exigências emocionais destes e com o cuidar de doentes com mau prognóstico. Os estudos mais recentes, segundo a mesma autora, mostram que está associado a factores relacionados com o trabalho, tais como sobrecarga laboral, baixo nível de suporte, conflitos interpessoais, contacto com a morte e preparação inadequada.

Os Enfermeiros, pelas características do seu trabalho, estão predispostos a desenvolver Burnout. Estes profissionais trabalham directamente e intensamente com pessoas em sofrimento. Particularmente os enfermeiros que trabalham em áreas como oncologia, muitas vezes se sentem esgotados pelo facto de continuamente darem muito de si próprios aos seus doentes e, em troca, pelas características da doença, receberem muito pouco. Queirós (2005) concluiu no seu estudo que cerca de 27% dos enfermeiros portugueses têm Burnout no trabalho em fases iniciais do processo, cerca de 16% apresentam manifestações mais avançadas e aproximadamente 2% estarão num nível elevadamente grave a manifestação ineficácia profissional.

Queirós (2005) afirma que os profissionais de saúde, incluindo os Enfermeiros, não estão imunes ao abuso de substâncias. Antes pelo contrário tendo em conta as características específicas do seu trabalho, até estarem mais susceptíveis, já que trabalham em situações de elevado stress, contacto com problemas sérios de doença e morte, bem como tem acesso facilitado, nos locais de trabalho, a uma série de substâncias. Segundo o mesmo autor, na Enfermagem portuguesa os tipos de dependências mais conhecidas são as dependências de substâncias, álcool, tabaco e drogas ilícitas.

Segundo Groch e Olsen (1997) citados por Queirós (2005) referem que o Burnout nos profissionais de ajuda, pode manifestar-se por sintomas fisiológicos, comportamentais, psicológicos e clínicos conforme o seguinte quadro resumo:

Quadro 1 – Sintomas de burnout nos Profissionais de Ajuda

| Físicos | Comportamentais | Psicológicos | Clínicos |
|-------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------------|
| -Fadiga; | -Perda do entusiasmo; | -Depressão; | -Cinismo face aos clientes; |
| -Irritabilidade; | -Atraso no trabalho; | -Diminuição da auto-estima; | -Alheamento durante as sessões; |
| -Dores de Cabeça; | -Alheamento durante horas; | -Pessimismo; | -Hostilidade face aos clientes; |
| -Problemas Gastrointestinais; | -Frustração e raiva; | -Culpa; | -Rapidez no diagnóstico; |
| -Insónias; | - Aumento de rigidez; | -Sentimento de Omnipotência; | -Rapidez em medicar; |
| -Dores de Costas; | -Dificuldade em tomar decisões; | Sentimento de afastamento/indiferença; | -Gritar e falar alto aos clientes. |
| -Alterações de peso. | -Resistência à mudança; | -Mudança de valores; | |
| | -Afastamento dos colegas; | -Perda de objectivo; | |
| | -Irritação face aos colegas. | -Vazio; | |
| | | -Diminuição do empenho. | |

Prevenção e tratamento do burnout

Segundo Gil-Monte (2003), as estratégias de prevenção e tratamento do Burnout podem ser agrupadas em três categorias: individuais, grupais e organizacionais.

As estratégias individuais referem-se à formação em resolução de problemas, assertividade, e gestão do tempo de maneira eficaz. As estratégias grupais consistem em buscar o apoio dos colegas e supervisores. Deste modo, os indivíduos melhoram as suas capacidades, obtêm novas informações e apoio emocional ou outro tipo de ajuda.

Finalmente, as estratégias organizacionais, muito importantes porque o problema está

no contexto laboral, consistem no desenvolvimento de medidas de prevenção para melhorar o clima organizacional, tais como programas de socialização para prevenir o choque com a realidade e implantação de sistemas de avaliação que concedam aos profissionais um papel activo e de participação nas decisões laborais.

No caso dos Enfermeiros, medidas como evitar o excesso de horas extras, proporcionar condições de trabalho atractivas e gratificantes, modificar os métodos de prestação de cuidados, reconhecer a necessidade de educação permanente e investir no aperfeiçoamento profissional (por exemplo, formação em assertividade), dar suporte social às equipas e fomentar a sua participação nas decisões, podem contribuir para a prevenção do Burnout. Em se tratando de formas de prevenção de Burnout, França e Rodrigues (1997) acrescentam: aumentar a variedade de rotinas, para evitar a monotonia; prevenir o excesso de horas extras; dar melhor suporte social às pessoas; melhorar as condições sociais e físicas de trabalho; e investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

Conclusões

O Burnout caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. A síndrome tem consequências a nível individual e organizacional e está descrita como um problema de saúde laboral com alta prevalência nos Enfermeiros. Esta profissão confronta-se com escassez de pessoal, trabalho por turnos, contacto diário com a doença, o sofrimento e a morte, falta de autonomia e de participação nas tomadas de decisão, rápidas mudanças tecnológicas,

respostas inadequadas das chefias aos problemas organizacionais, entre outros.

A primeira medida para evitar a aparecimento do Burnout é conhecer as suas manifestações. Assim, é preciso que todos os Enfermeiros tenham conhecimentos sobre a síndrome, sendo também necessário que as organizações de saúde implementem medidas de prevenção e tratamento a nível individual, grupal e organizacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarez, Gallego; Fernández, Rios – El síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional. Revista da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria, Vol. 39, n.º 11 (1991), p. 257-265.

BORGES, L. et al – A síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. Psicologia: Reflexão e Crítica. N.º 15 (2002), p. 189-200.

Delgado et. Al - Revisión teórica del Burnout: o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. Canoas. N.º 2 (1993), p. 47-65.

DÍAZ-MUÑOZ, M. - Síndrome del quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíacos. Nure Investigación. N.º 18 (2005), p.33-41.

França, A. C. L.; Rodrigues, A. L. - Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997.

Freudenberger, H. J. - Staff burn-out. Journal of Social Issues. Vol.1, n.º 30 (1974), p.159-165.

GIL-MONTE, P. – El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. Revista Eletrônica InterAção Psy. Vol. 1, nº 1 (2003), p.19-33.

GISBERT, M.^a – Estrés laboral en el personal sanitario. Fisioterapia. N.º24 (2002), p. 33-42.

QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina – Burnout: no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. 1ªed. Coimbra: edições Sinais Vitais, 2005. ISBN 972-8485-47-6

Lautert, L. – O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. Revista Gaúcha Enfermagem. Vol. 2, n.º 18 (1997), p. 83-93..

SPOONER-LANE, R. - The influence of work stress and work support on burnout in public hospital nurses. Queensland: University of Technology, 2004. Tese de Doutorado.

IDOSOS QUE CUIDAM DE IDOSOS



FABIANA ISABEL MOREIRA DE SOUSA

Enfermeira

RESUMO

As alterações demográficas e o crescente envelhecimento da população, culminam numa acrescida quantidade de indivíduos que se tornam cuidadores informais. O cuidador informal é um elemento fulcral no cuidado ao idoso dependente que muitas vezes não tem a atenção necessária por parte dos profissionais de saúde. Observa-se um

ABSTRACT

Based on demographic changes and the elderly of population, there is an increasing of the number of persons who become informal caregivers. The informal caregiver is a central element in the care of elderly dependent people who often do not have the necessary attention by health professionals. There is a increased number of informal caregivers ca-

crescente número de cuidadores informais idosos a cuidar de idosos dependentes. Desse modo, pre-tendo analisar as respostas às necessidades do cuidador informal do idoso, indo ao encontro da importância de intervir precocemente a este nível. Para tal, recorri a pesquisa bibliográfica e pesquisa nas bases de dados eletrônicas SCIELO, EBCSO e Google Scholar. Os resultados encontrados evidenciam que cuidar de quem cuida é uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde, em especial dos Enfermeiros, devendo ser a sua intervenção centrada no equilíbrio da dinâmica cuidador/idoso. A intervenção do Enfermeiro deverá ter como ponto-chave a diminuição da sobrecarga e aspectos negativos associados ao cuidar, conseguindo uma capacitação precoce do cuidador informal e estabelecendo um programa de assistência voltada para cuidadores idosos que inclua orientações sobre como cuidar o outro e promoção do seu próprio autocuidado.

Palavras-Chave: Cuidador Informal; Cuidadores Idosos; Sobrecarga; Capacitação.

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, o conceito de família tem-se alterado significativamente. Enquanto no passado todo o agregado familiar assumia como natural o cuidar dos mais idosos, hoje, decorrente da emancipação feminina e da acumulação de papéis e funções a que está sujeita, o seu papel de cuidadora é acumulado com as restantes atividades (Augusto e Carvalho, 2002). Segundo Karsch (2003), uma parte significativa dos indivíduos com 65 anos ou mais precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa

ring of elderly dependent people. This way, I analyze the answers to the needs of informal caregivers of elderly people by focus the importance of early intervention. For that, I resorted to bibliographic research and research in electronic databases SCIELO EBCSO and Google Scholar. The results show that caring of the caregiver is a responsibility and should be a concern of all health professionals, especially the nurses, their intervention should be focused on the dynamic equilibrium of the caregiver / elder. The nurse intervention should have as a key to reduce the overload and negative aspects associated with caring, achieving an early informal caregiver training and establishing an assistance program aimed at elderly caregivers including guidelines on how to care for each other and promoting their own self-care.

Key-words: Informal Caregiver; Elderly Caregivers; Overload; Empowerment.

de vida diária, ajuda que será prestada pelo Cuidador Informal (CI). Consequentemente, surgirá uma sobrecarga do CI que trará consequências negativas para cuidador e pessoa cuidada. A qualidade de vida na terceira idade pode ser influenciada por aspetos físicos, fisiológicos, psicológicos e sociais. À semelhança do que ocorre com o idoso deve-se, também, atender à qualidade de vida do próprio cuidador, pois a saúde familiar é reflexo da saúde individual. Tendo em conta a percentagem significativa dos cuidadores que estão, também eles, a viver o seu processo de envelhecimento, então é necessária

uma intervenção mais atenta pois o envelhecimento combinado à tarefa de cuidar muda o cotidiano e restringe as atividades de vida diárias e de lazer. Diante do exposto e sabendo que a Organização Mundial de Saúde cita como uma das condições de risco os casais de idosos em que um deles é incapacitado ou está muito doente (Rodrigues et al., 2006), é necessário reestruturar os recursos, colocando em prática novas modalidades de intervenção. Neste sentido, defino como objetivo analisar as respostas às necessidades do CI do idoso, indo ao encontro da importância de intervir precocemente a este nível.

METODOLOGIA

A presente pesquisa incide na importância da intervenção precoce junto de cuidadores informais idosos, comparando estudos acerca do tema. De modo a responder ao objetivo inicial, utilizei como idiomas preferenciais o português e o inglês para definição das palavras-chave acima referidas, efetuando pesquisa bibliográfica e pesquisa nas bases de dados eletrônicas SCIELO, EBCSO e Google Scholar.

DESENVOLVIMENTO

Segundo um estudo de Karsch (2003), a faixa etária de 59% dos CI's estava acima de 50 anos e 41% tinham mais de 60 anos. Os dados mostram também que 39.3% de cuidadores, entre 60 e 80 anos, cuidavam de 62.5% de indivíduos da mesma faixa etária, mostrando que pessoas idosas estão a cuidar de idosos. Melzer et al. (1999) apud Abreu (2011) define cuidadores de idosos como "Very elderly people and those with cognitive impairment make up a large proportion of those in need of a long term care. A large

proportion of even the most disabled elderly people currently live outside institutions and depend on formal services as well as informal caregivers". Brito (2002), numa análise sobre as características sociodemográficas dos CI's, situa a idade predominante destes entre os 50 e os 64 anos, o que é reforçado por Rodríguez (2006), quando refere que a população de CI's alcança um milhão e meio de pessoas, em que 72% apresentam idades situadas entre os 35 e os 64 anos. Marote et al. (2005), num estudo desenvolvido sobre a realidade dos CI's de idosos dependentes da Região Autónoma da Madeira, verificaram que na primeira linha de prestação de cuidados predominam as mulheres (91.5%) com uma média de 55.9 anos de idade. Os seus idosos dependentes têm predominantemente idades compreendidas entre os 75 e 85 anos (62.9%) sendo a média de idade de 82.8 anos. Segundo Diogo et al. (2005), estudos mostram que a esposa é, com frequência, a cuidadora primária de idosos, seguida da filha que também possui idade avançada. Desta forma, pessoas que vivenciam o envelhecimento, ou que já se encontram em plena velhice, assumem a tarefa de cuidar, embora apresentem alguma alteração na capacidade funcional e até na sua saúde. Nos Estados Unidos da América, 60% das cuidadoras primárias de idosos são esposas e 73% delas possuem idade igual ou superior a 65 anos (Hooyman, 1996 apud Diogo et al., 2005). Em relação à caracterização dos CI's num estudo de Derntl (2003) apud Rodrigues et al. (2006), 24.1% são o cônjuge e 39.8% são os seus filhos, muitos deles com mais de 60 anos de idade. Num estudo de Fernandes & Garcia (2009) a média de idades dos CI's é de 50.3 anos, sendo que 83.3% apresenta idades compreendidas entre 41 e 72 anos.

CONCLUSÃO

A experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada pelos CI's como uma tarefa exaustiva e stressante, pelo envolvimento afetivo e por ocorrer uma transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência, em que o cuidador, ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida. Nesta linha de pensamento, Salin, Kaunonen & Astedt-Kurki (2009) comparam a idade do cuidador com a sua satisfação, concluindo que os CI's mais novos obtêm mais satisfação (Cruz et al., 2010). Cuidadoras de meia-idade e idosas estão mais predispostas ao impacto negativo do cuidado devido às mudanças associadas ao próprio envelhecimento e à possibilidade delas apresentarem um estado de saúde parecido com aquele evidenciado pelo recetor de cuidados (Fernandes & Garcia, 2009). Como vimos na literatura, o cônjuge é o cuidador de primeira eleição e, na maioria dos casos, também ele idoso. Muitas vezes, os programas de assistência domiciliária preocupam-se com o cuidador apenas quanto ao desempenho desta função, esquecendo que ele tem outros papéis a desempenhar e necessidades relacionadas, além das próprias demandas de saúde (Rodrigues et al., 2006). Fernandes & Garcia (2009) reforçam esta hipótese: 40.7% dos CI's tinham dores lombares, 39% depressão, 37.3% sofriam de pressão alta, 37.3% tinham artrite e reumatismo, 10.2% problemas cardíacos, e 5.1% diabetes.

Entendendo que os CI's são os principais aliados no processo de cuidado ao idoso no domicílio, um dos conceitos-chave na capa-

citação destes é que ocorra ainda em contexto hospitalar, mesmo antes da alta hospitalar, de modo a integrar os CI's no processo de cuidar fornecendo orientações, instruindo e treinando para esta transição de modo a validarmos o conhecimento pré-existente no processo do cuidar e também reforçarmos a importância do seu próprio autocuidado (Berta & Carvalho, 2002). Deste modo, seria necessária a implementação de um programa de assistência voltada para cuidadores idosos, que contemple, além de orientações sobre como cuidar do outro, um projeto de manutenção e promoção da própria condição de saúde, de modo a: possibilitar ao cuidador um tempo para cuidar de si ou para descansar; criação de grupos de CI's onde teriam a oportunidade de discutir as suas dificuldades e estratégias de cuidado com a própria saúde e trocar experiências sobre as ações de cuidado com o outro; assistência domiciliar ao cuidador para atendê-lo do ponto de vista multidisciplinar, procurando manter e restaurar a sua autonomia e o seu conforto (Rodrigues et al., 2006).

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. C. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais – Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais*. 2ª ed. Coimbra: Formasau.
- Augusto, B. & Carvalho, R. (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no Cuidar*. 1ª ed. Coimbra: Formasau.
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Couto, C., Almeida, E. & Gonçalves, S. (2008). *Cuidado Informal ao Idoso Dependente: So-*

-brecarga Física, Emocional e Social do Familiar Cuidador. Coimbra: ESEnfC.

Diogo, M., Ceolim, M. & Cintra, F. (2005). Orientações para Idosas que cuidam de Idosos no Domicílio: Relato de Experiência. Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [Em linha]. Vol. 39, nº 1. (pp. 72-102) [Consult. em 6 Abr. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/51.pdf>>.

Fernandes, M. & Garcia, T. (2009). Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Revista Brasileira de Enfermagem [em linha]. 62:3 (pp. 393- 399). [Consult. 20 Abr. 2015]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009>.

Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cadernos de Saúde Pública [em linha]. 19:3 (pp. 861-866). [Consult. 5 Mar. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>>.

Marote, A., Del-Carmen, M., Leodoro, S. & Pestana, V. (2005). Realidade dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Região Autónoma da Madeira. Sinais Vitais. Coimbra. Nº 61, (pp. 9-24).

Rodrigues, S., Watanabe, H. & Derntl, A. (2006). A Saúde de Idosos que cuidam de Idosos. Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [Em linha]. 40(4):493-500 (pp. 493 – 500) [Consult. em 6 Abr. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/281.pdf>>.

A VINCULAÇÃO PARENTAL



ANA FLORES
Enfermeira

RESUMO

Com o desenvolvimento global do conhecimento e da erradicação de um grande número de doenças infantis. Os investigadores iniciaram um novo campo de trabalho, debruçando sobre a vinculação precoce condição imprescindível sine quon non no desenvolvimento harmonioso do bebé para que futuramente seja um adulto que vive em pleno a sua adultez e os seus apegos. Para os investigadores o estabelecimento precoce da vinculação é essencial para um conhecimento e crescimento mútuo, do bebé e dos pais, pois estes aprendem a descobrir-se através da interação com o seu bebé. Ao longo do tempo tem-se verificado o crescimento do interesse da relação parental precoce. Apesar de esta relação ser muito essencial para o desenvolvimento harmonioso da criança, constata-se que o papel do pai é relegado para segundo plano, valorizando-se o papel da mãe na vinculação parental, em detrimento do papel desempenhado pelo pai nesta mesma vinculação. A percepção da vinculação parental é o foco de atenção deste artigo. A vinculação é a porta pelo qual o recém-nascido conhece o mundo que o rodeia desenvolvendo elos com aqueles que com ele interagem, esses elos desenvolvidos, vão comandar o seu crescimento e o apego às pessoas.

Palavras-chave: Vinculação, Parentalidade, Desenvolvimento, Apego.

ABSTRACT

With global knowledge development and the eradication of many childhood diseases. Researchers started a new job, leaning on early binding, essential condition in the harmonious Baby development, that future is an adult who lives in full their adulthood and their attachments. For researchers early establishment of binding is essential for knowledge and mutual growth, the baby and parents, as they learn to be discovered by interacting with your baby. Over time there has been growing early parental relationship of interest. Although this relationship is very essential for harmonious development of the child, it appears that the father's role is relegated to the background, valuing the mother's role in parental attachment to the detriment of role of the father in this same link. The perception of parental bonding

It is the focus of attention of this article. Linking is the door by which the newborn know the world around developing links with those who interact with him, those links developed, will lead its growth and attachment to people.

Keywords: Attachment, Parenting, Development, Addiction.

Bowlby foi o pioneiro da teoria da vinculação ou apego, este médico psiquiatra, que ao longo da sua infância não teve uma relação vinculativa com os pais, ao cuidar dos doentes do foro psiquiátrico descobriu que os traumas e muitas doenças mentais proviham de uma relação parental deficitária ou por vezes inexistente. Esta constatação motivou-o para o estudo das relações de apego existente entre o bebé e os pais, como era construída essa relação. Após vários anos de investigação concluiu, que os primeiros anos, são essenciais para o desenvolvimento das competências relacionais, sociais, e para o desenvolvimento integral do próprio ser humano. Ao longo dos tempos vários investigadores dedicaram-se a este campo de pesquisa tentando compreender e, descobrir quais os elos vinculativos essenciais nesta interacção constante, entre pais e bebé e, o que motivava os diferentes comportamentos dos bebés. Para Gomes Pedro, foi nos anos 40 que, a infância tornou-se foco de estudo para pesquisadores. Implicando que cientistas de diversos campos de actividade, ficassem com um campo mais alargado de conhecimentos científicos, tornando o comportamento e o desenvolvimento da criança, temas obrigatórios nos curricula universitários a nível mundial (2005:27). Estas investigações conduziram ao reconhecimento das mães, como as primeiras promotoras do desenvolvimento dos bebés.

Após os anos cinquenta, os investigadores ao estudarem a forma como as mães educavam os filhos, segundo Gomes Pedro "» descobriram que «o pai directamente ou indirectamente, influenciava o comportamento e o desenvolvimento da criança" (2005:27). Esta "descoberta" faz com que o estudo sobre a

interacção precoce pais-bebés e, os temas, com ela relacionada, sejam objecto de investigação sobre o comportamento da criança e, a importância dessa mesma relação. Assim como a descoberta de novos saberes sobre as competências do bebé, transforma a forma como os pais e, os profissionais olham e interagem com ele. Ao demonstrar que é ser social, munido geneticamente de competências que asseguram a sua sobrevivência através da organização da sua conduta, segundo Gomes Pedro, os bebés "têm capacidade para responder de forma adequada a estímulos sensoriais e sociais. São capazes de assumir comportamentos complexos de integração e de se tornarem parceiros competentes e interactivos, influenciados pelos efeitos do ambiente que os rodeia". Para desenvolver o seu papel de parceiro social único, o bebé utiliza o seu comportamento como forma de comunicação principal, em especial com os pais. (Brazelton e Nuget citado Gomes Pedro).

No seguimento destes estudos verificou-se que a relação do bebé com a mãe tem um peso essencial, sendo a gravidez considerada " como um período crucial no inicio de uma relação infinita e insubstituível entre mãe e filho" (Sá, 1999). O nascimento de um filho provoca nos pais um mar de emoções e sentimentos para si desconhecidos e muitas vezes ignorados, mas, estes sentimentos despoletados pelo nascimento já há muito que existiam no âmago dos pais, desde que o bebé foi pensado e desejado. Para Eduardo Sá " um filho nasce primeiro na imaginação e nos sonhos dos pais e que, portanto, num plano emocional, se nasce ... antes de nascer (p 11: 1999) ", o desejo de ter um filho representa a nossa primeira vinculação com

a criança.

Segundo Brazelton, as primeiras vivências são fundamentais para o desenvolvimento intelectual e emocional da criança. Para Gomes Pedro, a pediatria do século XXI “deve dedicar-se à avaliação da relação mãe, pai, bebê se é feliz, se estão a conseguir dar-lhes as premissas base para que a sua inteligência e a suas capacidades motoras a para que possam realmente desenvolver-se ” (1998:7) e deixar de preocupar-se unicamente com as curvas dos percentis e com as avaliações antropométricas. Hoje podemos controlar o desenvolvimento intelectual, social e emocional de um bebê, ao mesmo tempo identificar precocemente, os riscos a nível do desenvolvimento da aprendizagem, ou do comportamento. A investigação realizada ao longo do tempo, demonstra que nos primeiros anos de vida é que se estabelecem as bases para o desenvolvimento intelectual, emocional e social do ser humano. A vinculação parental é vital para o desenvolvimento emocional da criança. Esta vinculação surge durante a gravidez, para Brazelton e Cramer, ela surge muito antes do nascimento, “ as forças biológicas e ambientais levam as mulheres e os homens a desejarem terem filhos e as fantasias nascidas desse desejo podem ser encaradas como a pré-história da vinculação”, (2001, p 17).

Também para o pai, a experiência da vinculação é condicionada pelas suas vivências na infância, e as relações, que estabeleceram com a mãe. Os homens têm um desejo narcisista de reproduzir a sua própria imagem numa criança por eles concebida. Além disso um filho vem satisfazer a necessidade de renovar velhas relações, para Brazelton e Cramer “ uma criança encerra a promessa de re-

novar laços perdidos, os afectos da infância, deste modo será dotada de atributos pertencentes a pessoas importantes no passado dos pais” (2001, p49). O decurso da gravidez vai condicionar a criação da vinculação e fazê-la crescer ao mesmo ritmo da barriga da mãe Para os pais o bebê começa a ser cada vez mais real. A sua presença física é cada vez mais notória. Para os pais é muitas vezes inevitável o sentimento de exclusão. A futura mamã é o foco das atenções, deixando o pai na sombra, ninguém o questiona sobre os seus sentimentos e receios. Surgindo por vezes sentimentos de exclusão, de culpa, de ciúmes ou de insegurança face ao bebê. Passam a preocupar-se mais com a saúde do filho e a imaginar-se no papel de pais, o que não impede de sentirem sentimentos ambivalentes em relação ao bebê. Brazelton e Cramer afirmam que “um pai que foge no final da gravidez fará o mesmo numa situação real (abandonando a família) ou, o que é mais frequente remeter-se à indiferença emocional ou à ausência de envolvimento ” (2001, p 53). A falta de vinculação e de afecto mal construído irá condicionar o desenvolvimento da criança, e o seu comportamento na idade adulta é o efeito borboleta aplicada à escala humana. O parto significa a separação anatômica da mãe e do bebê, ela tem de estar preparada para diversos sentimentos e sensações que brotam no seu interior. A mãe tem de estar disponível para se adaptar à sua nova situação e isso significa normalmente um envolvimento total na adaptação ao novo ser. As alterações que uma nova mãe tem de enfrentar neste período são enumeradas por Brazelton e Cramer:

- Choque de separação anatômica
- A Adaptação do bebê

Uma nova relação que alia as suas próprias necessidades e fantasias às do outro ser. Toda esta situação representa um estado psicológico instável em que todos os papéis anteriores são questionados. Depois do nascimento, o bebé real substitui o bebé imaginário. E se é verdade que os pais se adaptam ao novo ser tal como ele é, também é verdade que o "os recém nascidos estão magnificamente programados para se adaptarem às fantasias dos pais e para recompensar o trabalho da gravidez" (Brazelton e Cramer ,2001, p.59). A aparência do bebé é o primeiro factor que estimula a aproximação e a ternura dos pais. Como afirma Bowlby " é uma sorte para a sobrevivência dos bebés que a natureza os tenha ensinado a seduzir e a escravizar as mães". Os bebés sabem como fazer os pais sentirem-se competentes nos seus novos papéis e através dessa empatia precoce estabelece-se a vinculação parental. O comportamento do bebé e as reacções dos pais encontram-se no período pós nascimento, para favorecer o desenvolvimento da vinculação entre ambos os intervenientes. Pois " um bebé não pode existir sozinho, ele é uma parte essencial de uma relação" Winnicott citado por Brazelton e Cramer (p101). A interacção precoce pressupõe um processo de conhecimento mútuo e evolutivo entre pais e bebé é sustentado desde o início pela interacção estabelecida através de uma comunicação autêntica. Não se trata de uma linguagem de diálogos, mas sim de afectos, com gestos, carícias e repletas de ternura. Esta interacção precoce que se estabelece entre pais e bebé tem vários pressupostos que são para Brazelton e Cramer (2001, p 137) os seguintes:

A sincronia é o primeiro passo dado pelos

pais e filhos no sentido de adaptar o seu comportamento ao ritmo do bebé. " Ao aprenderem a linguagem do bebé, os estados de consciência, a actividade motora e a capacidade de concentração, os pais podem sincronizar os seus próprios estados de atenção e distracção com os do bebé" (.) uma vez envolvida na comunicação síncrona, a criança encara o pai ou a mãe como seres dignos de confiança e capazes de reagir, e começa a contribuir para o diálogo".

A simetria significa que a "capacidade de atenção, o estilo e a preferência da criança por estímulo ou reacções" condicionam a interacção. " Os pais têm que estar preparados para desistir de uma parte de si mesmos, para irem ao encontro dos ritmos e das reacções dos bebés"

A contingência das reacções dos pais aos estímulos do bebé é construído à medida que vão percebendo quais as reacções que resultam melhor. " Quando a mãe reage aprende com o sucesso ou com o fracasso das suas reacções, que se medem através do comportamento do bebé" (p. 139).

A interacção precoce é construída por diálogos e conhecimento que se conquistam com o passar do tempo. As reacções do outro são antecipadas e pressentidas e inicia-se um " ritmo e um conjunto de regras" (p.141). A interacção chega assim ao nível da adesão do comportamento do outro, instituindo o compasso de atenção e de distracção sincronizado. Esta interacção atinge outro nível de envolvimento.

Os jogos constroem-se com base na adesão. São sequências de comportamentos que criam verdadeiros diálogos entre pais e bebés. Se um sorri, o outro também sorri, se um emite um som, o outro tenta imitá-lo,

nestes jogos “ a criança e os pais têm oportunidade de aumentar o seu conhecimento do outro”(142).

Ao reconhecer a sua capacidade de controlo, o bebé encaminha-se para a autonomia. Começa a ter consciência da sua capacidade de controlar a interacção e quer sentir-se dominador no processo. Isto só é possível porque o bebé já tem como garantidas as reacções dos pais e sente-se seguro das suas capacidades.

Estes pressupostos da interacção precoce conduzem ao desenvolvimento saudável da vinculação. Os bebés dependem dela para o seu desenvolvimento, para o seu bem-estar e para a sua felicidade. E só assim é possível que os pais e filhos se sintam para toda a vida intensamente vinculados.

Ao iniciar a realização deste artigo científica deparei-me com diversas dificuldades a primeira é porque existe pouco literatura que focalize o pai nesta relação especial depois a imensidão de autores e de artigos que escreveram e estudaram a vinculação parental mas centralizando-se na mãe como pessoa significativa para a criança. Mas, no momento presente penso que os pais deixaram de lado a figura autoritária, passiva e repressiva e querem cada vez mais ter um papel activo e carinhoso na relação com o bebé, cada vez querem descobrir mais o bebé que têm nos braços e juntos empreenderem esse caminho da aventura do crescimento. Como enfermeira devo motivar os pais a assumirem cada vez mais o seu lugar como parte integrante e activa do crescimento e desenvolvimento do bebé, como alguém que está vinculado e a quem o bebé reconhece e ama. Tendo como preocupação a descoberta do sentido da família, como parte integrante de um pólo onde o bebé cresça saudavel-

mente, onde existam estímulos que desenvolvam as suas capacidades, dotando-o de competências para crescer em harmonia. O crescimento do bebé é construído através de descobertas do mundo que o rodeia, também a relação com os pais deve ser sustentado pelo conhecimento e descoberta do bebé que têm nas mãos, descoberta mútua, envolta em magia, cada gesto, cada sorriso é uma conquista bilateral, este percurso de descoberta é vital para reconhecimento da infância como o período fulcral do crescimento do ser humano. É também durante a infância que o sentido de família se constrói, “um processo onde todos os membros têm um papel individual e único nos processos de descoberta e de enriquecimento” (Gomes Pedro, 2005:28), a evolução deste processo implica a existência de influências mútuas, ou seja são parceiros numa rede de comunicação assumindo papéis de emissores e receptores, todos têm um papel activo neste processo de desenvolvimento.

A vinculação é como a relação da raposa com o príncipezinho, com tempo de descoberta, com tempo para a cativação, com tempo um para o outro, só assim se poderão criar laços de afecto mútuo e eternos, citando Saint-Exupery “criar laços(...)mas se tu me cativares, passamos a precisar um do outro. Passas a ser único no mundo para mim. E eu também passo a ser única no mundo para ti..”(68). Na vinculação existe o período no qual os pais descubrem o seu bebé e as suas competências que são ajudadas a desenvolver com as interacções, com os jogos, com a estimulação dos sentidos e com o afecto. Após esta descoberta partem para uma relação em que as brincadeiras e os afectos são constantes e vitais para o desenvolvimento da interacção.

Bibliografia

BOWBLY John - A importância do Apego no Processo de Desenvolvimento. [consultado em 26-08-2007]. Disponível em <http://www.brazilpednews.org.br>

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. (2001) - A relação mais precoce. 3.^a ed. Lisboa: Terra-mar. ISBN:972-710-083-X

BRAZELTON, T. B.; (1992) - Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes do nascimento. 3.^a ed. Lisboa: Terramar. ISBN:972-710-056-2.

GALVÃO, Dulce M.^a P. G; et al – O papel do pai na amamentação – Sinais Vitais . Coimbra. ISSN: 0872-0844. N.º 62 (Setembro 2005), p.22-25.

GOMES-PEDRO, João; KEVIN NUGENT, J. ; GERALD YOUNG, J.; BERRY BRAZELTON, T. (2005) - A criança e a família no século XXI. Lisboa: Dinalivro e Paterson Marsh Ltd.. ISBN 972-576-395-5.

MONTAGNER, HUBERT (1980) - A vinculação: aurora da ternura. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-9295-33-6.

SÁ EDUARDO (1999) - Más maneiras de sermos bons pais - 3.^a ed. Lisboa. Fim de Século. ISBN:972-754-076-7

SAINT-EXUPÉRY, A. (2003) - O príncipezinho - 22.^a ed. Lisboa. Presença. ISBN: 972-23-2829-8.

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA E RESPECTIVO PAPEL DO ENFERMEIRO



DIANA CATARINA DE PAIVA RAMA

Enfermeira na Consulta Externa de Pediatria do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

MARGARIDA LOURENÇO

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do ICS da UCP

RESUMO

Quando pensamos em cuidados paliativos pediátricos, é importante que não nos fixemos apenas no que são as necessidades físicas da criança, mas que olhemos também para as suas necessidades psicológicas, emocionais, sociais, religiosas e espirituais e da sua família. Assim, pretendeu-se com este artigo, não só abordar essas necessidades que são emergentes e influenciam todo o processo de doença da criança/família, mas também clarificar o importante papel do enfermeiro.

Palavras-Chave: cuidados paliativos pediátricos, necessidades da criança e família, papel do enfermeiro

ABSTRACT

When we think of Pediatric Palliative Care, is important that we not only let us appoint on what are the child's physical needs, but also their physiological, emotional, social, religious and spiritual necessities, as well as those of the family.

Thus, it is intended with this article, not only to approach those needs that are emerging and influence throughout the disease process of the child / family but also clarify the role of the nurse.

Keywords: Pediatric Palliative Care, child and family needs, the role of nurses

INTRODUÇÃO

É notável o avanço científico e tecnológico verificado nos últimos anos e que em muito contribuiu para o desenvolvimento dos cuidados paliativos.¹

Relativamente aos cuidados paliativos pediátricos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assume-os como uma forma de cuidar em parceria, em que o objetivo é melhorar a qualidade de vida das crianças portadoras de doenças limitativas ou potencialmente fatais, passando, indiscutivelmente, pelo controlo de necessidades físicas, psicológicas e emocionais, sociais e espirituais.^{2,3}

Neste sentido, tal como preconizado pela OMS, torna-se essencial uma abordagem ativa que olhe a criança na sua globalidade e, assumindo que algumas necessidades/dimensões não são, ainda, plenamente contempladas por um eventual desconhecimento, objetivou-se com este artigo, abordar essas necessidades que emergem não só nas crianças como nas suas famílias.⁴

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

É já amplamente conhecido que os cuidados paliativos assentam em 4 áreas-chave – comunicação adequada, controlo de sintomas, trabalho em equipa e apoio à família/cuidadores - das quais derivam, posteriormente, outras mais diretivas. Todas elas são, igualmente, importantes e sem elas nunca se poderia afirmar a plenitude da prestação de cuidados paliativos.⁵

Sabe-se que são várias as doenças da idade pediátrica que integram as crianças num plano de cuidados paliativos pediátricos. Seja qual for a natureza dessa inclusão, é necessária uma intervenção multidisciplinar.

Se em pediatria os cuidados são dirigidos às crianças e às respetivas famílias, em cuidados paliativos pediátricos não poderia ser diferente. Contudo, cada criança/família é distinta das que as rodeiam. São únicas e diferentes enquanto ser e enquanto núcleo, mas numa situação de cuidados paliativos pediátricos, têm, na sua diferença, pontos comuns, aos quais se deve estar atento para intervir.

Assumindo que, tanto a criança como a sua família carecem de cuidados complexos, especiais e holísticos, apresentar-se-ão de uma forma geral, as necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais que estas crianças e famílias sentem, às quais, uma resposta célere, influenciará todo o percurso neste momento da vida, interligando-as com o papel do enfermeiro.⁶

Necessidades específicas da criança

Uma das grandes necessidades da criança que integra um plano de cuidados paliativos é, sem dúvida, a física. Para a criança é essencial que haja um plano de cuidados dirigido que passe por um bom controlo de sintomas. Habitualmente, a dor é vista como o grande inimigo, dada a sua frequência e transversalidade nas doenças, mas diversos sintomas podem surgir. O importante é que exista uma equipa desperta para este facto e que, além de intervir sempre que necessário, deve capacitar as famílias a fazê-lo nos momentos em que a criança se encontre fora do meio hospitalar. Atualmente, sabe-se, ainda, que as medidas farmacológicas em cuidados paliativos pediátricos, devem ser ajustadas à situação concreta da criança, independentemente da sua idade ou peso.⁴

Além do controlo de sintomas de forma farmacológica, as medidas não farmacológicas

são igualmente importantes. Essas podem passar por massagens, musicoterapia, técnicas de relaxamento, de distração, imaginação visual, acupuntura, acupressão, aromaterapia, arte terapia, reflexologia, reiki, shiatsu, yoga, toque terapêutico, hipnose, imaginário guiado, meditação, biofeedback, entre outras.^{7, 8, 9} O importante é que a medida não farmacológica seja baseada em áreas de interesse da criança que dela vai usufruir (tendo sempre em atenção a sua faixa etária, mas essencialmente o seu estágio de desenvolvimento) e não seja imposta, mas sim sugerida ou ensinada, atendendo às possíveis contraindicações de cada uma. Todas elas podem ser utilizadas para promover a expressão de sentimentos de forma verbal ou não verbal, permitindo algum controle da situação à criança e controlando a sua sintomatologia, tendo sempre como objetivo último, aumentar a sua qualidade de vida e o seu bem-estar.

Outro ponto ao qual é necessário prestar atenção numa intervenção em cuidados paliativos pediátricos, é a necessidade psicológica e emocional. Se por um lado é verdade que se está a cuidar de crianças, não é menos verdade que estas crianças são diferentes. Diferentes porque, na sua grande maioria, amadureceram precocemente e abordam todas as questões relacionadas com a sua doença de uma forma muito clara e direta. Em todas as situações, tem que ser ponderado com as famílias como se desenvolverá o diálogo ao longo deste processo de doença, sendo certo que a gestão da informação se torna essencial na diminuição da carga emocional.¹⁰ Ultrapassado esse ponto, apesar de serem crianças, é exigida uma comunicação aberta, clara, honesta, com informações ver-

dadeiras e congruentes adequadas à maturação emocional e cognitiva da criança. Obviamente que, caso se esteja a cuidar de uma criança muito pequena (recém-nascido, lactente, pré-escolar), esta questão pode não ser colocada, mas a partir de determinada idade ou estadio de desenvolvimento, é frequente que a própria criança se queira inteirar do que se está a passar consigo. Devem ser transmitidas informações acerca do curso natural da doença, dos tratamentos possíveis, das consequências que deles advêm, da possibilidade ou não de cura e até, quando se justificar, da morte.⁷ Porém, para se poderem abordar determinados assuntos com as crianças e até com as suas famílias, é necessário que se estabeleça, previamente, uma relação de confiança entre a criança/família e os profissionais de saúde e que se apliquem as habilidades da relação de ajuda, tais como a escuta ativa e a compreensão empática.¹¹

Sempre que novas informações são transmitidas, a equipa deve estar disponível para apoiar, confortar e responder às questões que surjam. O impacto da notícia deixa, por vezes as crianças e as próprias famílias desorientadas, confusas e com poucas questões, mas quando refletem sobre a informação transmitida novas dúvidas surgem, pelo que é importante que alguém esteja disponível para as esclarecer. As emoções negativas, por vezes veiculadas pelas crianças (e também pelas suas famílias) aos enfermeiros em algumas situações, não passam da exteriorização de sentimentos, sendo importante a sua compreensão e acolhimento pelos profissionais.^{4, 12}

Do ponto de vista emocional, é importante que as crianças mantenham as suas metas,

os seus interesses, as suas rotinas, no fundo, os seus objetivos de vida. Só assim podem manter a sua qualidade de vida, ultrapassando, eventualmente, algumas situações de ansiedade e/ou depressão. Progressivamente, e com o evoluir da doença, estes objetivos vão-se reformulando e ajustando à situação real, sendo função do enfermeiro manter sempre uma esperança realista.

No que respeita à questão social, estas crianças, ainda que em cuidados paliativos, devem manter as suas atividades recreativas e a dedicação à escola uma vez que, também a comunidade onde se inserem, certamente sairá afetada com a sua doença e com as consequências que dela advêm.¹⁰ Neste sentido, a interação com o grupo de pares deve ser estimulada e mantida, para que a criança continue a ter um estilo de vida próximo do que tinha anteriormente à doença.

Ao nível escolar e, nomeadamente, com os professores, deve ser abordada a situação de doença da criança para que os níveis de exigência impostos possam ser ajustados. Não se pretendem facilitismos pois esse facto também poderia desmotivar a criança, mas pretendem-se adaptações. Este é um ponto importante uma vez que estas crianças passam bastante tempo nos hospitais em tratamentos e consultas e frequentemente diminuem o seu rendimento escolar o que é mais um fator que os predispõe à depressão.

Do ponto de vista religioso e espiritual essa assistência deve ser mantida, caso a criança queira, respeitando-se sempre a sua cultura. É certo que nas crianças as questões da espiritualidade são distintas dos adultos e se relacionam, essencialmente, com a esperança, o amor incondicional, a segurança, mas detêm a mesma importância no que é a ma-

nutenção da qualidade de vida da criança.⁴

No que concerne à criança, há sempre uma grande preocupação em dar resposta ao que são as suas necessidades físicas, contudo não deve ser esquecido que outras existem e que são igualmente importantes de forma a evitar o seu sofrimento e mantendo o bem-estar da criança e a sua qualidade de vida.

Necessidades específicas da família

A família tem um papel fundamental no processo de doença da criança, sendo que o diagnóstico a todos influenciará (pais, irmãos, avós, etc.).¹⁰ Contudo, e apesar do seu apoio à criança ser essencial, tem necessidades que também devem ser satisfeitas para que melhor ultrapasse todo este processo de doença e morte.

Desde logo, do ponto de vista psicológico e emocional, as famílias têm necessidades de formação e informação uma vez que também serão prestadoras de cuidados e para isso, tal como com a criança, a sua família carece de uma comunicação honesta, eficaz, verdadeira, que vá de encontro às suas necessidades.¹³ Necessita, progressivamente, que a ajudem a lidar com a incerteza no que diz respeito à doença, com a morte iminente e com a perda.¹³ Cada família é única e cada membro, respetivamente, também, pelo que a ação de enfermagem deve sempre ser ajustada à necessidade do momento e à pessoa em questão. Numa mesma fase da doença, diferentes membros da família podem ter diferentes necessidades e para todos eles deve ser possível desenvolver uma ação.

Neste campo, é ainda importante ressaltar a existência de outros filhos. Muitos são os familiares e, concretamente, os pais, que se focam com tal intensidade no filho doente que quase se “esquecem” do (s) outro (s) filho (s).

Esta situação acarreta uma grande ansiedade para todos pois, em casa os irmãos sentem-se esquecidos e com ciúmes do irmão doente e os pais, ainda que não consigam deixar o filho doente por pequenos momentos que seja, sabem que não estão a dar a atenção devida ao (s) outro (s) filho (s). É, então, necessário que, aos filhos saudáveis, sejam igualmente conservadas as rotinas, sempre que possível, mantendo a presença dos pais e do irmão doente e que se procurem estratégias para os manter ligados, mesmo aquando da hospitalização do irmão doente. É essencial que a comunicação dentro do seio familiar, também, seja adequada.¹³ Contudo, é necessário ressaltar que, a este nível, nenhuma preocupação deve ser transmitida à criança de forma a não lhe causar, sentimentos de ansiedade.

Do ponto de vista social, tal como as crianças, as famílias têm as suas necessidades. Assim, o nível de suporte que encontram na comunidade, e que pode surgir do encaminhamento feito pelos enfermeiros, tal como o tipo de relações familiares que têm, podem ser peças chave neste campo.

Podem, ainda surgir, necessidades de cariz económico-financeiro uma vez que, para acompanharem a criança mais de perto, muitos são os progenitores que abdicam da sua vida profissional. Neste caso, é importante que se faça a deteção da situação o mais precocemente possível e se encaminhe o caso por forma a proporcionar alguns apoios uma vez que os rendimentos que auferem não estando a trabalhar e todas as despesas extras que passam a ter com a criança doente (deslocações, etc.) não são, muitas vezes, suficientes para as despesas que apresentam. É importante que as necessidades religiosas

e espirituais não fiquem esquecidas. Cada família, dentro do que é a sua cultura e hábitos, tem as suas próprias crenças que devem ser respeitadas e permitida a sua vivência e exteriorização.

A possibilidade de despedida entre todos transforma-se em mais um momento crucial neste processo de doença sendo que, o objetivo último das famílias é a certeza de que a criança está confortável e sem dor, até ao momento da sua morte.¹³

O papel do enfermeiro

Ao longo deste trabalho foi sendo abordado, inevitavelmente, o papel do enfermeiro em diferentes situações, contudo parece importante reforçar alguns pontos.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde presentes no hospital 24 horas por dia, 365 dias por ano. São os profissionais aos quais as pessoas doentes e, neste caso concreto, as crianças e as suas famílias, primeiro se dirigem quando têm alguma necessidade e são eles quem, muitas vezes, encaminham as situações para os diferentes profissionais da equipa multi e interdisciplinar. No que respeita às necessidades da criança e da sua família, sejam elas físicas, psicológicas, emocionais, sociais, económico-financeiras ou espirituais, os enfermeiros têm um papel crucial na sua abordagem e resolução do problema, mesmo que não sejam os autores da sua resolução, estão inseridos numa equipa capaz de o fazer.

Começando pela parceria de cuidados entre as crianças/famílias e os profissionais de saúde, que deve ser efetiva, passando pela presença concedida e constante da família, à participação nos cuidados à criança aquando dos internamentos, ao respeito pelas preferências da família e ao esclarecimento de

toda e qualquer dúvida. É importante que os enfermeiros percebam, desde logo, as dificuldades sentidas pelos pais pois estas podem ditar o afastamento emocional da criança pelo facto de não conseguirem lidar com a situação.^{7, 10} Assim, além de todos os conhecimentos e saberes técnico-científicos que os enfermeiros possuem e colocam nas suas ações, devem estar atentos a outras necessidades, eventualmente consideradas por alguns como menos importantes, mas que podem ser cruciais para o sucesso da intervenção em cuidados paliativos pediátricos.

Especificando, é função do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica cuidar da criança e das suas famílias em situações de especial complexidade, sendo os cuidados paliativos pediátricos exemplo disso mesmo. Este deve, então, reconhecer situações de instabilidade e prestar cuidados de enfermagem, aplicando capacidades facilitadoras de dignificação da morte e dos processos de luto, fazer a gestão da dor, aplicando medidas farmacológicas de combate à dor, mas também, medidas não farmacológicas suportadas cientificamente e aplicando conhecimentos sobre a saúde e o bem-estar físico, psíquico, social e espiritual das crianças. Deve, ainda, promover a adaptação da criança e da sua família à sua doença, adequando o suporte familiar e comunitário.¹⁴ Só dando resposta a todos estes requisitos se pode considerar que estão a ser prestados cuidados diferenciados.

CONCLUSÃO

Com este artigo pretendeu-se enaltecer a importância de todas as necessidades das crianças e das suas respetivas famílias aquando da passagem por um plano de cuidados

paliativos pediátricos. É essencial que se olhe para estes casos numa perspetiva, verdadeiramente, ampla e se observe que todas as dimensões devem estar contempladas nas ações dos enfermeiros.

Além do controlo de sintomas, essencial é um facto, também a partilha de sentimentos e a expressão de emoções devem ser acolhidas e trabalhadas, sendo a comunicação um ponto major na abordagem aos cuidados paliativos.¹⁰ A aceitação da condição de doente, a aceitação da terminalidade, a abordagem aos demais problemas psicológicos, aos medos e a atitude perante a morte, serão outros aspetos influentes neste processo e darão resposta ao que são as necessidades psicológicas da criança. Do ponto de vista social, religioso e espiritual, deve ser permitida a realização de atividades, presenças, participações, momentos a sós, tudo o que para a criança e para a sua família lhes proporcione uma sensação de bem-estar e lhes dê, qualidade de vida.

Ao nível familiar, além das competências que cada um tem necessidade de adquirir para cuidar da sua criança doente, o sentimento de apoio entre todos e de união é, também, importante, otimizando a capacidade de cuidar e preparando-os para o luto.⁹

Em suma, pensar em cuidados paliativos, e direcionando-os aos pediátricos, é ver para além do que é técnico e invasivo, é dar espaço a outras necessidades, tais como as aqui abordadas.⁴

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 HULJER, Huda [et al.] – Cuidados Paliativos para Recém-Nascidos, Crianças e Jovens – FACTOS. Roma: Fundação Maruzza Lefebvre d'Ovidio Onlue, 2009. 58 p. ISBN 978-88-

- 902961-6-1.
- 2 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Definition of palliative care for children. [Em linha]. Geneve: WHO. [Consult. 22 Jun. 2012]. Disponível em WWW:< URL:http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
- 3 SILVA, Lincoln Justo da – Cuidados paliativos pediátricos: realidades e desafios. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. ISSN 0872-4059. Vol. 14, Nº 4/5 (2009), p. 195-200.
- 4 PAIXÃO, Maria José de Góis – O sofrimento na criança e no adolescente com doença oncológica em fim de vida. Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 13, Nº 1 (2009), p. 72-84.
- 5 NETO, Isabel Galriça – Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – Manual de cuidados paliativos. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 1-41.
- 6 AVANCI, Bárbara Soares. [et al.] – Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. Revista de Enfermagem Escola Anna Nery. Rio de Janeiro. ISSN 1414-8145. Vol. 13, Nº 4 (2009), p. 708-716.
- 7 POLES, Kátia; BOUSSO, Regina Szylit. – Morte digna da criança: análise ao conceito. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 43, Nº 1 (2009), p. 215-222.
- 8 McCABE, Pauline; KENNY, Amarida – Terapias complementares. In O’CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia – Guia prático de cuidados paliativos em enfermagem. São Paulo: Organização Andrei Editora, Ltda., 2008. ISBN 978-85-7476-351-4. p. 287-298.
- 9 MONTEROSSO, Leanne; DE GRAVES, Sharon – Cuidados paliativos pediátricos. In O’CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia – Guia prático de cuidados paliativos em enfermagem. São Paulo: Organização Andrei Editora, Ltda., 2008. ISBN 978-85-7476-351-4. p. 375-390.
- 10 SILVA, Fátima Maria Machado; NOVAIS, Sónia Alexandra de Lemos – Aspectos psicológicos da criança com cancro. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 246 (2009), p. 18-23.
- 11 QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena; NETO, Isabel Galriça – Comunicação. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – Manual de cuidados paliativos. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 461-485.
- 12 GUARDA, Hirondina; GALVÃO, Cristina; GONÇALVES, Maria de Jesus – Apoio à família. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – Manual de cuidados paliativos. 2ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 749-760.
- 13 KRISTJANSON, Linda; HUDSON, Peter; OLDHAM, Lynn – Trabalho junto às famílias. In O’CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia – Guia prático de cuidados paliativos em enfermagem. São Paulo: Organização Andrei Editora, Ltda., 2008. ISBN 978-85-7476-351-4. p. 299-313.
- 14 DESPACHO nº 123/2011. “D.R. II Série”. 35 (2011-02-18) 8653-8655.

A rotatividade de pessoal, designada por alguns autores por Turnover, é um dos aspectos mais importantes da dinâmica organizacional.

Segundo Chiavenato (1995, pág. 159), rotatividade de pessoal ou turnover significa o “fluxo de entrada e saídas de pessoal” entre uma organização e o seu ambiente. Este fluxo de recursos, neste caso humanos, é vantajoso para desenvolver um equilíbrio dinâmico, pois a uma intensificação das saídas de pessoal deve corresponder uma compensação através de novas admissões para a potenciação máxima de qualidade dos recursos. Esta deve satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, indo de encontro à aposta cada vez maior na prestação de cuidados de saúde com qualidade.

Para Rocha (1999, pág. 177) “turnover significa o movimento para dentro e para fora da organização” que traduz “um índice de estabilidade da força de trabalho”.

Turnover: Porquê?

A rotatividade deve ser abordada como “uma oportunidade para rever os planos de recursos humanos” segundo Schermerhorn (1999, pág. 209), ou seja, analisando, especificando funções, com o propósito de seleccionar os melhores profissionais. A selecção deficiente/inadequada na contratação do pessoal, traduz um alto índice de turnover e implica prejuízos para a instituição, pelo que a entrevista inicial é de fulcral importância, devendo transmitir o máximo de informações sobre o cargo a desempenhar.

Quando se faz uma análise dos motivos pelos quais os trabalhadores/enfermeiros saem de um serviço/instituição diferenciamos: em

saída voluntária – iniciativa do próprio indivíduo (matrimónio, gravidez, nascimento de um filho, mudança para outra cidade, insatisfação, stress, falta de reconhecimento, mau ambiente de trabalho, sem oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, entre outros), e saída involuntária – resultante da iniciativa da organização. São exemplos desta, os casos de termo de contrato, demissão, transferência, promoções e punições. Existem ainda as saídas inevitáveis, tais como, a reforma, falecimento e as doenças - estas fogem ao controle quer da organização quer do indivíduo.

Tal como nos diz Chiavenato (1995, pág. 163), “A rotatividade de pessoal não é uma causa, mas o efeito, a consequência de certos fenómenos localizados interna ou externamente à organização que condicionam a atitude e o comportamento do pessoal”. Dentro dos fenómenos externos destacamos a Lei da Oferta e da Procura de recursos humanos, as oportunidades de emprego, a situação económica do país. Ao falarmos dos fenómenos internos citamos a política salarial da instituição, oportunidades de progressão na carreira, formação e supervisão efectuada ao pessoal, critérios de selecção/integração e avaliação de desempenho dos indivíduos assim como da organização do trabalho e o ambiente físico e psicológico.

A direcção de Enfermagem deveria ter um papel primordial na identificação das causas de rotação do pessoal, no sentido de minimizar o turnover. Gillies (1994, pág. 334), refere que se poderia identificar as características pessoais ou demográficas dos funcionários relacionados com uma rotação prematura e fazer estudos de correlação, tal como rela-

cionar as preferências profissionais, período de permanência em trabalhos anteriores, distância de casa ao emprego, entre outros. Outra forma de identificação das causas de rotatividade é a entrevista à saída do elemento sobre as razões que levam o indivíduo a sair do serviço/instituição. Esta entrevista deveria ser realizada enquanto o funcionário ainda exerce funções uma vez que durante a mesma, o entrevistado poderá desistir da mudança mediante a oferta de melhores condições. A entrevista deveria ser realizada pela enfermeira Chefe, enfermeira Supervisora ou Directora, tentando criar um clima de confiança para favorecer a expressão dos sentimentos, contudo, nem sempre há sinceridade ao expressar os motivos da saída com receio de que estes interfiram com a obtenção de boas referências.

“O cálculo do índice de rotatividade de pessoal é baseado no volume de entradas e saídas de pessoal em relação a recursos humanos disponíveis em certa área da organização, dentro de certo período de tempo, e em termos percentuais”, segundo Chiavenato (1995, pág. 160). Ora, o cálculo deste índice servirá para efeitos de planeamento de recursos humanos, ainda que Gillies (1994, pág. 330), nos diga que é uma análise difícil pois a maior parte dos hospitais regista as estatísticas globalmente, não tendo em conta a determinação dos índices de rotação de pessoal em departamentos específicos ou em categorias profissionais concretas, tornando-se difícil identificar e erradicar as causas que levam ao turnover.

Poderíamos pensar que um índice de rotatividade de pessoal de zero (0%) seria uma meta a atingir, mas não é desejável, porque poderia traduzir um sinal de estagnação, sem

o necessário estímulo intelectual ou a resolução de problemas de forma inovadora. Um elevado índice também não é de considerar porque traduz a dificuldade em manter um grupo de trabalho estável, interferindo com a coesão do grupo e provocando uma perda de entusiasmo referente ao trabalho. Nesta linha de pensamento é referido por Rocha (1999, pág. 181) “...que todo o turnover que ultrapasse os 18% é indesejável...”.

Ao substituir um funcionário há que ter em conta que os custos são extremamente elevados, custos esses que envolvem o recrutamento, selecção, formação e treino do novo elemento – custos directos. Os custos indirectos podem ser relacionados com a má utilização/avarias do material por falta de conhecimentos do recém chegado, o pagamento de horas extraordinárias, o aumento de acidentes de trabalho, a baixa produtividade do novo trabalhador, assim como o custo com o aumento da supervisão.

O turnover também é eficaz, não se reflectindo apenas em aspectos negativos, como já foi sendo focado incrementa um espírito intelectual mais atento a ideias novas e criativas e gera nova energia no ambiente de trabalho podendo permitir reduzir os custos. Um reajuste na gestão de recursos humanos também é possível de se concretizar, levando à harmonia da equipa e progressão na carreira por parte dos enfermeiros mais qualificados.

Falar de rotatividade do pessoal de Enfermagem significa falar na diferença de objectivos perspectivados pela instituição e pelo enfermeiro. Um dos principais objectivos da instituição tem a ver com a redução dos custos financeiros a curto prazo, enquanto o enfer-

meiro tem por objectivo primordial a optimização de cuidados, relacionando o doente/a pessoa/a família/a comunidade e este irá reflectir-se num aumento de ganhos em saúde. Papel muito importante terá o enfermeiro chefe na gestão dos recursos humanos, quer pela decisão de deixar sair os enfermeiros atempadamente, quer pela colocação dos novos elementos em conformidade com as suas competências, quer por último, apostando na motivação dos seus enfermeiros que se manifestará na satisfação e no desenvolvimento pessoal e posteriormente a nível organizacional. Uma gestão adequada de recursos humanos em enfermagem atendendo ao enfermeiro enquanto indivíduo com diferentes preferências pessoais, objectivos, motivações, grau de satisfação pessoal, necessidade de formação, desejo de estabilidade e progressão na carreira aliado aos objectivos da instituição seria o desejável. Caberá ao enfermeiro Director em última análise, a sua inclusão na decisão de estratégias importantes a nível organizacional e em todas as decisões relativas à gestão dos recursos humanos da instituição, promovendo a realização profissional/pessoal do enfermeiro. O enriquecimento de funções de forma a tornar o trabalho mais interessante, pelo aumento da interdependência e capacidade de decisão é considerado um processo importante na satisfação profissional e conseqüentemente minimizará os efeitos negativos do turnover.

Bibliografia:

- ALVES COSTA, Marília S. e MATOS, Elisa Teresa – Rotatividade de Pessoal de Enfermagem. Revista sinais vitais, Coimbra, nº 43 (Julho 2002), pág. 22 a 24;
- CHIAVENATO, Idalberto – Recursos Huma-

nos. 3ª edição, edição compacta, atlas, 1995;

- GILLIES, Dee Ann – Gestión de Enfermería: una aproximación e los sistemas. Ediciones científicas y técnicas S.A., Masson – Salvat, 1994;

- ROCHA, J. A. Oliveira – Gestão de Recursos Humanos. Editorial presença, Lisboa, 1999;

- SCHERMERHORN JUNIOR, John R. – Administração. 5ª edição, Rio de Janeiro: livros técnicos e científicos, 1999.

OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO



RESUMO

Introdução: A obesidade infantil e o excesso de peso na adolescência apresentam um grande problema de saúde pública, preocupando cada vez mais os órgãos responsáveis pela saúde devido ao aumento célere da sua prevalência, e às repercussões biopsicossociais, pelo que devem ser monitorizadas com especial atenção. Com o objetivo de formar um projeto de intervenção na área de educação para a saúde contra o excesso de peso e a obesidade na adolescência (3º ciclo) nas escolas da cidade de Castelo Branco, é es-

ABSTRACT

Introduction: Childhood obesity and overweight in adolescence are a major public health problem, worrying more and more agencies responsible for health, due to the rapid increase in its prevalence and its biopsychosocial repercussions, and should be monitored with particular attention. With the goal of forming an intervention project in the health education area, against overweight and obesity in adolescence (3rd cycle), in schools of Castelo Branco, it is essential to perform a good diagnosis of the reality, identifying how diet and

sencial fazer-se um bom diagnóstico da realidade identificando de que forma os hábitos alimentares e atividade física interferem no excesso de peso e na obesidade destes adolescentes.

Resultados: O estudo foi realizado durante o ano letivo de 2012 em 5 escolas do 3º ciclo, aos alunos do 7º ano (477) sendo que a adesão ao estudo foi de 82% dos quais 51% são do sexo feminino e 49% são do sexo masculino.

Conclusões: Verificou-se que 21% dos alunos tem excesso de peso sendo que 11% dos alunos têm um percentil de índice de massa corporal entre 80 e 95% e 10% tem um percentil de índice de massa corporal acima de 95.

No encaminhamento dos 34 alunos com excesso de peso que aderiram à consulta médica e de aconselhamento dietético verificou-se uma melhoria do seu IMC, embora lenta, mas esperada nos adolescentes até aos 15 anos.

Palavras-chave: Obesidade; excesso de peso; adolescência

physical activity affect overweight and obesity in these teens.

Results: The study was conducted during the academic year of 2012 in 5 schools of the 3rd cycle, to 7th grade students (477) with an adherence of 82%, of which 51% are female and 49% are male.

Conclusions: It was found that 21% of students are overweight and 11% of students have a body mass index percentile between 80 and 95%, with 10% presenting a body mass index percentile above 95.

By routing the 34 overweight students who joined the medical consultation and dietary advice, there was an improvement in their BMI, albeit slow, as expected in teens up to 15 years old.

Keywords: Obesity; overweight; adolescence

A adolescência é um período marcado pelo desenvolvimento e crescimento em que as transformações biológicas e psicossociais estabelecem grande impacto na vida dos adolescentes que procuram construir a sua identidade.

Estudos demonstram que a obesidade em crianças e adolescentes está relacionada com o aumento da morbidade e mortalidade, refletindo-se em patologias várias com risco de persistência no adulto.

Atualmente, a obesidade infantil e o excesso de peso na adolescência apresentam um grande problema de saúde pública preocupando cada vez mais os órgãos responsáveis pela saúde devido ao aumento célere da sua prevalência e ao seu aparecimento com repercussões biopsicossociais, pelo que devem ser monitorizadas com especial atenção.

No âmbito da formação da personalidade e desenvolvimento integral dos jovens e, tendo em conta que a maioria do tempo em que eles se relacionam com os outros é na escola, nesse sentido, sendo esta considerada um dos locais fundamentais para a construção de comunidades saudáveis, deve-se tentar construir uma dinâmica curricular que vá de encontro às necessidades das crianças e dos jovens, atendendo ao seu percurso de desenvolvimento e incluindo todos os pares do processo de ensino-aprendizagem: pais, professores, alunos e a comunidade em geral.

Os modelos de financiamento do sistema de saúde cada vez mais exigentes exercem pressão sobre os profissionais de saúde exigindo um aumento de novas formas de planeamento de cuidados.

Torna-se urgente desenvolver programas de saúde pública que possam contribuir para

a prevenção das doenças e aliviar os custos dos sistemas de cuidados de saúde. No entanto e de acordo com os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), apenas cerca de 3% dos gastos em saúde são canalizados para programas deste tipo [1].

De acordo com a mesma fonte, o aumento dos índices de excesso de peso e da obesidade nas crianças e adolescentes, está a tornar-se como principal preocupação de saúde pública.

Acredita-se que procurar nas particularidades dos adolescentes com excesso de peso e suas famílias a fundamentação para o delineamento de um plano assistencial que dê resposta às suas reais necessidades, permite fomentar as possibilidades de trabalhar mais efetivamente em benefícios das mesmas.

Para isso é fundamental, a boa acessibilidade aos serviços de saúde, bem como um conjunto de toda a equipa multidisciplinar – pais, profissionais de saúde e professores que acompanham as crianças no seu crescimento social e escolar.

A escola como um local de eleição que é, para o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis, deve assumir que a promoção e educação para a saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização que deve levar as crianças e os jovens, a sentirem-se competentes, felizes e valorizados, por adotarem e manterem estilos de vida saudáveis.

A obesidade infantil já é considerada por vários autores como a doença do século XXI. Neste sentido, o programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável é um dos programas prioritários aprovado pela Direção Geral da Saúde [2]. Com o objetivo

de formar um projeto de intervenção na área de educação para a saúde contra o excesso de peso e a obesidade na adolescência (3º ciclo) nas escolas da cidade de Castelo Branco, é essencial fazer-se um bom diagnóstico da realidade identificando de que forma os hábitos alimentares e atividade física interferem no excesso de peso e na obesidade destes adolescentes.

A prevenção e o controlo da pré-obesidade e da obesidade assentam pois em três pilares: alimentação, atividade física e modificação comportamental. Assim, pretende-se saber se os adolescentes têm conhecimento sobre a obesidade, fazendo o levantamento de IMC nas escolas intervindo com ações de formação de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis e posterior seguimento dos adolescentes obesos e pré-obesos em consulta. A adolescência é caracterizada pelo crescimento físico, alta vulnerabilidade para deficiências nutricionais e parece constituir um período de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas na vida adulta. Assim, procura-se nesta fase da adolescência dar prioridade à vigilância nutricional de forma a intervir no comportamento alimentar para prevenir problemas no crescimento do adolescente.

Os seus hábitos alimentares são influenciados pela sua independência e pelos horários muito preenchidos. Há a necessidade de serem ensinados como comer, selecionando alimentos saudáveis que contenham os nutrientes necessários para uma alimentação equilibrada, como é o caso da fruta.

A obesidade é definida por Batista [3], como “uma síndrome complexa de origem multifatorial, em que fatores relacionados com o ambiente, nomeadamente a utilização cres-

cente de alimentos ricos em gorduras e açúcares, o sedentarismo, o stress e as alterações do comportamento se interligam com fatores de ordem genética”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a principal causa da obesidade é o desequilíbrio entre a energia consumida e a energia gasta que se exprime através de um aumento do consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares e pobres em nutrientes e vitaminas, na diminuição da prática de atividade física e aumento das atividades sedentárias. Estes comportamentos ocorrem devido às mudanças que a sociedade foi sofrendo ao longo dos anos ao nível dos hábitos e padrões alimentares, bem como da diminuição dos espaços destinados à prática de atividade física que foram sendo substituídos por grandes centros urbanos, casas e fábricas e ainda um aumento da oferta de atividades sedentárias como a visualização de televisão, os jogos de vídeo e os computadores.

Considerando que a adolescência é o período de grande transição de mudanças corporais, esses índices merecem observação e acompanhamento especial, pois os hábitos alimentares que levam ao excesso de peso na adolescência, se não forem modificados, acarretarão problemas na formação de adultos obesos.

Segundo WHO [4], a prevenção efetiva da obesidade na idade adulta passa pela prevenção e tratamento da obesidade infantil.

A OMS preconiza que haja formação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir as mortes e doenças através do aumento de atenção e conhecimento sobre a alimentação e atividade física. Neste sentido, Coroba e Pegolo citados por Bonfleur e

Ossucci [5] referem que, “a escola ocupa um lugar central na prevenção de vários problemas relacionados à saúde”.

Vários autores descrevem que as práticas alimentares e a atividade física são componentes intrínsecas na origem da obesidade. Para Costa no estudo que efetuou, citado por Serrano [6], concluiu que “uma alimentação saudável ao longo de todas as fases da vida acaba por influenciar a própria economia de um país, dado que favorece a saúde física e intelectual dos indivíduos. Isto reflete-se no ritmo profissional de cada um e, consequentemente, na produtividade e no desenvolvimento do país”.

De acordo com a OMS, a obesidade infantil tem crescido cerca de 10 a 40% na grande maioria dos países europeus nos últimos 10 anos. É pois necessário a criação de uma política alimentar para que os custos provocados pela má nutrição sejam reduzidos e assim prevenir os erros alimentares evitando gastos do erário público e promover um estilo mais saudável da população.

A obesidade é a doença pediátrica que na última década aumentou de forma considerável a sua prevalência, o que mostra ser importante a sua valorização e avaliação em função da saúde infantil e juvenil.

Também o tipo de alimentação e os comportamentos alimentares dos jovens dependem fortemente dos pais e das perceções e preocupações que têm acerca de qual é a melhor alimentação para os seus filhos bem como os riscos associados á obesidade. Hábitos de ingerir fastfood, ingestão de alimentos ricos em gorduras, bebidas gaseificadas, alimentos ricos em açúcar e excesso de alimentos ingeridos á refeição são hábitos que levam à obesidade infantil.

Segundo a Direção Geral Saúde, a prevenção e o controlo do excesso de peso efetua-se através de mudança de estilos de vida, baseados em três pilares: Programa alimentar, incremento de atividade física e programa educativo, escolar e institucional multissetorial.

A alimentação saudável deve ser completa, de forma a incluir todos os alimentos; equilibrada, com alimentos fornecidos em proporção e variada para que haja diversificação dos alimentos.

O tipo de alimentação que os adolescentes fazem deve fornecer todos os nutrientes, evitando carências vitamínicas que possam levar à desnutrição. Castro [7] refere que uma correta alimentação deve fornecer os materiais necessários à estrutura do organismo durante todas as fases da vida, proporcionando as substâncias necessárias à proteção e resistência do nosso organismo. Já o segundo pilar, refere a importância da atividade física quer em meio escolar quer nos tempos livres em detrimento dos jogos eletrónicos, televisão etc. O exercício físico tem tanto ou mais sucesso no adolescente quanto estas práticas desportivas sejam organizadas e com o envolvimento dos pais.

Os programas de atividade física são pois essenciais para o combate desta já conhecida epidemia do século XXI. Cabe aos educadores e profissionais de saúde o papel de contrariar estas tendências, incutindo nas crianças hábitos de vida saudável.

Como terceiro pilar, no programa educativo escolar e institucional devem ser desenvolvidas estratégias para o ensino de hábitos saudáveis através de ensinamentos alimentares, parcerias com as unidades de saúde local para fomentar ações de educação para a

saúde, procurar fomentar o desporto ao ar livre, fazer parcerias com os encarregados de educação, pois são estes os maiores modelos para os filhos.

A melhoria da qualidade de vida implica inevitavelmente, a adoção de comportamentos saudáveis associados à participação de atividade física, contrariando pois, a adoção de estilos de vida sedentários que tem consequência nefasta para a saúde e qualidade de vida da pessoa. Para uma boa articulação em prol do bem-estar da criança/adolescente é necessário o desenvolvimento de um trabalho de parceria entre os intervenientes, em que as estratégias adotadas sejam constantes e não apenas uma casualidade.

Uma das metodologias utilizadas na avaliação do excesso de peso é o uso de tabelas de percentis nacionais que relacionam o peso e a altura com a idade do adolescente, obtendo-se uma tabela de percentis para o IMC.

Também a colheita de dados (anamnese) é muito importante para se poder aferir dos resultados obtidos, informações adicionais

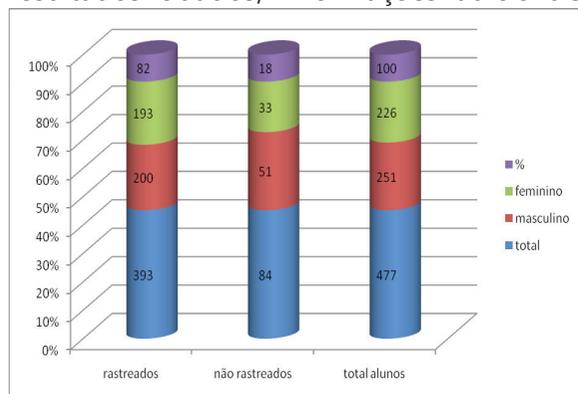


Gráfico 1- Total dos alunos rastreados nas escolas

Em relação à distribuição do peso por percentil, pelo gráfico 2 podemos aferir que

79% dos adolescentes têm peso adequado à sua idade, 11% tem um percentil de índice de massa corporal entre 80 e 95 e 10% tem um percentil de índice de massa corporal acima de 95.

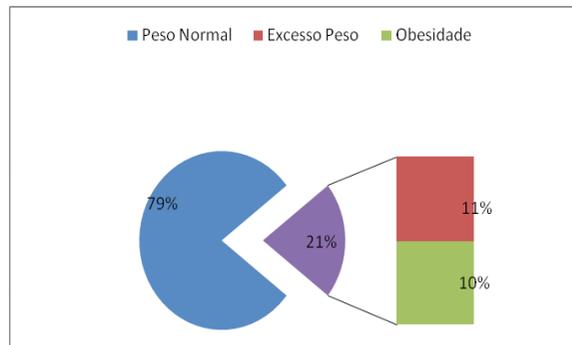


Gráfico 2 - Distribuição dos adolescentes segundo o percentil

Pela análise do gráfico 3, podemos aferir que foram detetados 83 adolescentes com excesso de peso, o que corresponde a 21%, sendo 42 pré-obesos e 41 obesos. Verificou-

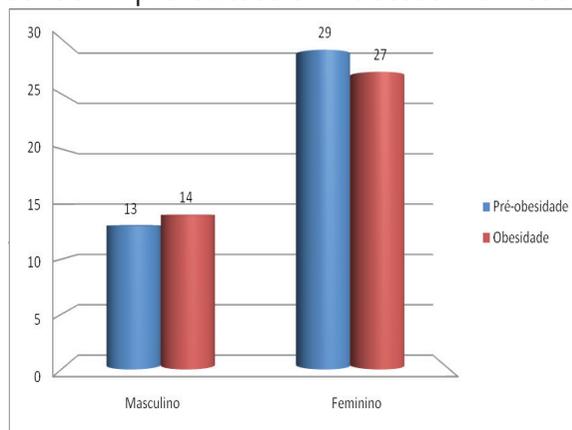


Gráfico 3 – Distribuição dos alunos com excesso de peso segundo o sexo

Depois de serem identificados todos os adolescentes com excesso de peso, é importante que estes sejam encaminhados e seguidos em consulta, pelo que foram contactados os pais para que fossem com os seus filhos à

consulta.

No gráfico 4 apresentam-se os resultados obtidos durante as consultas dos jovens que aderiram ao projeto. De acordo com o gráfico, 16 adolescentes perderam peso, 11 aumentaram de peso, mas estão muito motivados para prosseguir com a dieta.

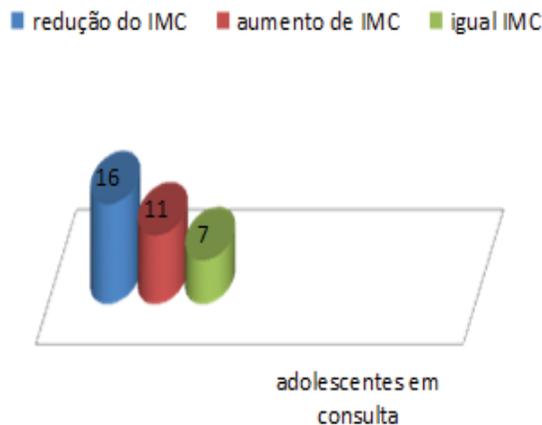


Gráfico 4 - Ganhos em saúde

De acordo com os resultados obtidos pelo questionário efetuado, verificou-se que a maior proporção de alunos (50%) faz 5 refeições. Já 16% dos alunos faz apenas três refeições e 34% faz quatro refeições. A grande maioria dos alunos refere tomar o pequeno-almoço (89%), sendo este tomado entre as 7.30 e as 8.15, sendo que as principais refeições são tomadas com os pais. Em relação aos alimentos tomados diariamente o leite e derivados são os mais consumidos (70%). A sopa é assinalada pelos adolescentes como alimento não apreciado (65%), havendo mesmo quem nunca a consuma (29%). Já a fruta é apreciada pela maioria dos inquiridos (89%). Dos líquidos ingeridos durante, e no intervalo das refeições, é a água a preferida (53%), embora haja também adolescentes que consomem sumos e ice tea de forma diária (47%). Por outro lado, referem consu-

mir em grande quantidade alimentos fortemente calóricos como os fastfood e batatas fritas (46%).

Da análise do questionário efetuado ao adolescente no momento do rastreio pode-se verificar que a grande maioria da amostra pratica exercício físico, fora das atividades escolares (67%).

O desporto que os alunos referem praticar mais é o futebol, a natação e o ténis respetivamente 29%, 15%, 10% por um período de 60 minutos durante 2 a 3 vezes por semana, sendo que ainda existe uma percentagem de inquiridos que não praticam qualquer exercício físico (33%).

CONCLUSÕES

Verificou-se que os alunos antes das ações de educação para a saúde apresentavam poucos conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis, nomeadamente em relação á sopa que referiram pouca vontade em ingeri-la, sendo mesmo obrigados a fazê-la pelos pais.

É necessário pois adotar uma alimentação adequada para um bom desenvolvimento da criança e adolescente o que se denota um declínio no consumo de alimentos básicos e tradicionais à mesa.

O enfermeiro deve pois fazer uma anamnese completa acerca dos hábitos alimentares, atividade física e o exame físico do adolescente através do cálculo do IMC sendo estas atividades importantes para a determinação das causas da obesidade infantil.

A atividade física é um fator importante para a manutenção de peso normal no adolescente. No estudo aferiu-se que os alunos com mais atividade física são os que apre-

sentavam peso normal.

Perante os resultados obtidos e que vão de encontro a outros estudos similares, é urgente implementar estratégias com o intuito de colmatar estes valores alarmantes de prevalência de obesidade e pré-obesidade juvenil encontrados.

Sabe-se que a Direção Geral de Saúde e o Ministério da Educação têm feito um esforço para contrariar estes dados, mas muito mais há a fazer, pelo que é urgente as unidades locais de saúde intervirem a nível de promoção e proteção de saúde de modo a prevenir o peso excessivo e a reduzi-lo nas situações já existentes pois está descrito que a obesidade na adolescência está relacionada com a obesidade na idade adulta e todas as complicações que surgem desta epidemia.

É a pensar no futuro, que foi implementado o projeto na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, com o seguimento de todos os adolescentes com excesso de peso para que haja ganhos em saúde, procurando incidir nos ensinamentos aos pais/adolescente sobre os hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física para que diminua as taxas de morbidade e mortalidade e consequentemente contribua para a redução de custos com a saúde.

Durante este primeiro ano do projeto, verificou-se que dos adolescentes que aderiram à consulta, já houve ganhos em saúde com a baixa de IMC, embora de forma lenta o que também é esperado nos adolescentes até aos 15 anos.

Pretendemos no final do 2º ano do projeto, apresentar novos dados sobre os adolescentes triados e seguidos em consulta para assim se poder aferir com mais clareza se está a haver ganhos em saúde nos nossos ado-

lescentes.

BIBLIOGRAFIA

1-OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Panorama da Saúde: Indicadores da OCDE- Edição 2005. Sumário em Português. [Acedido em 10 de Agosto de 2012]. Disponível na Internet:

<http://www.oecd.org/dataoecd/49/34/35618945.pdf>

2-PORTUGAL, Direção Geral Saúde. Despacho 007 de 3 de Janeiro de 2012

3-BAPTISTA, F. (2008), Etiologia e Prevalência, (2008). Obesidade, Prevenção e Terapêutica. Lisboa: Editorial Presença, pp. 32-35.

4-WHO – World Health Organization (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

5-BONFLEUR, M., OSSUCCI, R. (2009). Hábitos alimentares na adolescência.

6-SERRANO, J. (2007). Estilos de vida e saúde – o papel da atividade física na infância. Revista educar educere, ano XIII – nº especial, pp:45-57.

7-CASTRO, A. (2001). Alimentação e saúde. Lisboa: Instituto Piaget.

ENTRADA DO ARTIGO ABRIL 2013

TRANSIÇÃO SAÚDE/ DOENÇA: UM CASO CLÍNICO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

ANA FILOMENA SILVA DE FREITAS

Mestranda em Enfermagem Comunitária, Curso de Pós Graduação em Enfermagem Avançada e Curso de Pós Graduação em Cuidados Continuados Integrados



RESUMO

Este caso clínico centra-se no processo de transição saúde /doença, interligando com a Teoria da Transição de Meleis e com o desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem. A transição aborda a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), patologia que representa uma das principais causas de morbilidade crónica, de alterações na qualidade de vida e de mortalidade, prevendo-se que o seu aumento continue nos próximos anos.

Palavras-chave: Teoria de transição de Meleis; Enfermagem; DPOC

ABSTRACT

This case focuses on the transition process health / disease, linking to the Theory of Transition Meleis and the development of the discipline and profession of nursing. Transition addresses the Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), a pathology that is a major cause of chronic morbidity, changes in quality of life and mortality, and is expected to continue its growth in the coming years.

Keywords: Theory of transition Meleis, Nursing; COPD

1. CASO CLÍNICO

No dia 30 de Outubro de 2011, o Sr.D. foi internado no hospital central da sua residência com uma exacerbação aguda da DPOC. Apresentava agravamento do padrão respiratório habitual de dispneia.

Na admissão, o Sr. D. de 58 anos, do sexo masculino, apresentava-se vígil, colaborante e orientado no tempo e no espaço. Independente nas atividades de vida diárias (AVD's) até então. Referia dispneia, sem dor. Mucosas coradas e hidratadas, frequência respiratória de oitenta e cinco batimentos por minuto e saturação de oxigénio de oitenta e sete por cento, pelo que foi administrado oxigénio a dois litros por minuto por cânula nasal.

Apresenta história de ex-fumador há trinta e três anos, fumava dois pacotes de cigarros por dia, tendo parado a cerca de dois anos, após episódios de dispneia progressiva intensificada com esforços, através de um programa de cessação tabágica. Nessa altura foi diagnosticado com DPOC. Tinha como tratamento habitual terapêutica broncodilatadora, nomeadamente Spiriva® (uma cápsula inalada por dia). Tinha como ocupação profissional a marcenaria. Com a administração de oxigénio a dois litros por minuto apresentava uma gasimetria arterial de: pressão parcial de oxigénio no sangue arterial (PaO₂) cinquenta e dois milímetro de mercúrio (mmHg), pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) oitenta e seis mmHg, e pH de sete vírgula vinte e nove, continuando a referir dispneia.

Durante o internamento devido a incapacidade para corrigir a PaO₂ sem retenção da PaCO₂ iniciou ventilação não invasiva (VNI) utilizando um equipamento com pressão positiva em vias aéreas a dois níveis (BIPAP)

com um litro por minuto de oxigénio. Os valores da gasimetria arterial com a ventilação não invasiva: PaO₂ de oitenta e nove mmHg, PaCO₂ cinquenta e oito mmHg e pH de sete vírgula trina e sete.

Ao logo do internamento de seis dias no hospital, o seu estado foi estabilizando e a utilização do BIPAP foi sendo reduzida durante o dia, passando nos últimos dias a realizar VNI apenas durante o período noturno.

Dias antes da alta teve conhecimento que continuaria a realizar VNI no domicílio, revelou-se bastante inquieto, começando a pensar como iria ser a sua vida daqui para a frente, dado que era evidente que a partir daquele momento começaria a precisar de utilizar o equipamento da VNI para o resto da sua vida. Outro aspeto relatado pelo Sr.D. que o deixava bastante ansioso era que agora sentia uma dispneia significativa na realização das AVD's.

Frases do Sr.D. "...vou ter de ficar ligado a este aparelho?"; "...como é que faço se algo correr mal com o aparelho?"; "...já não vou poder ir ao café á noite com a minha esposa?". "...quero arranjar-me, fazer a barba, tomar o meu banho e agora sinto-me tão cansado..." Dada a situação de doença do Sr.D. por indicação médica, de forma a não agravar o seu estado de doença, teve direito á reforma por invalidez, deixando de trabalhar, terminando a sua carreira profissional.

2. APLICAÇÃO DA TEORIA DA TRANSIÇÃO DE MELEIS

As mudanças no estado de saúde podem desencadear um processo de transição, e as experiências de transição colocam a pessoa num estado de vulnerabilidade. A vulnera-

bilidade dificulta o desenvolvimento de estratégias que permitam vivenciar a transição (Meleis et al., 2000).

As transições estão diretamente relacionadas com mudanças na vida, no estado de saúde, nas interações e nas condições ambientais, podendo surgir alterações nestes aspetos e causarem também alterações nos mesmos. A transição foi considerada por Meleis um conceito central de enfermagem (Meleis et al., 2000).

Os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente e das suas famílias que experienciam o processo de transição e têm um papel fundamental, pois preparam os clientes e as suas famílias para as mudanças e exigências que as transições trazem para as suas vidas. Facilitam o processo de aprendizagem, ajudam o utente e família a adquirir competências, para que a transição ocorra de forma saudável (Meleis et al., 2000).

Face á luz da Teoria da Transição, a natureza das transições do Sr.D. são do tipo saúde/doença e situacional, está a vivenciar dois tipos de transição. A transição saúde/ doença corresponde á situação nova da doença e a transição situacional diz respeito a transição que está a passar no emprego, devido á sua doença deixou de exercer funções laborais. Assim, em relação aos padrões das transições do Sr.D., as transições são múltiplas, sequências e relacionadas. Múltiplas porque está a vivenciar dois tipos de transição, sequências porque a transição situacional advém da transição saúde/doença, visto que deixou de trabalhar devido ao seu estado actual de doença e com tal relacionada porque ambas as transições estão relacionadas entre si, na medida em que a transição situacional se dá devido a transição saúde/doença.

Meleis et al. (2000) afirma que, apesar de complexas e multidimensionais as transições englobam propriedades. Para que o Sr.D. inicie a sua transição terá de ter consciência da mudança, uma propriedade da transição, ou seja terá de ter a percepção, o conhecimento e reconhecimento da sua transição. Segundo Chick e Meleis a consciência é uma característica fundamental da transição, e para que a pessoa ultrapasse uma transição tem de ter a consciência das mudanças que vai sofrer, dando-se assim o início da transição (1986, Cit. por Meleis, 2000).

Outra propriedade das transições, que o Sr.D. deverá adquirir é o envolvimento. Terá de demonstrar-se envolvido nas transições, através da procura de informação e na projeção das modificações na sua vida. O envolvimento está assim dependente do grau de consciencialização, quanto mais consciente da mudança maior será o envolvimento do Sr.D. no processo de transição.

O Sr.D. terá de aceitar a mudança e diferença, propriedade das transições. Deverá descrever os efeitos e os significados das mudanças, aceitando que realmente as coisas na sua vida mudaram e que são diferentes.

A duração da transição, outra propriedade, não é algo que se deva definir. Todas as transições passam por um movimento ao longo do tempo. Os enfermeiros devem considerar a instabilidade e variabilidade ao longo do tempo e reavaliar os resultados. (Meleis et al., 2000) O Sr.D. terá o seu tempo de transição, inicialmente com um período de instabilidade, confusão e angústia e posteriormente um período de estabilidade.

Em algumas transições pode ser evidente a existência de pontos críticos e eventos, sendo uma propriedade das transições, que in-

fluenciam positivamente ou negativamente a transição. (Meleis et al., 2000)

Ao analisar as transições temos de ter em conta as condições da transição, ou seja fatores facilitadores e inibidores de uma transição saudável. (Meleis et al., 2000)

Para ajudar o Sr.D. a adquirir competências que lhe permitem vivenciar a transição temos de avaliar as suas características pessoais, nomeadamente o significado que atribui á situação de mudança, adaptação às mudanças que a DPOC provocará na sua vida, pois este significado será facilitador ou inibidor da consciencialização, para que se inicie a transição. Além desta característica, as outras características pessoais a avaliar serão a existência de crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico e a preparação e conhecimento, estes também puderam facilitar ou inibir a transição.

Os recursos comunitários e sociais também influenciam as condições de transição (Meleis et al., 2000). O Sr. D. tem de ser orientado sobre a existência dos recursos na comunidade, e de que forma pode acede-los e ajudar o Sr.D. no sentido de desmistificar estigmas ou estereótipos existente na sociedade. A Teoria da Transição de Meleis (2000) é constituída ainda por indicadores de processo e de resultado, que englobam a dimensão dos padrões de resposta. A integração dos padrões de resposta do Sr.D. são apresentadas de seguida, após a elaboração do plano de cuidados de enfermagem.

3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A elaboração do plano de cuidados de enfermagem direcionado para o Sr.D., tem como finalidade permitir que a sua transição saú-

de/ doença ocorra da melhor forma possível. O objetivo primordial da construção deste plano de cuidados é a promoção da autonomia do Sr.D., possibilitar que lide eficazmente com a sua doença.

A DPOC é uma patologia que se caracteriza pela existência de uma limitação do débito aéreo progressivo que não é totalmente reversível, está associada a uma resposta inflamatória dos pulmões devido a inalação de partículas ou gases nocivos. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, 2004, p.6)

Assim, a DPOC é uma doença crónica que afeta a qualidade de vida do Sr.D. e consequentemente tem grande impacto sobre si e no seu seio familiar. O Sr.D. encontra-se muito ansioso e apreensivo face a esta nova fase da sua vida, a falta de conhecimentos e preparação contribuem para que não esteja a conseguir ultrapassar esta fase.

Com a elaboração deste plano de cuidados pretende-se ajudar o Sr.D. a encontrar as melhores respostas que o auxiliaram a vivenciar esta transição, no sentido de ser autónomo no manuseamento do equipamento da VNI e na realização das AVD's, no auto cuidado. Melhorar as competências e os conhecimentos do Sr.D. de forma a permitir a sua adaptação necessária as transições que vivencia.

A adaptação corresponde "coping: gerir novas situações". O coping é "atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico". (International Council of Nurses , 2011, p.37, p.46). Em relação ao juízo comprometida segundo o International Council of Nurses (2011, p.83) é "juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz".

A adaptação do Sr.D. a esta nova fase da sua vida está comprometida, ou seja demonstra dificuldade na gestão desta nova situação, concretamente no manuseamento do equipamento da VNI e na realização das AVD's.

No plano de cuidados o foco de atenção é a adaptação do Sr.D. e o diagnóstico identificado é adaptação comprometida. A partir do diagnóstico estabeleceu-se as intervenções de enfermagem. Com a colheita de dados, avalia-se o potencial do Sr.D. e define-se as intervenções, com o objetivo de desenvolver competências ao utente, capacitando-o de forma a ser autónomo.

Face ao diagnóstico identificado e á avaliação do potencial do Sr.D. são determinadas as seguintes intervenções de enfermagem:

- Planear a gestão do regime de tratamento – incentivar o Sr.D. a aderir a terapêutica, a importância de aderir a tratamento, explicar as razões e os benefícios do tratamento, ajudar a gerir o regime terapêutico.
- Ensinar sobre a doença crónica (DPOC) - nomeadamente o que é a doença, quais os sintomas, qual a evolução e o tratamento.
- Ensinar técnicas de controlo de sintomas da doença – permitir uma adaptação eficaz às mudanças causada pela DPOC.
- Demonstrar técnicas de adaptação para a realização das AVD's - técnicas que têm como objetivo ajudar a realizar as AVD's com o mínimo de dispêndio de energia. Controlar a respiração, realizar uma gestão do tempo, do espaço e do material, tendo em conta o estabelecimento de prioridades na execução das atividades de vida diárias.
- Ensinar como aumentar a tolerância á atividade física - ensinar estratégias a utilizar durante a atividade física e as AVD's.
- Demonstrar técnicas de relaxamento – utilizar em situações de dispneia geradoras de stress e ansiedade.
- Encorajar a técnica respiratória - diminuindo a fadiga sentida devido à dispneia.
- Aconselhar a frequentar um programa de reabilitação respiratória - demonstrar o impacto positivo que terá na sua qualidade de vida.
- Ensinar sobre medidas de segurança a ter com o oxigénio - não aterá fogo junto da fonte de oxigénio, não alterar a configuração do oxigénio sem instruções dum profissional de saúde.
- Ensinar o funcionamento da ventilação não invasiva - explicar o procedimento, permitir que o Sr.D. manipule a máquina sem dificuldade.
- Explicar o uso da ventilação não invasiva - o Sr.D. deve saber porque está a utilizar a VNI e saber o que espera com o seu uso.
- Ensinar os cuidados a ter com o equipamento da VNI.
- Ensinar os problemas e as soluções que podem surgir no equipamento da VNI – possuir a capacidade de resolver os problemas.
- Além destas intervenções, a que ter em conta os indicadores de processo da Teoria da Transição de Meleis, que permitem avaliar se o Sr.D. está a vivenciar eficazmente esta transição, sendo eles os seguintes:

- Avaliar o seu envolvimento no processo de mudança – discute comportamentos a adotar e clarifica dúvidas, demonstra sentir-se envolvido.
- Avaliar a interação que estabelece com as intervenções de enfermagem - constrói uma relação de confiança com os profissionais de enfermagem, comunica os seus sentimentos.
- Avaliar se está situado – refere como vai gerir toda a situação para conseguir alcançar a transição desta fase.
- Avaliar o desenvolvimento de estratégias de confiança e coping – desenvolve estratégias para se adaptar á nova situação, manifestando assim o seu nível de confiança. Demonstra conhecimentos e compressão da sua situação atual.

Com a análise dos indicadores de processo verifica-se se a transição está a decorrer de forma saudável ou não. Caso, seja necessário teremos de reajustar a nossa intervenção, de forma a conseguir que a nossa intervenção permita que a mudança ocorra da melhor forma possível. Todas a intervenções de enfermagem têm como objetivo capacitar o Sr.D. de competências que o permitiram ser autónomo, assegurar o máximo de adesão e confiança, para que possa viver a sua vida com o máximo de qualidade de vida.

A aprendizagem e a integração destas competências demonstram que a transição está a acontecer de forma saudável, sendo nomeadamente um indicador de mestria e de integração fluida. São ambos indicadores de resultado, permitem avaliar as intervenções de enfermagem.

Em relação, a mestria está é comprovada com o desenvolvimento de competências e comportamentos adotadas pelo Sr.D. de for-

ma a lidar com a nova situação. A integração fluida é evidenciada pela reformulação da identidade do Sr.D., através da mudança e da interação fluida com o contexto envolvente.

A avaliação da mestria e da integração fluida permite avaliar a capacidade do Sr.D. gerir autonomamente a sua nova situação de vida, diminuído a ocorrência de episódios devidos á falta de preparação e conhecimento para lidar com a situação, ou seja são avaliados tendo por base as competências e os comportamentos que o Sr.D. demonstra para lidar eficazmente com as mudanças que a sua doença provocou na sua vida.

4. EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM

A história da enfermagem profissional nasce com as convicções de Florence Nightingale, que viu as enfermeiras como mulheres escolarizadas quando estas não o eram e afirmou que os conhecimentos de enfermagem e os conhecimentos da medicina não eram iguais, e que a enfermagem baseava-se no conhecimento das pessoas e do seu ambiente, ao contrário do que a medicina fazia na sua prática (Tomey, 2004, p.4-5).

Até enfermagem ser considerada ciência, a prática de enfermagem era assente em princípios e tradições que eram difundidos com a aprendizagem, com a prática e a sabedoria do senso comum, que se ia alcançando com a experiencia (Tomey, 2004, p.5).

A partir de 1942, em Portugal é publicado o decreto-lei que exige o diploma de enfermagem a quem faz o exercício da mesma. É partir daqui que se dá o desenvolvimento progressivo do ensino de enfermagem, numa dimensão orientada para a Teoria de Florence Nightingale, manter o indivíduo nas melhores condições e que a natureza aja

sobre ele. Em simultâneo, ocorre também o desenvolvimento de uma cultura médica que ensinava os profissionais de enfermagem a adquirir competências para o exercício de atividades delegadas (Machado, 2004 Cit por Silva, 2007, p.12)

A evolução do exercício profissional de enfermagem que decorreu nos últimos setenta anos devesse a evolução da medicina que passou a delegar mais intervenções a enfermagem e á mudança dos padrões de exigência dos cidadãos, que passaram a ser mais exigentes com as respostas às suas necessidades (Silva, 2007).

Assim, a ação profissional de enfermagem passou a ser mais complexa, e tornou-se necessário a existência de um regulamento do exercício profissional, nasce assim o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE), que especifica dois tipos de intervenção de enfermagem: autónomas e interdependentes. Em 1998, os enfermeiros sendo já uma comunidade profissional e científica surge a Ordem do Enfermeiros (Ibidem).

Em concomitante, ao desenvolvimento do exercício profissional de enfermagem ocorrem também alterações no ensino, através da reconstrução dos planos de estudos. Enfermagem passa a ser um curso superior obtendo o grau de bacharel, caminhando até atingir o grau de doutoramento (Ibidem).

O exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a progredir de uma lógica executiva para uma lógica mais conceptual. Na lógica executiva aplicava-se o conhecimento de disciplinas do domínio das ciências da saúde. A definição de enfermagem era feita tendo por base os modelos conceptuais de enfermagem, em que a natureza específica de en-

fermagem era o “core”. Na lógica mais conceptual utiliza o conhecimento da disciplina que é obtido e representado a partir da investigação e da teoria de enfermagem. A definição de enfermagem anuncia um conceito central, o conceito de transição, um processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar (Ibidem).

A evidência empírica mostra que apesar desta evolução da enfermagem como disciplina, na prática os enfermeiros usam o modelo biomédico pois centraram a sua atenção na gestão de sinais e sintomas das doenças, ou seja os enfermeiros não têm como objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições, como defendem os modelos que apresentam uma maior valorização da teoria da enfermagem, na lógica mais conceptual. (Ibidem)

Atualmente, as necessidades em saúde não estão dependente de diagnósticos nem de tratamento, estão dependentes da adaptação às mudanças de transição. O modelo biomédico, o que está em uso, não está de acordo com as necessidades atuais da população, por isso as pessoas não vivenciam as transições e não se adaptam as mudanças que essas transições trazem para a sua vida, refletindo nos episódios de doença recorrentes desnecessários tendo custos para o sistema de saúde e consequências na qualidade de vida da população e nos prestadores de cuidados (Ibidem).

Presentemente estamos perante duas vias possíveis para o desenvolvimento do exercício profissional dos enfermeiros a “Prática Avançada” e a “Enfermagem Avançada”. A “Prática Avançada” (Advanced Practice) assenta que a enfermagem desenvolve competências dirigidas ao modelo biomédico, mas

tenta manter a essência de enfermagem. A “Enfermagem Avançada” (Advanced Nursing) determina o desenvolvimento de competências dirigidas ao domínio específico do exercício, centrado nas transições. (Ibidem)

Hoje, os enfermeiros prestam cuidados a utentes que apresentam cada vez mais doenças crónicas, com necessidades de saúde que recaem sobre a vivência de transições. Ao elaborar o plano de cuidados do Sr.D. identifiquei as intervenções de enfermagem tendo em conta a transição que vivenciava, com o objetivo de que lidasse eficazmente com a doença, se adaptasse á mudança permitindo uma melhor qualidade de vida.

O Sr.D. teve de estar consciente da mudança na sua vida para poder assim apreender o processo de transição, que assentou na colaboração e reciprocidade entre a enfermagem e o Sr.D. Só assim acreditou em si próprio e encontrou as melhores soluções que enfermagem lhe apresentou e ajudou a escolher, no sentido de ser o Sr.D. a escolher qual delas seriam melhores escolhas para si. As intervenções de enfermagem, auxiliaram-no a tomar decisões para atingir os seus objetivos, e a encontrar a melhor adaptação, tendo assim uma melhor qualidade de vida, gerindo eficazmente a mudança que a transição saúde/doença trouxe para ao seu dia – a - dia.

As intervenções de enfermagem têm de ter como objetivo a otimização das capacidades e da autonomia dos utentes, ajudando a conseguirem os melhores níveis de independência. Enfermagem tem de ajudar os utentes a adquirirem competências para construírem os seus projetos tendo em conta as mudanças que estão a vivenciar, sendo esta uma das aéreas de excelência para o desenvolvi-

mento de enfermagem enquanto disciplina e profissão.

CONCLUSÃO

A aplicação da Teoria da Transição de Meleis ao caso clínico apresentado e o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem centrado na transição experienciada pelo Sr.D., indo ao encontro das suas necessidades, demonstrou o papel importante de enfermagem. O futuro de enfermagem passa pela elaboração de planos centrados na transição vivenciada pela pessoa, só assim conseguimos ir ao encontro das necessidades dos utentes e como consequência enfermagem cresce enquanto disciplina e profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COMISSÃO DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA - APRENDA A VIVER COM A DPOC: Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva. [Em linha]. [Consult. 7 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.respira.pt/docs/manual_aprenda_a_viver_com_a_DPOC.pdf>
- ESMOND, G. - Enfermagem das Doenças Respiratórias. Loures: Lusociência, 2005
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem Cipe: versão 2.0. Geneva: ICN, 2010 – ISBN: 978-92-95094-35-2.
- MELEIS, A. [et al.] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Nº 23 (2000), p. 12-28.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº 04/DGCG. 2005-03-17. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. [Em linha]. [Consult. 2 Nov. 2011]. Disponível

em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006907.pdf>>

SILVA, A. – “Enfermagem Avançada”: Um Sentido Para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. Servir. Nº 55 (Jan./Fev. 2007), p.11-20.

TOMEY, A.; ALLIGOOD, M.: - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência, 2004

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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