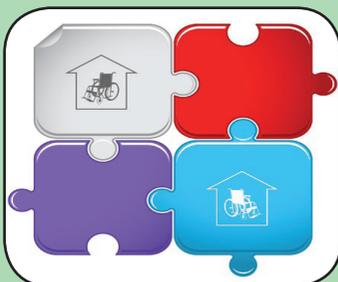


sinais

vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA



CIÊNCIA E TÉCNICA
QUAIS AS
NECESSIDADES
DOS DOENTES
EM CUIDADOS
PALIATIVOS: QUE
IMPLICAÇÕES

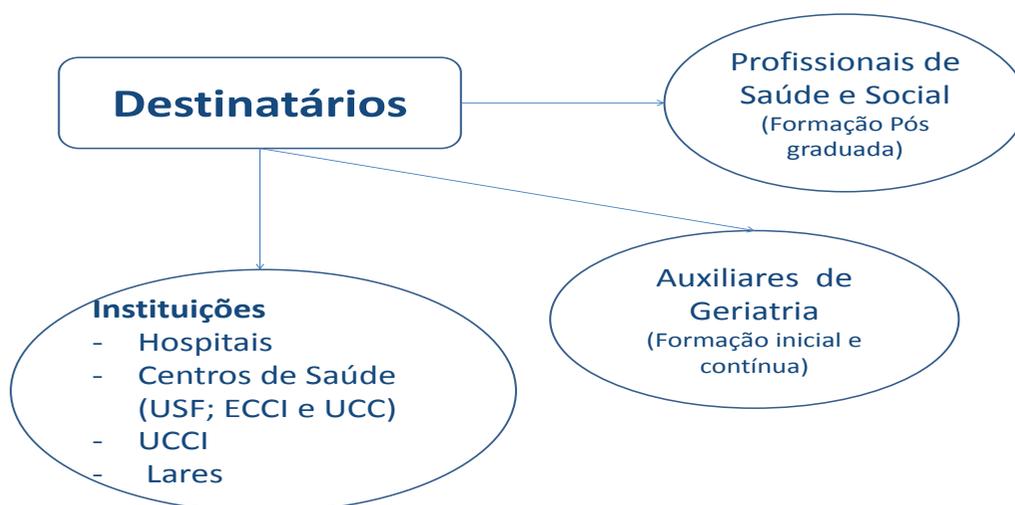


CIÊNCIA E TÉCNICA
SITUAÇÕES
INDUTORAS
DE STRESS NO
TRABALHO DOS
ENFERMEIROS

FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE, PROTEÇÃO SOCIAL E ENFERMAGEM



Os cursos desenvolvidos pela Formasau, surgem para ajudar a melhores cuidados de saúde possibilitando o desenvolvimento de competências dos profissionais em domínios da saúde e social úteis à comunidade.



Proposta de valor

- Formação SBV, SAV
- Formação em Urgência /Emergência e Trauma Avançado
 - Bloco Operatório
 - Tratamento de Feridas e Prevenção de UPP
 - Cuidados Continuados Integrados
 - Cuidados Paliativos
 - Reabilitação
 - Prevenção e controlo de infecção
- Projectos desenhados à medida para Instituições
- Projectos de certificação de competências em SAV e SBV

WWW.SINAISVITAIS.PT

FORMASAU, Formação e Saúde L.da
Sede: Parque Empresarial de Eiras, lote 19
3020-265 Coimbra
T +351 239801020/21/22
F +351 239801029
E suporte@sinaisvitaais.pt

SUMÁRIO

P04 EDITORIAL

P5 CIÊNCIA & TÉCNICA

A BRONCOFIBROSCOPIA EM PEDIATRIA - QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

P17 CIÊNCIA & TÉCNICA

DOENÇA DE ALZHEIMER: DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO

P29 CIÊNCIA & TÉCNICA

ENTRAR VIVO NA MORTE - REFLEXÃO ÉTICA ACERCA DO PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO AO DOENTE TERMINAL E SUA FAMÍLIA

P34 CIÊNCIA & TÉCNICA

AValiação DA SATISFAÇÃO DAS PUÉRPERAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE NO PARTO

P41 CIÊNCIA & TÉCNICA

SITUAÇÕES INDUTORAS DE STRESS NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS

P46 CIÊNCIA & TÉCNICA

EVOLUÇÃO DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM PORTUGAL

FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE E ADMINISTRAÇÃO Formasau, Formação e Saúde, Lda. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19, Eiras - 3020-265 Coimbra T 239 801 020 F 239 801 029 CONTRIBUINTE 503 231 533 CAPITAL SOCIAL 21.947,90 € DIRECTOR António Fernando Amaral DIRECTORES-ADJUNTOS Carlos Alberto Margato / Fernando Dias Henriques EDITORES Arménio Guardado Cruz / João Petetim Ferreira / José Carlos Santos / Paulo Pina Queirós / Rui Manuel Jarró Margato ASSESSORIA CIENTÍFICA Ana Cristina Cardoso / Arlindo Reis Silva / Daniel Vicente Pico / Elsa Caravela Menoita / Fernando Alberto Soares Petronilho / João Manuel Pimentel Cainé / Luís Miguel Oliveira / Maria Esperança Jarró / Vitor Santos RECEPÇÃO DE ARTIGOS Célia Margarida Sousa Pratas CORRESPONDENTES PERMANENTES REGIÃO SUL Ana M. Loff Almeida / Maria José Almeida REGIÃO NORTE M. Céu Barbiéri Figueiredo MADEIRA Maria Mercês Gonçalves COLABORADORES PERMANENTES Maria Arminda Costa / Nélson César Fernandes / M. Conceição Bento / Manuel José Lopes / Marta Lima Basto / António Carlos INTERNET www.sinaisvitais.pt E-MAIL suporte@sinaisvitais.pt ASSINATURAS Célia Margarida Sousa Pratas INCLUI Revista de Investigação em Enfermagem (versão online) PREÇOS ASSINATURA INDIVIDUAL Revista Sinais Vitais (6 números/ano): €10.00 / Revista de Investigação em Enfermagem (4 números/ano): €10.00 ASSINATURA CONJUNTA (SV 6 números/ano): €15.00 ASSINATURAS ANUAIS: pessoas colectivas (Instituições /Associações): Revista Sinais Vitais (6 números/ano): €20.00 / Revista de Investigação em Enfermagem (4números/ano): €20.00 / Assinatura conjunta (SV 6 números/ano + RIE 4 números/ano): €35.00. FOTOGRAFIA 123rf© NÚMERO DE REGISTO 118 368 DEPÓSITO LEGAL 88306/ 95 ISSN 0872-8844

EDITORIAL

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

A Ordem dos Enfermeiros realizou um debate sobre a integração do ensino de enfermagem no subsistema universitário. Ainda bem que o fez.

Esta discussão é relevante não apenas por ser importante para a afirmação e desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, mas também porque é necessário que esta seja uma reflexão da profissão.

A OMS refere que para trabalhar em conjunto é necessário formar em conjunto. Uma equipa funciona tanto melhor quanto melhor cada um dos seus elementos conheça o que se pode esperar de cada um dos seus pares. A criação de silos entre pares faz com que o trabalho seja destruído e se perca o objetivo que é o bem estar das pessoas. O trabalho em saúde tem um carácter multidimensional onde cada profissão contribui com o seu conhecimento, a sua autonomia, a sua capacidade para produzir um resultado e é exatamente das sinergias que se podem obter neste trabalho de equipa que se pode maximizar o valor para o cliente.

Se são necessárias as sinergias para o cuidado elas devem ser iniciadas na formação inicial. Ora é exatamente no subsistema universitário que estão as disciplinas com as quais a enfermagem pode criar e desenvolver sinergias.

Claro que falta uma discussão que é política. Primeiro a vontade de alterar o decreto lei 480/88 na parte em que integra o ensino de enfermagem ao nível do ensino politécnico retirando simplesmente essa norma. Depois a vontade de estruturar a rede de escolas.

Fica a questão . Teremos dois níveis de formação? Uma universitária e outra politécnica?

Não me parece que por aí venho mal ao mundo, com as engenharias acontece o mesmo.

Claro que esta discussão é necessária e por isso lanço o desafio a todos os enfermeiros para que utilizem a Revista Sinais Vitais como plataforma para esta discussão.

Bom ano para todos

A BRONCOFIBROSCOPIA EM PEDIATRIA QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO?



FRIBROSCÓPIO

HELENA DE FÁTIMA HELENO OLIVEIRA

Enfermeira nível 1, Centro Hospitalar de Lisboa Central Hospital D.Estefânia (Unidade de ORL/Urologia, Unidade de Imunoalergologia e Unidade de Técnicas de Pneumologia)

SELMA ALEXANDRA TEIXEIRA CARRILHO

Enfermeira nível 1, Centro Hospitalar de Lisboa Central Hospital D.Estefânia (Unidade de ORL/Urologia, Unidade de Imunoalergologia e Unidade de Técnicas de Pneumologia).

RESUMO

A Broncofibroscopia é uma técnica invasiva que requer uma equipa qualificada e a preparação adequada do cliente pediátrico e família, com a finalidade de diminuir o medo pelo desconhecido e aumentar a sua colaboração. O momento da preparação para o exame varia de acordo com a idade do cliente. A informação a transmitir deve ser adequada ao estadio de desenvolvimento cognitivo e ao estado emocional, ao nível de compreensão, ao nível cultural e ao desejo do cliente pediátrico/família em receber informação.

PALAVRA-CHAVE: Broncofibroscopia, Cuidados de Enfermagem, Cliente pediátrico.

ABSTRACT

The Bronchoscopy is an invasive technique that requires a qualified team, and the preparation of the pediatric client and his family in order to reduce the fear related with the exam, improving the collaboration. The preparation time for the exam depends of the client's age and the information transmitted must be adapted to the level of cognitive development, emotional state of the child, level of comprehension, culture and family's desire to receive information.

KEYWORD: Bronchoscopy, Nursing care, Pediatric Services

PERCEBER O PROBLEMA

Identificação do problema - Foi realizada a análise a 73 processos clínicos de utentes submetidos a prostatectomia radical, entre Agosto 2008 a Agosto 2009, para conhecer a distribuição por faixa etária e identificar as principais complicações que motivaram o recurso à urgência (não existem dados sobre os contactos não planeados com os enfermeiros do serviço).

Introdução

A Broncofibroscopia é um procedimento invasivo realizado com o objectivo de visualizar as vias aéreas superiores e inferiores recorrendo à utilização de um fibroscópio. Actualmente, com a evolução dos fibroscópios (cada vez mais finos) é possível realizar esta técnica em recém-nascidos pré-termo, submetidos a ventilação mecânica. É um meio complementar de diagnóstico e terapêutica cada vez mais utilizado. Possibilita por visualização directa, a identificação de anomalias e malformações; por informação indirecta permite a elaboração de outros diagnósticos através da análise das secreções traqueo-brônquicas, do lavado bronco-alveolar, ou de peças de biópsia. Ao nível da terapêutica, constitui a única alternativa na resolução de muitos casos de atelectasia e um meio auxiliar de vários procedimentos (Oliveira-Santos, et al., 2003 e Semetzer, et al., 2002).

Este artigo foi realizado com o intuito de consolidar conhecimentos sobre o exame complementar de diagnóstico/terapêutica Broncofibroscopia, bem como demonstrar as competências dos enfermeiros na sua realização. Salientar-se-à a importância do Enfermeiro na realização deste procedimento no cliente pediátrico, com incidência na especificidade da preparação do exame que

será efectuada de acordo com a idade e estadio de desenvolvimento, contribuindo para diminuir sentimentos de angústica e aumentar a sua colaboração.

Desenvolvimento:

A Broncofibroscopia, como todos os exames apresenta indicações e contra-indicações, que se encontram mencionadas no Quadro 1. Este exame é realizado por um médico com treino em broncofibroscopias e com a cooperação de uma Enfermeira.

A intervenção do Enfermeiro na realização da Broncofibroscopia compreende um processo contínuo que vai desde a preparação do cliente pediátrico até à preparação da sala de exames, verificação do equipamento e material necessário para garantir a segurança, prestar cuidados personalizados no pré, intra e pós exame, orientações aos cuidadores e cliente pediátrico após a broncofibroscopia, descontaminação do equipamento, encaminhamento de produtos colhidos e registos de enfermagem.

A preparação para os procedimentos serve como o momento onde o Enfermeiro pode estabelecer uma relação empática com o cliente pediátrico e os cuidadores (Oliveira e Pereira, 2002). Esta deverá ser planeada de forma a coincidir com o momento mais adequado à idade da criança.

Segundo Wong (1999) as crianças precisam de uma explicação para tudo o que as envolve directamente, e antes de um procedimento deve explicar-se o que deve ser feito, o porquê de ser feito e o que se espera dela. A explicação deve ser sucinta, simples e apropriada para o nível de compreensão da criança, assim como ao nível de conhecimentos que esta já possui sobre o exame. As explicações longas podem aumentar ainda a ansiedade e a linguagem que se utiliza deve

ser adequada. Para suplementar a explicação verbal o uso de objectos é importante, e permitir que a criança manuseie o material ajuda-as a familiarizarem-se com o mesmo, de modo a reduzir o seu temor ao procedimento. Pode recorrer-se ao conto de histórias e elaboração de desenhos como forma de ajudar a diminuir a ansiedade.

A preparação do exame, segundo Wong (1999) varia com a idade da criança e com o tipo de procedimento que irá ser efectuado, não existindo orientações exactas para determinar o momento, sendo que em geral, quanto mais jovem for a criança, mais próximo do procedimento a explicação deverá ser feita.

O Enfermeiro deve assegurar que o cliente pediátrico compreende que o exame não é um castigo e que é efectivamente necessário para o seu tratamento, referindo os benefícios relativos à broncofibroscopia. Caso seja adolescente, dever-se-á explicar a razão concreta do exame (Oliveira e Pereira, 2002). Para que o cliente pediátrico se sinta mais seguro, dever-se-á informá-lo por quem estará acompanhado (médico, enfermeiro e assistente operacional), e se tal for possível, adequado e desejado, permitir a presença dos pais ou do objecto significativo.

O Enfermeiro deve preparar o cliente pediátrico para manter o controle sobre si, utilizando estratégias como: o contar, as respirações profundas, os pensamentos agradáveis, ou outras. Explicar que a realização do exame não depende só da equipa técnica, mas também de quem está a ser examinado. Por isso dever-se-á explicar a importância da sua colaboração, mantendo-se em decúbito dorsal e imóvel no decorrer do exame. O Enfermeiro deve aproveitar este momento para explicar que se procederá à monitorização

cardiorespiratória, à administração de anestésico local e aspiradas eventuais secreções. Apesar de toda a preparação efectuada, o Enfermeiro deve estar consciente de que a criança quando confrontada com o procedimento pode demonstrar resistência.

A preparação da sala de exames compreende o preparar do material a ser utilizado no procedimento, a medicação anestésica local, a verificação da funcionalidade dos equipamentos utilizados, preparação de material necessário em situações de complexidade acrescida e descontaminação do broncofibroscópio de acordo com os protocolos existentes.

Durante o procedimento deve permitir-se à criança a expressão de sentimentos já que é a forma que têm de lidar com situações traumatizantes, caso estes sentimentos sejam reprimidos a ansiedade aumentará e a realização do procedimento será mais difícil (Caetano, 2003). Enquanto decorre a broncofibroscopia, o Enfermeiro pode utilizar o toque como uma forma de proximidade, de presença, de carinho, de comunicação não verbal, que pode contribuir para reduzir o medo, a ansiedade e proporcionar o bem-estar físico e psicológico do indivíduo, transmitindo todo o carinho e apoio. A estimulação táctil é uma necessidade importante do indivíduo que se pode traduzir em mimos e ternura (Ferreira, e tal., 2004).

Com a aproximação do final do exame deve informar-se a criança que o mesmo está quase a terminar. O final do procedimento deve ser imediatamente transmitido à criança e família, para que saibam que já terminou. Deste modo, o sofrimento físico tende a terminar e a ansiedade associado ao mesmo tende a cessar (Wong, 1999).

No final do exame deve tranquilizar-se o

cliente pediátrico; desmonitorizá-lo se os sinais vitais se apresentarem estáveis; proporcionar-lhe um ambiente calmo junto dos seus cuidadores, pois segundo Wong, 1999 as crianças precisam de apoio dos pais antes, durante e após os procedimentos, dado que significam a sua maior fonte de apoio. Deve oferecer-se o objecto significativo; proporcionar o conforto/colo; vestir a sua roupa; realizar avaliação de dor e minimizá-la se ainda presente e efectuar o reforço positivo, já que a criança precisa de saber que fez o melhor na situação, independentemente da forma como se comportou. Esta atitude diminuiu a ansiedade e ajuda a criança a lidar melhor com a situação e em experiências futuras (Caetano, 2003).

No final do procedimento o Enfermeiro não pode descorar as orientações aos cuidadores e cliente pediátrico: quando pode reiniciar a alimentação, os sintomas prováveis após a realização do exame como tosse, e os menos frequentes: presença de hemoptises, hipotensão, hipoxia, arritmias, taquicardia, dispneia. Deve manter o repouso durante o dia do exame sob vigilância de um adulto competente (Semeltzer et al., 2002).

Como em qualquer acto de Enfermagem, os registos são de extrema importância. Perante este acto dever-se-á registar: todos os cuidados realizados, hora de jejum, hora de início/terminus do exame, reacção/colaboração do cliente pediátrico, terapêutica utilizada, sinais vitais (incluindo dor), oxigenoterapia utilizada, características das secreções aspiradas, orientações dadas para a continuidade dos cuidados, incluindo a forma de contacto em caso de emergência, entre outros aspectos relevantes.

Para além da componente relacional, é crucial que o Enfermeiro se mantenha desperto

para as eventuais complicações que possam surgir da realização deste exame, nomeadamente hipoxémia ou hipercápnia, broncoespamo, pneumotórax, hemoptise ou epistaxis, fenómenos vagais (sudorese, lipotímia), hipotensão arterial sistémica, devendo actuar perante essas ocorrências (Semeltzer et al., 2002).

INDICAÇÕES

Entubação selectiva de um dos Brônquios
Necessidade de:

- Avaliar pneumonia recorrente, atelectasia persistente ou infiltrado pulmonar;
- Pesquisar a existência de fístulas ou encerramento das mesmas;
- Avaliar a capacidade mecânica das vias aéreas superiores;
- Investigar hemoptises, tosse persistente e "inexplicável", dispneia, estrido;
- Avaliar lesão por intoxicação inalatória ou aspiração;
- Avaliar problemas relacionados com traqueostomia ou tubo endotraqueal;
- Remover tecido endotraqueal anómalo;
- Avaliar a função respiratória de prótese traqueal;
- Dilatação com balão;
- Achado radiológico de lesão de etiologia desconhecida;
- Suspeita ou confirmação de alterações citológicas;
- Colheita de secreções do tracto respiratório inferior, lavagem brônquica, escovado ou biópsia para exame citológico, histológico ou micológico;
- Apoio em entubações difíceis ou traqueostomias percutâneas;
- Suspeita de obstrução por secreções ou rolhão mucoso;
- Retirar um corpo estranho da árvore

- brônquica;
- Toilette brônquica.

CONTRA-INDICAÇÕES

- Angina instável ou EAM recente;
- Obstrução parcial da traqueia;
- Hipoxémia moderada a severa ou qualquer grau de hipercapnia;
- Hipertensão pulmonar ou urémia;
- Abscesso pulmonar;
- Obstrução da veia cava superior;
- Debilidade e mal nutrição;
- Patologia que exija terapia por laser, biopsia de lesão obstrutiva de grandes vias, ou biopsias traqueo-brônquicas múltiplas;
- Doentes com Traumatismo craneo-encefálico recente;
- Tempo de jejum insuficiente.

CONCLUSÃO:

A Broncofibroscopia pediátrica é um exame fundamental para o diagnóstico e tratamento de patologias do trato respiratório. Os enfermeiros devem encontrar os instrumentos e procedimentos adequados que proporcionem cuidados de enfermagem de qualidade, o mais atraumáticos possíveis, procurando sempre minimizar os efeitos nefastos no cliente pediátrico e família. São várias as estratégias que podem ser utilizadas para preparar a criança para a realização dos procedimentos, devendo estas serem escolhidas com base nos conhecimentos/experiências prévias da criança, idade, cognição, estruturas de apoio disponíveis, estado emocional, bem como o nível de compreensão/competências da sua família. No entanto, é importante que o Enfermeiro demonstre disponibilidade para esclarecer dúvidas, corrigir

lacunas de informação, sem nunca se esquecer que a criança carece de uma explicação para tudo o que lhe diz respeito, devendo informá-la sobre os procedimentos, o porquê de serem feitos, e o que se espera dela.

Uma preparação pré-exame tem benefícios na realização do mesmo, facilitando a sua execução, bem como, evitando perturbações futuras na vida do cliente pediátrico, ou experiências que possam interferir com cuidados de saúde que necessite no futuro.

Bibliografia

OLIVEIRA-SANTOS, José Augusto [e tal] (2004) – Broncoscopia no Recém Nascido: Análise retrospectiva de 67 casos e revisão das indicações. *Acta Médica Portuguesa*; 17, 341-348 [em linha]. [Consult. 6 Feb.2010]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.actamedica-portuguesa.com/pdf/2004-17/5/341-348.pdf>>.

DOCA, Fernanda; JUNIOR, Anderson (2007) - Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. [em linha]. [Consult. 6 Feb.2010]. Disponível em WWW: <www.scielo.br/paideia>.

SOARES, M^a Rita Zoéga; BOMTEMPO, Edda - A criança hospitalizada: Análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. [em linha]. [Consult. 6 Feb.2010]. Disponível em WWW: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v21n1/v21n1a05.pdf>>.

SEMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda – Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vol.1. 9^a Ed. Rio de Janeiro: Ed.Guanabara Koogan, 2002. ISBN 85-277-0719-5.

CAETANO, Ana Cristina T.F [et al] - Reflexão sobre a actuação de enfermeiro perante a dor na criança e família. *Nursing*. Lisboa. ISBN: 0871-61 96.153. n^o174 (Fevereiro 2003), 14.

FERREIRA, Carla; VALÈRIO, Ana; TIBÈRIO, Sandra – O Toque no processo de cuidar. *Informar*. Porto. N^o32 (Janeiro/Junho, 2004), 17-19.

WONG, Donna L. – Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. ISBN 85-277-0506-0.

OLIVEIRA, Ana Margarida Duarte; PEREIRA, M^a Cristina Queiroz Vaz – O Papel do Enfermeiro face à criança submetida a Broncofibroscopia. *Servir* ISBN 0871-2370 Vol.54-n^o3 (Julho/Agosto, 2006), 147 – 150.

QUAIS AS NECESSIDADES DOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: QUE IMPLICAÇÕES



SANDRA ISABEL PEREIRA AFONSO

Licenciada em Enfermagem na Universidade do Algarve, Mestranda em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa

PATRÍCIA CRUZ PONTÍFICE SOUSA VALENTE RIBEIRO

Licenciada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta de Lisboa, Doutorada em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

RESUMO

Os doentes em fase terminal têm determinadas necessidades que pelo degradar do estado geral e pelas comorbilidades, se vão alterando. Desta forma, torna-se importante na prática de cuidados do enfermeiro o conhecimento de quais as necessidades, prioridades, desejos e preferências mais referidas pelos doentes em fase terminal, permitindo assim conceber intervenções para integrar na prática de cuidados, potenciando a qualidade de vida dos doentes.

Palavras-chave: paliativo, necessidades, revisão.

ABSTRACT

Patients in a terminal state have certain needs that will change with the advance of their disease. Thus, it is important in the practice of nursing care, to know the needs, priorities, desires and preferences most mentioned by terminally ill patients, allowing to conceive interventions to integrate in care practice, enhancing patients' quality of life of.

Keywords: palliative, needs, review.

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade acarretou também o aumento das doenças terminais, levando à mudança de paradigma, em que o curar deixou de ser uma urgência absoluta. Neste sentido, os cuidados paliativos são cuidados humanizados e globais, centrados na pessoa que se encontra na fase final da vida, sem intuito curativo e que têm como objetivo promover o seu bem-estar e qualidade de vida, até à morte (Portal da Saúde, 2010). Em Portugal, em 2008, morreram cerca de 24608 pessoas devido a neoplasias, sendo que a maioria se referia a tumores da laringe, traqueia, brônquios e pulmões (3681) e estômago (2505) (Portugal, 2010). O incremento dos cuidados paliativos levou à necessidade dos profissionais se focarem nos doentes em fim de vida, e nas suas necessidades mais prementes. Em Portugal, os cuidados paliativos podem ser prestados nos serviços de internamento, por profissionais qualificados, ou no domicílio, desde que exista o apoio de uma Equipa Domiciliar, reconhecida como tal (Portal da Saúde, 2010).

O doente em fim de vida é um doente que se encontra sob a ameaça de diversos fatores e que tem necessidades/problemas específicos que ao não serem satisfeitas/os, podem levar ao sofrimento intenso. Sofrimento este que é único para cada doente. Neste sentido testemunhar o sofrimento faz parte do trabalho diário do enfermeiro, sendo que estes têm um papel preponderante pois são estes que escutam os doentes, que os ajudam a ultrapassar o silêncio e a superar o sofrimento expressando a sua angústia emocional através da conexão humana (Ferrell e Coyle, 2008). Desta forma, para contribuir para uma abordagem multidimensional ao doen-

te em fim de vida, e tendo por base a melhor evidência científica, procurou-se responder à seguinte questão: Quais as necessidades/preocupações referidas pelos doentes em cuidados paliativos?

A metodologia utilizada prendeu-se com as componentes necessárias para a realização de uma revisão integrativa da literatura (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Desta forma, após a escolha e definição do tema, foram identificados os objetivos que tornaram esta revisão como importante para a prática de enfermagem. Foram posteriormente definidas as palavras-chave e a questão de partida. Assim, a presente revisão integrativa tem como principal objetivo identificar quais as necessidades/preocupações dos doentes em cuidados paliativos, através da seleção da melhor evidência científica disponível. A estratégia de busca utilizada incidiu na presença dos descritores ao nível dos resumos (AB para abstract) ou do título (TI para title). Para a realização da pesquisa dos estudos relevantes foram utilizadas as seguintes palavras-chave: palliative, terminal, end-of-life, EOL, dying, end stage, final stage (TI); patient, client, people, person (AB); needs, priorities, preferences, concerns (AB); em português, inglês e espanhol, sendo que a predominância de estudos se centrou na língua inglesa.

Os artigos identificados pela estratégia de busca inicial foram selecionados tendo em conta os critérios de inclusão: apresentarem informação ao nível dos participantes (P), intervenções (I), resultados (O) e tipo de estudo (S) e ainda, ano e autor(es); e terem sido publicados entre janeiro de 2008 e janeiro de 2013. Foram excluídos todas as revisões da literatura; todas as dissertações ou teses;

bem como todos os artigos que se referissem a bebês/crianças. As bases de dados utilizadas para realizar a pesquisa foram: a EBSCOhost (CINAHL Plus With Full Text; MEDLINE with Full text; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; British Nursing Index; MedicLatina; Health Technology Assessments; Academic Search Complete; ERIC; Business Source Complete); a Biblioteca do conhecimento on-line. Foi ainda realizada pesquisa manual na Biblioteca da Universidade do Algarve e através do motor de pesquisa Google Académico. Consideraram-se, ainda, as referências bibliográficas dos artigos consultados.

No total foram identificados 128 artigos que se mostraram pertinentes para este estudo mas após a leitura do abstract e aplicando os

critérios de exclusão e de inclusão, apenas se aceitaram 18 artigos. Por meio da leitura integral e análise de cada artigo foram excluídos 12 artigos. Ficaram assim 6 artigos para análise. Na sua leitura integral foi identificado o ano, os participantes, as intervenções, os resultados (as necessidades mais identificadas pelos doentes) e o desenho do estudo que se encontra sumariado no Quadro X.

Os estudos empíricos selecionados foram avaliados criteriosamente, quanto à credibilidade e relevância dos dados. O número de participantes variou entre os 10 e os 363. Três dos estudos foram realizados por meio de entrevistas, dois por questionários, e um sob a forma de narrativa. Todos os estudos analisados contêm informações relevantes para responder à questão de partida, uma vez que os dados obtidos permitem identificar as necessidades dos doentes oncológicos, ressaltando a importância do seu conhecimento para a prática de enfermagem.

Evaluación de las necesidades de pacientes oncológicos en etapa terminal (a través del instrumento en-poet): comparación entre muestras – Reynoso (<i>et al</i> , 2008)			
P	I	O	S
91 doentes em fase terminal com média de idade de 53,58 anos	Foi construído um questionário com base em vários instrumentos. Para a análise dos dados utilizou-se o SPSS e aplicou-se uma prova de inferência estatística.	Ter fé em Deus e num ser supremo e estar em paz; ser considerado como um indivíduo e não como um caso médico; ter uma boa relação com os médicos e enfermeiros; estar acompanhado de um ente querido; conhecer toda a informação sobre o prognóstico da doença; não deixar a sua família desprotegida economicamente.	Quantitativo
End-of-life concerns and care preferences: congruence among terminally ill elders and their family caregivers. – Gardner e Kramer (2009).			
P	I	O	S
10 idosos com doença crónica avançada (média de idades 85 anos)	Foram realizadas entrevistas aprofundadas semi-estruturadas com perguntas abertas, cara-a-cara e que tiveram uma duração de 1 a 2 horas.	Aceitar a dependência, experienciar o declínio e viver com a incerteza do futuro (desafio); a dor e o sofrimento; tornar-se num fardo e antecipar o impacto da sua morte nos familiares (preocupação); receber cuidado competente, consistente e responsável, gerir a dor, ser tratado com dignidade e respeito, “viver” até morrer, atendimento de qualidade e tratamento com dignidade (preocupações com os cuidados em fim de vida); morrer em casa, morrer rapidamente sem sofrimento e evitar medidas de suporte avançado de vida e estar preparado para a sua morte.	Estudo de Caso, descritivo e exploratório
“I’m Sitting Here By Myself . . .”: experiences of patients with serious illness at an urban public hospital. - Dzul-Church (<i>et al</i> , 2010)			
P	I	O	S
20 doentes com diagnóstico de doença terminal com um prognóstico de cerca de 1 ano de vida (média de idades de 54,5 anos)	Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que foram gravadas digitalmente e transcritas na íntegra.	Companhia e apoio no fim da vida; uma equipa de prestação de cuidados unida com um objetivo comum; que a equipa proporcione suporte quando a família não pode; uma morte rápida e sem dor; morrer em casa; não se tornar num fardo para a família; preocupação com o organizar de tudo relacionado com o funeral; manter a autonomia e a tomada de decisão; acreditar em Deus; cuidados humanísticos; ser escutado; ter um serviço de capelania disponível	Qualitativo
Defining priorities for improving end-of-life care in Canada – Heyland (<i>et al</i> , 2010)			
P	I	O	S
363 doentes com mais de 55 anos de idade	Foi aplicado o questionário <i>Canadian Health Care Evaluation Project</i> juntamente com uma pergunta global.	Ser cuidado experimentando a preservação da dignidade; ser cuidado com respeito, compassividade; ter fé e confiança nos profissionais; ser bem cuidado pela equipa de profissionais de saúde.	Estudo transversal
Living with suffering as voiced by Thai patients with terminal advanced cancer – Nilmanat (<i>et al</i> , 2010)			
P	I	O	S
15 doentes com prognóstico de vida limitado (com média de idades de 56.47)	Foram realizadas entrevistas e observação dos doentes, desde o momento do diagnóstico até à morte, tendo permitido reunir informações sobre as mudanças na experiência até à morte.	Dor; controlo sintomático; falta de energia; alteração da imagem corporal/estigma social; perder controlo sobre o seu corpo; aumento da dependência; tornar-se num fardo para os outros; perda do papel social.	Qualitativo longitudinal
Mapping hospice patients' perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry - Arnold (2011)			

P	I	O	S
30 doentes em cuidados paliativos com uma média de 77,2 anos	Foram recolhidas as narrativas dos doentes e convertidas utilizando o <i>Advanced qualitative analytic software</i> , permitindo identificar os domínios das necessidades embutidas. Estes foram seguidamente analisados através da metodologia da <i>Grounded Theory</i> .	A morte e o morrer (do doente e dos outros); a mudança e adaptação à mudança; as necessidades psicológicas (nomeadamente, a preocupação pela saúde do corpo, conforto, internamento hospitalar, dor); preocupações de segurança (de si, e dos seus); necessidades espirituais (céu, Deus, amor, partir em paz); e as relações sociais (com a família, com os amigos); e o tempo (que resta).	Qualitativo e quantitativo

Tendo em conta os estudos analisados, agrupamos as necessidades/preocupações que foram identificadas pelos doentes em fim de vida, em quatro categorias, de acordo com a sua etiologia, que se encontram esquematizadas no Diagrama I.



Estas categorias foram definidas tendo em conta que: as necessidades pessoais estão relacionadas com o foro psicológico, emocional e espiritual; as necessidades relacionadas com fatores externos remetem para as necessidades sociais e económicas; as necessidades de tomada de decisão estão relacionadas com o ser o próprio doente a comandar a sua vida; e que as relacionadas com os cuidados de saúde, implicam todos os profissionais de saúde que lidam diretamente com o doente.

As necessidades/preocupações pessoais

mais referidas pelos doentes foram: ter fé em Deus e num ser supremo (Reynoso et al., 2008; Dzul-Church et al., 2010); estar em paz com Deus e o ser supremo (Reynoso et al., 2008; Heyland et al., 2010; Arnold, 2011); ter um serviço de capelania disponível (Dzul-Church et al., 2010); estar acompanhado de um ente querido (Reynoso et al., 2008; Dzul-Church et al., 2010; Arnold, 2011); o aumento da dependência e a perda de controlo sobre o seu corpo (Gardner e Kramer, 2009; Dzul-Church et al., 2010; Nilmanat et al., 2010); a falta de energia (Nilmanat et al., 2010); a alteração da imagem corporal/estigma social (Nilmanat et al., 2010); e o desejo de antecipar a morte (Nilmanat et al., 2010); bem como o desejo de ter uma morte rápida e sem sofrimento (Gardner e Kramer, 2009; Dzul-Church et al., 2010); e aproveitar o tempo que lhe resta, o fluxo de identidade e a conexão com os eventos da vida (Arnold, 2011).

As necessidades relacionadas com fatores externos remetem para as necessidades sociais e económicas, sendo que as mais evidenciadas pelos doentes foram: não deixar a sua família desprotegida economicamente (Reynoso et al., 2008; Arnold, 2011); não se tornar num fardo para a família (Gardner e Kramer, 2009; Dzul-Church et al., 2010; Nilmanat et al., 2010); necessidade de pertença (Arnold, 2011); antecipar o impacto da sua morte nos familiares (Gardner e Kramer,

2009; Arnold, 2011); e as alterações nos papéis sociais ou relações interpessoais (Nilmanat et al., 2010).

Necessidades relacionadas com a tomada de decisão: conhecer toda a informação sobre o prognóstico da doença (Reynoso et al., 2008); o controlo sintomático e da dor (Gardner; Dzul-Church et al., 2010; Nilmanat et al., 2010; Arnold, 2011); manter a autonomia e a tomada de decisão (Dzul-Church et al., 2010; Arnold, 2011); estar envolvido no processo de decisão sobre a continuação ou suspensão de procedimentos de diagnóstico ou tratamento (Gardner e Kramer, 2009).

Necessidades relacionadas com os cuidados: ter uma boa relação com os médicos e enfermeiros (Reynoso et al., 2008); ser tratado com respeito, dignidade e compaixão (Reynoso et al., 2008; Gardner e Kramer, 2009; Dzul-Church et al., 2010; Heyland et al., 2010); receber cuidado competente, consistente e responsável (Gardner e Kramer, 2009; Heyland et al., 2010); que a equipa de prestação de cuidados seja unida e tenha um objetivo comum (Dzul-Church et al., 2010; Heyland et al., 2010); que comuniquem as informações de forma clara e honesta (Heyland et al., 2010).

CONCLUSÃO

Os doentes em fase terminal têm determinadas necessidades/preocupações que provocam sofrimento ao doente e família. Esta revisão dá a conhecer aos enfermeiros, as necessidades e as preocupações dos doentes em fase terminal, podendo conceber intervenções para integrar na prática de cuidados, potenciando a qualidade de vida dos doentes até à morte. O cuidado ao doente terminal transcende os cuidados meramente médicos, pelo que a sua abordagem deve ser

multidisciplinar, tanto para o doente, como para a família do doente.

As necessidades emergentes mais identificadas nos estudos remetem não só para o sentimento ambíguo da maior parte dos doentes, no que se refere ao local da morte (casa ou hospital) e ao mesmo tempo o não quererem ser um fardo para a família, bem como a importância da relação com Deus ou com um ser supremo, bem como uma morte sem dor ou sofrimento. Neste sentido é essencial, tanto para o doente como para a família, o acompanhamento por uma equipa de saúde especializada e com conhecimento de causa no que toca às suas necessidades.

A carência de estudos relacionados com esta temática e a dificuldade de acesso a determinadas bases de dados revelaram ser algumas das limitações identificadas durante a realização desta revisão. Como tal, de modo a aprofundar esta temática e identificar outras necessidades e preocupações do doente, seria pertinente um maior investimento sobre a mesma. Também com o intuito de melhorar a qualidade assistencial aos doentes em fase terminal sugere-se que as intervenções de enfermagem sejam (re)pensadas, indo ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que hoje se preconizam. Igualmente aconselha-se a sensibilização das equipas de enfermagem para a criação de grupos de trabalho, próprios para cada contexto, com o intuito de motivar momentos de discussão, partilha e reflexão essenciais e favoráveis a uma morte tranquila e sem sofrimento, tanto para o doente, como para a sua família que o acompanha nesta fase.

BIBLIOGRAFIA

- ARNOLD, Bruce (2011) - Mapping hospice patients' perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry. *BMC Palliative Care*. ISSN 1472684X. Vol. 10, n. 1, p. 1-10.
- DZUL-CHURCH, Virginia [et al] (2010) – "I'm Sitting Here By Myself ...": experiences of patients with serious illness at an urban public hospital. *Journal Of Palliative Medicine*. ISSN 1096-6218. Vol. 13, n. 6, p. 695-701.
- FERRELL, Betty; COYLE, Nessa (2008) – The Nature of Suffering and the Goals of Nursing. *Oncology Nursing Forum*. ISSN 1538-0688. Vol. 35, n. 2, p. 241-247.
- GARDNER, Daniel; KRAMER, Betty (2009) – End-of-life concerns and care preferences: congruence among terminally ill elders and their family caregivers. *Omega: Journal Of Death & Dying*. ISSN 0030-2228. Vol. 60, n. 3, p. 273-297.
- HEYLAND, Daren [et al] (2010) – Defining priorities for improving end-of-life care in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. ISSN 0820-3946. Vol. 182, n. 16, p. 747-752.
- MENDES, Karina; SILVEIRA, Renata; GALVÃO, Cristina Maria (2008) – Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. ISSN 0104-0707. Vol. 17, n. 4, p. 758-64.
- NILMANAT, Kittikorn [et al] (2010) - Living with suffering as voiced by Thai patients with terminal advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*. ISSN 1357-6321. Vol. 16, n. 8, p. 393-399.
- PORTAL DA SAÚDE – Programa Nacional de Cuidados Paliativos [Em linha]. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2010. [Consult. 22 Nov. 2012] Disponível em WWW:<URL:http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde. (2010) – Elementos estatísticos: informação geral: saúde 2008. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISSN 0872-1114
- REYNOSO, Eduardo [et al] (2008) – Evaluación de las necesidades de pacientes oncológicos en etapa terminal (a través del instrumento enpoet): comparación entre muestras. *Psicooncología*. ISSN 1696-7240. Vol. 5, n. 1, p. 39-52.

DOENÇA DE ALZHEIMER: DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO



MARA DENISE SILVA CALAÇA

Enfermeira, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira na Unidade de Internamento de Longa Duração 3º Piso do Hospital Dr. João de Almada

RESUMO

De acordo com o European Alzheimer's Disease Consortium, citado por Filipe (2005), todos os anos são descobertos 800 mil novos casos na Europa de doença de Alzheimer (DA). A nível nacional estima-se que existem 153 mil pessoas com demência, cerca de 90 mil das quais com DA. Tendo em conta o envelhecimento populacional na União Europeia, os especialistas supõem uma duplicação destes valores em 2040 não se sabe ainda se pode-se prevenir ou curar esta demência, no entanto são muitos os estudos que indicam alguns comportamentos que quando adotados poderão preveni-la.

Nesta linha de ideias, pretendo com este artigo efetuar uma breve revisão bibliográfica sobre a doença de Alzheimer (DA), serão apresentados os principais estádios da DA, os 10 sinais de alerta para diagnóstico da patologia, algumas dicas que poderão reduzir o risco de desenvolvimento de uma demência e algumas terapias que compõem a reabilitação cognitiva que poderão ser aplicadas nas pessoas com DA.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores de risco – Estádios da doença de alzheimer- Sinais de alerta – Dicas – Reabilitação cognitiva

ABSTRACT

According to the European Alzheimer's Disease Consortium, quoted by Philip (2005), are discovered each year 800,000 new cases in Europe of Alzheimer's disease (AD). At the national level is estimated that there are 153,000 people with dementia, about 90,000 of whom with AD. In view of the aging population in the European Union, experts assume a doubling of these figures in 2040 are not yet known whether one can prevent or cure this insanity, however there are many studies that indicate that some behaviors when adopted will prevent it.

In this line, I intend to make this article a brief review and reflection on Alzheimer's disease (AD), will present the main stages of AD, the 10 warning signs for diagnosis of pathology, some tips that may reduce the risk of development of dementia and some therapies comprising the cognitive rehabilitation which may be applied in people with AD.

KEYWORDS: Risk factors - Stadiums alzheimer's disease-Warning Signs - Tips - Cognitive rehabilitation

A DA é um tipo de demência que provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível das diversas funções cognitivas (memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento, entre outras). Esta deterioração tem como consequência alterações no comportamento, na personalidade e na capacidade funcional da pessoa, dificultando a realização das atividades de vida diárias (Associação de Alzheimer Portugal, 2012).

Geralmente, começa a partir dos 50 anos contudo pode surgir numa idade mais precoce ou mais avançada. É uma doença com causa desconhecida que afeta o cérebro de forma gradual (Filipe, 2005). Ainda assim, foram identificados alguns fatores de risco que aumentam a possibilidade de vir a padecer posteriormente da doença, são eles: a idade (acima de 80 anos), o exercício físico reduzido, o baixo nível de estímulo intelectual e atividade social, a obesidade, a diabetes, graves ou repetidas lesões cerebrais, hipertensão arterial, colesterol elevado e homocisteína (Associação de Alzheimer Portugal, 2012). Santana (1998) citado por Padilha (2001) acrescenta ainda a história familiar de demência positiva como sendo um fator de risco relevante.

Os sintomas iniciais da Doença de Alzheimer abrangem a perda de memória, desorientação espacial e temporal, confusão e problemas de raciocínio e pensamento. Estes sintomas agravam-se à medida que as células cerebrais vão morrendo e a comunicação entre estas fica modificada (Associação de Alzheimer Portugal, 2012). Esta varia de pessoa para pessoa e tende a piorar com o avançar da idade (Filipe, 2005).

A DA manifesta-se clinicamente por uma alteração progressiva e irreversível da memória, deterioração das funções cognitivas e al-

terações do comportamento (Padilha, 2001), pelo facto de ser um processo degenerativo evolui de forma progressiva (Silva, 2004).

De acordo com Hall (1994) e Garcia (2000) citado por Silva (2004) pode-se delimitar a evolução da doença em quatro fases: o esquecimento, a confusão, a demência e o estado vegetativo. A fase inicial, o esquecimento, caracteriza-se pela perda da memória recente sendo constante o recurso a auxiliares de memória, com o intuito de organização (listas e agendas). O fato da pessoa com DA reconhecer a situação é frequente a depressão, sendo difícil o diagnóstico da patologia nesta fase. Na segunda fase, a confusão, é determinada pela perda progressiva da memória, ausência de atividades sociais, declínio nas atividades instrumentais de vida diária e perturbações da orientação. Na terceira fase, a demência, é demarcada pela perda de atividades de vida diárias gradual (a pessoa com DA não se lava e veste sozinha, pode apresentar incontinência urinária, entre outros); carência da capacidade de raciocínio, planeamento e comunicação verbal; inexistência de capacidade de reconhecer os familiares e o ambiente; deterioração da personalidade e frequente hiperatividade sem finalidade, alucinações, ideias paranoides e comportamento agressivo. Na última fase, o estado vegetativo, a pessoa fica imobilizada e acamada, apresentando incontinência, mutismo e problemas associados com a imobilidade.

10 SINAIS DE ALERTA

Filipe (2005) indica uma lista de 10 sinais de alerta elaborada pela Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer que quando presentes as pessoas deverão ser encaminhadas para um médico

especialista, são eles:

Perda de memória de informações recentes - a pessoa com DA, esquece-se das coisas com mais frequência e não se lembra delas mais tarde.

Dificuldade em executar as tarefas domésticas - a pessoa com DA, pode ser incapaz de preparar qualquer porção de uma refeição ou até esquecer-se do que já comeu.

Problema de linguagem - a pessoa com DA, pode esquecer-se das palavras mais simples ou substituí-las por palavras desajustadas.

Perda da noção do tempo - normalmente perde-se por breves momentos a noção do dia, as pessoas com DA podem perder-se na sua própria rua e não saber regressar à sua casa.

Discernimento fraco ou diminuído - a pessoa com DA, pode não reconhecer uma infeção como algo problemático quando presente.

Problemas relacionados com o pensamento abstrato - por vezes, considera-se difícil fazer um cálculo mental no entanto, a pessoa com DA, pode esquecer completamente o que são os números.

Trocar o lugar das coisas - a pessoa com DA arruma os objetos em lugares desajustados (por exemplo um ferro de engomar no frigorífico).

Alteração de humor ou comportamento - a pessoa com DA, pode apresentar súbitas alterações de humor da serenidade ao choro ou à angústia sem qualquer razão para tal.

Alteração na personalidade - a pessoa com DA, pode alterar totalmente a sua personalidade tornando-se extremamente confuso, desconfiado ou calado.

Perda de iniciativa - o normal é ficarmos cansados com o trabalho doméstico, as atividades profissionais do dia a dia ou as obrigações sociais, contudo a maioria das pes-

soas recupera essa capacidade de iniciativa, neste caso, a pessoa com DA pode tornar-se muito passiva e necessitar de estímulos e incentivo para participar.

7 DICAS PARA REDUZIR O RISCO DE DESENVOLVER DEMÊNCIA

São inúmeros os estudos que defendem que a adoção de alguns comportamentos poderão diminuir o risco de desenvolvimento de demências. A Associação de Alzheimer de Portugal (2012) indica 7 dicas que poderão reduzir o risco de desenvolvimento da demência, mais concretamente:

Preservar o cérebro ativo

Manter o cérebro ativo permite fortalecer as ligações entre as células cerebrais contribuindo assim para uma mente saudável. É essencial realizar atividades que envolvam novas aprendizagens (por exemplo aprender uma nova língua) e jogos de raciocínio como palavras cruzadas, puzzles de letras e números, xadrez, damas ou cartas. Participar em atividades culturais, como assistir a jogos, concertos, ir a museus ou galerias de arte e mesmo no domicílio, a pessoa deve manter-se ativa cozinhando novos pratos ou dedicando-se por exemplo ao jardim.

Outras orientações simples para treinar a memória na rotina diária são: tentar memorizar os números de telefone da família e melhores amigos para que quando necessário seja dispensável a consulta da agenda (a capacidade de armazenamento de dados irá progredir de dia para dia); o regresso à escola depois de se reformar poderá ser uma excelente terapia para combater a perda de memória através da preparação de trabalhos, pesquisa sobre determinados temas, a preparação para um exame, a leitura de

livros, entre outros; é importante também uma reflexão no final do dia das diferentes atividades diurnas realizando uma avaliação dos aspectos positivos.

Ter uma alimentação saudável

Uma alimentação equilibrada e saudável promove um cérebro saudável. Alguns dos pontos essenciais a adotar na alimentação são: a redução das gorduras saturadas (optando carnes magras, frango e produtos lácteos com pouca gordura, evitando a manteiga, alimentos fritos, doces, bolos e bolachas); e selecionar os alimentos saudáveis como: as gorduras insaturadas (azeite, óleo de girassol, abacate, azeitonas, nozes, sementes e peixe especialmente gordos, como salmão, cavala, atum e sardinha; ácidos Gordos Ômega-3: soja e margarina); os alimentos ricos em antioxidantes (ameixas, uvas passas, mirtilos, outras bagas, espinafres, couve de Bruxelas, brócolos, beterraba, abacate, laranjas, uvas vermelhas, pimenta vermelha, cerejas, kiwis, cebola, milho e beringela); as bebidas ricas em antioxidantes (chá verde, sumos de frutas, legumes e vinho tinto com moderação), os alimentos ricos em ácido fólico (laranja, morango, banana, espinafres, espargos, brócolos, couve-de-bruxelas, repolho, couve-flor, lentilhas, feijão, grão-de-bico e cereais integrais); os alimentos ricos em vitamina E (óleos vegetais, nozes, vegetais de folhas verdes e cereais integrais); e os alimentos ricos em vitamina B12 (carne, frango, peixe, leite e ovos).

Praticar exercício físico

O exercício físico estimula o fluxo sanguíneo para o cérebro. Vários estudos descrevem que as pessoas que se exercitam regularmente têm menos probabilidades de desen-

volver doenças cardíacas e diabetes, estando estas condições também associadas a um risco maior de desenvolver demência como foi anteriormente referido. Por isso é vital praticar exercício físico, exercitando o corpo pelo menos 30 minutos por dia, desde andar, dançar, correr, andar de bicicleta, nadar no fundo tudo o que coloque o corpo em movimento e faça o coração bater com mais força. O treino de resistência ou peso ajuda a desenvolver a força muscular, coordenação de movimentos e mantém a densidade óssea. A flexibilidade e equilíbrio trabalham-se com atividades como a dança, alongamentos, tai chi, pilates e yoga.

Realizar check-ups regularmente

Os check-ups vão detetar eventuais problemas assim que eles surgem tornando assim o tratamento mais simples e as consequências menores. É essencial controlar a tensão arterial, o colesterol, os níveis de glicémia no sangue e o peso corporal.

Participar em atividades sociais

Usufruir uma vida social ativa, participar em atividades de lazer e conviver com outras pessoas ajuda a manter o seu cérebro saudável. É primordial manter o contacto com a família e amigos, envolver-se em trabalhos comunitários ou tornar-se voluntário e conversar com os vizinhos.

Não fumar, beber com moderação e horas de sono satisfatórias

Evitar maus hábitos como fumar, consumir bebidas alcoólicas em grandes quantidades. Além disso, dormir faz bem à saúde não se deve prescindir das horas de descanso e de sono.

Proteger a cabeça de lesões

Evitar traumatismos cranianos através do uso do cinto de segurança, o atravessar as ruas sempre na passeadeira e usar sempre capacete de segurança quando andar de moto, bicicleta, skate, patins ou na equitação.

REABILITAÇÃO COGNITIVA

Na DA, a perda progressiva da memória, que tem múltiplos componentes, não se desenvolve de maneira uniforme. Atualmente, estudos têm demonstrado que a memória implícita de pessoas com DA está relativamente preservada na fase inicial, apesar de apresentarem défices significativos de memória explícita [Bertolucci, citado por Camões (data desconhecida)].

O que demonstra que na DA, há aspetos da memória que não estão afetados e, assim sendo, estes utentes preservam ainda uma certa capacidade de aprendizagem, podendo ser estimulados e reabilitados.

Bolognani et al. citado por Camões (data desconhecida) relatou um estudo com um rapaz de 23 anos, que apresentava dificuldades de memória a curto prazo e de compreensão de textos em decorrência de paragem cardíaca seguida de anóxia cerebral. O utente foi treinado por 14 semanas, com três sessões semanais de 50 minutos cada, a utilizar o editor de textos do computador, a fim de confeccionar cartões. Os treinos foram feitos diretamente no computador, com tarefas sendo divididas e treinadas passo a passo. No final das 14 semanas, o objetivo foi alcançado, pois ele conseguia confeccionar cartões sozinho, comprovando que mesmo utentes gravemente amnésicos são capazes de aprender informações novas, apoiando-se em estratégias de memória implícita.

Alguns estudos recentes demonstram que a

associação de técnicas de reabilitação cognitiva ao tratamento medicamentoso pode auxiliar na estabilização ou resultar até mesmo em uma leve melhoria dos défices cognitivos, principalmente da memória, e funcionais [Bottino et al. citados por Camões (data desconhecida)].

A memória é a primeira função cognitiva a ser afetada na DA e é também a que mais compromete as atividades da vida diária e a qualidade de vida das pessoas com DA. Como ainda não existe um tratamento que possa curar ou reverter a deterioração causada pela demência, os tratamentos disponíveis atualmente visam aliviar os sintomas cognitivos e comportamentais por meio de medicação, técnicas cognitivas de reabilitação, estruturação do ambiente, e grupos informativos para utentes, familiares e cuidadores.

No entanto, como referimos anteriormente o envelhecimento populacional tem aumentado a prevalência de doenças crónicas degenerativas, especialmente a demência. Considerando que o tratamento medicamentoso tem diversidade de resultados devido a causas básicas de cada doença, o método não medicamentoso – Reabilitação Cognitiva individual e em grupo – possibilita o tratamento da pessoa com demência (Camaral et al, 2009).

Algumas terapias que constituem a Reabilitação cognitiva que poderão ser aplicadas na pessoa com DA são: a terapia de orientação para a realidade, terapia de reminiscência, estimulação cognitiva, estimulação dos autocuidados e terapia de validação.

A Terapia de Orientação para a realidade (TOR), segundo Heidegger referido por Camaral (2009), define o homem como um ser temporal vivendo num mundo temporal e a

temporalidade como o sentido do existir humano. A Terapia de Orientação para a Realidade, foi desenvolvida por James Folson em 1968, com o objetivo de reduzir a desorientação e a confusão nos utentes, e pode ser realizada de duas formas: por 24 horas de TOR e por classes de TOR em 30 minutos.

Drumond e cols, Holden e Woods citados por Camões et al (s.d) relatam que é uma terapia que se baseia em algumas estratégias de repetição contínua de dados reais, da presença contínua de informações atuais e muitas atitudes de socialização. A técnica de orientação da realidade é de natureza informal e contínua, onde a informação se realiza em cada contato do utente com os cuidadores, os quais comentam a situação atual do utente (onde está, de onde veio, aonde vai, dia e hora e situações que sucedem no ambiente). As informações são sempre passadas de forma clara, objetiva e paulatinamente, utilizando a comunicação pessoal (olhares, gestos, contato físico, voz, sons) e através de objetos (como relógios, calendários, revistas, figuras, músicas, entre outros).

Outra técnica utilizada para trabalhar a memória é a Terapia da Reminiscência, que visa trabalhar a memória remota do utente, com fatos significativos da sua vida, como canções, hábitos antigos, entre outros (Camaral et al, 2009). Feil (2006) acrescenta que esta terapia pode ser realizada individualmente ou em grupo promovendo a socialização e a estimulação cognitiva ajudando os idosos a recuperar a sua autoestima. Uma das atividades inseridas nesta terapia é a "Linha do Tempo" que se caracteriza pelo registo de episódios biográficos e de acontecimentos locais, nacionais e internacionais; inter-relaciona a vida da pessoa com o tempo e o meio envolvente. Facilita o enfermeiro a si-

tuar o utente na sua história de vida, os temas a abordar na biografia: nascimento, ano de início na escola, serviço militar, trabalho, casamento, filhos e netos (não esquecendo as datas) como também o meio envolvente: início e fim das guerras, presidentes, artistas, desporto, programas de rádio e televisão (Peña-Casanova, 1999).

Relativamente à Estimulação Cognitiva os distúrbios cognitivos são ocorrências observadas após lesões cerebrais de diversos tipos, principalmente na demência. Para trabalhar o comprometimento das habilidades, é importante observar a capacidade de adaptação como chave principal da sobrevivência, melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do utente, acreditando que é possível reconstruir o que estiver alterado e compensar o que foi perdido, utilizando o que estiver conservado. Permite desenvolver as áreas básicas da função mental: atenção, linguagem, memória, capacidade visual e espacial e associação de ideias. Pretende-se com a estimulação cognitiva o resgate das funções comprometidas, o estímulo das áreas bloqueadas e o desenvolvimento de potenciais remanescentes do utente. As dinâmicas da estimulação cognitiva têm características lúdicas fornecendo suporte psicológico, dão informações pelo binómio educação-saúde e socializam o utente. É preciso estimular o utente a estar atento ao que vê, ao que ouve e a reter o fato globalmente. É essencial o uso da técnica de memorização utilizando cores, calendários (dias da semana, mês e dias do mês), relógios (hora), entre outros (Camaral et al, 2009).

Quanto à Estimulação dos Autocuidados são poucos os estudos realizados, contudo revelam melhoria nas funções cognitivas (agnosias, apraxias e anomias) e tem maior be-

nefício em estádios iniciais e intermédios de demência (Peña-Casanova, 1999).

A Terapia de Validação tem por objetivo dar sentido e suporte às emoções expressas através do comportamento ou do discurso dos utentes. A terapia da validação visa possibilitar o alívio de desconfortos emocionais e conflitos relacionais. Visa o aumento da atenção do utente, o aumento do autocontrole, da autoestima e o envolvimento do utente no contexto social natural (Camaral et al, 2009).

CONCLUSÃO

O envelhecimento da população mundial é constante e progressivo. A população portuguesa não só não é uma exceção, como acompanha preocupantemente esta realidade inquestionável. O aumento progressivo do número de pessoas idosas e da esperança média de vida provoca alterações sociais, económicas e éticas.

Verifica-se que a DA é uma doença degenerativa que tem vindo a aumentar a sua incidência como consequência do aumento da esperança média de vida. Esta é uma demência de difícil diagnóstico, visto inicialmente apresentar manifestações semelhantes ao processo de envelhecimento, sendo que a sua deteção realiza-se através da exclusão de outras patologias.

Infelizmente, os grandes fatores de risco para a demência - a idade e os genes - não são possíveis de controlar. Deste modo, é importante fazer o que está ao nosso alcance como adotar um estilo de vida saudável e alterar os hábitos de vida. Ao adotar as 7 dicas, poderemos estar a dar um grande passo para reduzir o risco de desenvolver DA.

Contudo não podemos garantir que adotando as 7 dicas não irão desenvolver DA.

Todavia inúmeros estudos têm vindo a evidenciar que as pessoas que acolhem estilos de vida saudáveis, têm um risco reduzido de desenvolver uma demência.

Nunca é demasiado cedo para começar a cuidar da nossa memória. Segundo os cientistas, as mudanças que ocorrem no nosso cérebro e que podem resultar em demência, começam a formar-se décadas antes dos primeiros sintomas aparecerem (Associação de Alzheimer de Portugal, 2012).

O envelhecimento ativo adota uma perspetiva otimista sobre as capacidades dos idosos, promovendo o acesso a diferentes setores e atividades, essenciais para o envelhecimento bem-sucedido. A reabilitação neuropsicológica gera benefícios e melhora a qualidade de vida das pessoas com DA, principalmente quando aliada ao tratamento medicamentoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Associação de Alzheimer de Portugal (2012) [Internet]. [local desconhecido]: Doença de Alzheimer. [acesso em 2012 Setembro 2]. Disponível: <http://www.alzheimerportugal.org>

Camaral, A., et al. Reabilitação cognitiva das demências. Revista Brasileira Neurológica [periódico na Internet]. 2009. [acesso em 2 Outubro de 2012]; 45 (1): [aproximadamente 8 p.] Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2009/v45n1/a003.pdf>

Camões, C; Pereira, F. M.; Gonçalves, A. Reabilitação na doença de Alzheimer. O portal dos psicólogos [periódico na Internet]. [data desconhecida]. [acesso em 2 de Outubro 2012.]: [aproximadamente 20 p.] Disponível em: www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf

Feil, N.The Validation Breakthrough. Sim-

ple Techiques for Communicating With "Alzheimer's-Type Dementia,".2006. (2ª edição). Maryland:Health Professions Press, Inc.

Filipe, Sofia. Doença de Alzheimer. Revista Medicina e Saúde. 2005; 98, 16-17.

Padilha, José Miguel et al. Enfermagem em neurologia. Coimbra: Formação e saúde, 2001.

Penã-Casanova, J. Intervención Cognitiva en la Enfermedad de Alzeihmer. Fundamentos y Princípios generales.1999. Barcelona:Fundación "La caixa"

Silva, Maria da Graça de Melo. Doença de Alzheimer: uma deficiência global. Nursing Portuguesa. 2004, 15, 37-41.

A COMUNICAÇÃO COMO ELEMENTO CHAVE À RELAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E DOENTE



DANIEL FILIPE CAVALO COSTA GARRIDO

*Enfermeiro, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio –
Unidade de Lagos*

RESUMO

A comunicação é uma qualidade única do ser Humano e constitui, sem dúvida, a base de todas as relações entre eles. A enfermagem como ciência biopsicossocial assenta toda a sua essência no cuidar pelo que, escutar o doente e comunicar com ele vinte e quatro horas por dia se torna essencial. Desta forma, a essência do cuidar é a relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente, formando a base de qualquer abordagem em enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: comunicação, cuidar, enfermagem, enfermeiro, doente

ABSTRACT

Communication is a unique quality of being human and is undoubtedly the basis of all relations between them. Nursing as a science based biopsychosocial all its essence in caring for that, listen to the patient and communicate with him twenty-four hours a day becomes essential. Thus, the essence of caring is the relationship established between nurse and patient, forming the basis of any approach in nursing.

Keywords: Communication, caring, nursing, nurse, patient

Sabemos que, "de entre todos os seres vivos o homem é o mais complexo na sua essência que é o comunicar, relacionar-se e viver. Sabendo que nenhum ser se desenvolve e sobrevive se não comunicar e encarando este processo como um acto de amor, vivemos na medida que amamos, isto é, na medida em que comunicamos!..." (Mesquita, 1997: 24)

Desde o seu aparecimento o ser humano distingue-se dos outros seres vivos pela sua capacidade de comunicar entre si. Ainda durante a vida intra-uterina há uma constante e intensa comunicação entre mãe e filho. Depois, após o nascimento, o ser humano aprende, com uma rapidez alucinante, formas verbais e não verbais de comunicar.

Com o tempo a capacidade de comunicar melhora. A comunicação verbal e não verbal são aperfeiçoadas, fazendo com que tudo e todos comuniquem de forma constante ao longo do dia. Por exemplo, o rádio-despertador toca por volta das 6 da manhã com música ou notícias; uma breve conversa com o cônjuge, antes de sair de casa; o breve encontro com o vizinho; mais notícias durante o trajeto de carro para o local de trabalho; a constante comunicação gestual com os inúmeros impacientes automobilistas; os placares luminosos e anúncios ao longo do trajeto fazem-se notar; a passagem de turno, cuidar dos doentes, a partilha de experiências; o mesmo ritual no regresso; a televisão; e finalmente, um pouco de descanso, com a leitura de um livro.

No entanto, nem sempre é fácil comunicar e, factores como a personalidade de quem emite a mensagem e de quem a recebe; a linguagem utilizada; o contexto onde é emitido a mensagem entre outros, podem constituir obstáculos à comunicação.

A comunicação deverá ser um processo complexo de criação de "laços de reciprocidade" entre duas pessoas. Essa complexidade deve-se às diferenças que existem entre elas a nível de idade, sexo, experiências pessoais,

desenvolvimento intelectual, maturacional, contextos sociais e culturais. (Phaneuf, 2005)

Ser enfermeiro, segundo Henderson, citada por Pearson (1992:56), é "assistir o indivíduo, doente ou são, na realização das actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para uma morte pacífica) e que ele executaria sem ajuda, se para isso tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento, e fazer isso de modo a ajudá-lo a ganhar a independência o mais rapidamente possível". A mesma autora (1994:27) refere que "a função prioritária do enfermeiro não é centrada na doença mas no doente" valorizando, assim, a abordagem holística do indivíduo.

Cuidar, entendido como olhar para o outro, prestar-lhe atenção, ouvi-lo, perceber as suas vulnerabilidades e as suas forças, deverá constituir um objectivo de todos os profissionais de saúde. Nomeadamente, os cuidados de enfermagem, segundo Hesbeen (2000:67), são uma atenção particular prestada pelo enfermeiro, com o objectivo de ajudar o doente e os seus familiares, numa dada situação, "utilizando para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem".

Assim, pela importância e pela vivências que a enfermagem proporciona aos seus profissionais a nível das relações com os outros, é de toda a importância e cada vez mais nos nossos tempos, a comunicação como o instrumento mais valioso ao nosso dispor, a fim de podermos efectivamente ajudar os outros e de construirmos a enfermagem como desejamos e queremos.

A comunicação constitui a ferramenta básica na prestação de cuidados de enfermagem. Esta é essencial para compreender e dar resposta às necessidades e solicitações de cada indivíduo, tendo em conta a sua unicidade. Deste modo, é imprescindível um estudo do comportamento dos elementos envolvidos no processo de comunicação, de forma a

adequar a linguagem a esses mesmos comportamentos, verbais ou não verbais.

O enfermeiro deverá ter a capacidade de desenvolver adequadamente estratégias de comunicação assertivas e responsáveis, para que possa ser considerado um bom comunicador, uma vez que a arte de comunicar está intimamente relacionada com a capacidade de estabelecer uma comunicação de qualidade.

Assim, é necessário que o enfermeiro saiba escutar, esteja disponível, e esclareça as dúvidas sem fazer juízos de valor. Esta atitude irá favorecer um sentimento de segurança e confiança que se torna fundamental, tanto para que se estabeleça uma comunicação de qualidade, como para a integração dos doentes no serviço. É importante que o enfermeiro consiga descodificar, decifrar e entender o significado da mensagem transmitida pelo doente, não só a verbal, como também a transmitida por gestos e expressões. A comunicação permitirá que o enfermeiro ajude o doente a lidar com a sua situação de doença. (Pereira & Monteiro, 2000)

Segundo Riley (2004), a comunicação de qualidade é algo que se aprende. Transmitir ao outro preocupação e confiança é uma das melhores formas de aprender a comunicar de forma competente. O facto do enfermeiro acreditar que a comunicação tem um impacto positivo motiva-o a promover a sua capacidade de comunicação, praticando estratégias de auto – cuidado, até que consiga desenvolver confiança na sua capacidade de comunicar eficazmente em diferentes situações. Porém, é bastante difícil (talvez impossível) dissociar o que é dito, de quem o diz. E isto porque no nosso discurso está sempre presente, de forma manifesta ou latente, aquilo que somos. Cada indivíduo é uma entidade complexa, resultante da combinação de factores biológicos e psicológicos, e dos resultados das experiências por que passa, e que lhe deixam marcas positivas, e negativas, mais superficiais ou mais profundas.

Deste modo, pode-se afirmar que a natureza essencial na relação entre enfermeiro e doente consiste na compreensão mútua e que devemos encarar sempre de forma positiva e enriquecedora todos os minutos que despendemos ao escutar alguém. Não nos podemos esquecer que cada homem é único, uma personalidade altamente diferenciada, que afecta os comportamentos e atitudes daqueles com quem vive, sendo igualmente afectada por todos que o rodeiam. O que somos e seremos, a nossa qualidade de relação, a nossa actividade comunicativa: enviar, receber, avaliar e estimular os outros a serem acolhedores e despertados para benefício de todos. Ainda, se existir também uma boa comunicação com os restantes membros da equipa o trabalho será mais produtivo e o ambiente mais agradável. Assim, se todos se sentem num ambiente agradável, a comunicação com outros elementos da instituição e, naturalmente, com os doentes e seus familiares fluirá com muito mais facilidade.

Gostava de terminar apelando ao bom senso de todos os colegas para que não esqueçam o quão importante é a comunicação com os doentes na nossa profissão e para que pensem que, muitas vezes, ajudamos muito mais ao escutar alguém do que ao administrar uma qualquer medicação que apesar de suprimir uma dor não termina com o sofrimento e que, a essência do cuidar continuará a ser sempre a base da relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente, formando a base de qualquer abordagem em enfermagem.

BIBLIOGRAFIA:

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa, Lusociência.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda* (1ª ed.). (Margarida Cunha Rosa, trad.). Lisboa: Lusodidacta.
- Mesquita, A. (1997). *A importância da comu-*

nicação no cuidar da criança /família. Nursing, 114 (10), 24 – 30;

Myerscough, P. R. (1989). Como comunicar com os doentes (Isabel Andrade, trad.). Mem-Martins: Publicações Europa-América.

Pearson, A., Vaughan, B. (1992). Modelos para o exercício de enfermagem. Lisboa, ACEPS.

Pereira, A. I., & Monteiro, I. (2000). Comunicar em 1ª infância. Sinais Vitais, 33, 25 - 28.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação (1ª ed.). (Nídia Salgueiro, Rui Pedro Salgueiro, trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 2002).

Riley, J. B. (2004). Comunicação em Enfermagem (4ª ed.). (Fernanda Azevedo Silva, Hugo Godinho, Joana Pereira Bastos, Maria Teresa Leal, trad.). Loures:

Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Watson, J. (1988). Nursing: human science and human care. A theory of nursing. New York, National League for Nursing Press.

ENTRAR VIVO NA MORTE REFLEXÃO ÉTICA ACERCA DO PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO AO DOENTE TERMINAL E SUA FAMÍLIA

**CAROLINA VIEIRA SERPA**

Enfermeira, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

RESUMO

Cuidar um doente em fim de vida, é uma problemática actual, que engloba vários aspectos éticos e morais.

Coincidindo com a última etapa de crescimento e desenvolvimento da pessoa humana, este cuidar envolve aspectos emocionais, culturais e espirituais, particularmente relevantes, quer da parte do doente e família, quer dos enfermeiros, pelo que a intervenção dos últimos se deve pautar ora pelos princípios que regem a profissão, ora pelo respeito dos valores humanos, e ainda pela "vontade" do doente, tendo o enfermeiro na sua base o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Palavras-chave: Doente em fase terminal; Família; Papel do enfermeiro

SOFIA MARIA JÁCOME RAPOSO

Enfermeira, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

ABSTRACT

Caring for an end-of-life patient is a current problem, which encompasses several ethical and moral aspects. Coinciding with the last stage of growth and development of a person, this kind of caring involves emotional, cultural and spiritual aspects particularly relevant either on the part of the patient and family as in the part of nurses, so the nurses interventions must be guided by the principles that govern the profession, or respect for human values, and also for the "Willingness" of the patient, with the nurse on the basis of the establishment of a therapy.

Keywords: End-stage patient; Family; Role of the nurse

INTRODUÇÃO

Os avanços científico-tecnológicos verificados nos últimos anos na área da saúde, segundo Santos (in Archer, Biscaia e Osswald, 1996:356), facultam nalguns casos a prevenção e cura de doenças, em outros a atenuação das suas consequências e, ainda noutros a interrupção ou o atraso do seu natural curso para a morte.

Com a conseqüente transformação da sociedade acresce a impossibilidade de manter no ambiente familiar os doentes em fase terminal, assistindo-se assim a uma transição da prática de cuidados de casa para o hospital e, como tal, a morte da pessoa passa a fazer parte de um contexto social público, mas isolado.

Segundo Pacheco (2006:32), num tempo em que os homens e a tecnologia se esforçam por prolongar a vida, tem emergido a necessidade de reexaminar o cuidar dos doentes para quem a cura não é possível, facto este que assume particular importância para os enfermeiros, visto que no seu dia-a-dia são, frequentemente, confrontados com a morte.

Para Pereira e Pinto (2004:36), cuidar o doente na realização das actividades que contribuem para a manutenção da saúde e para o máximo de bem-estar e plenitude durante a vida que lhe resta viver, contribuindo para uma morte serena é o objectivo principal do enfermeiro, constituindo um verdadeiro desafio para o mesmo. Como nos sugere o título acima enunciado é dar mais vida à vida, quando a morte é eminente.

É neste conjunto de ideias que este artigo assenta a sua pertinência, na cada vez mais premente e imprescindível necessidade que é a criação de condições de humanização que permitam proporcionar o conforto e bem-estar às pessoas cuja vida está suportada por um ténue fio.

Reconhecemos a importância de reflectir sobre o papel do enfermeiro perante o doente em fase terminal e sua família, uma vez que

constitui uma mais valia para crescimento pessoal e profissional do enfermeiro e, por considerarmos que para prestar cuidados de enfermagem de qualidade, bem como para a afirmação da enfermagem como profissão nobre e autónoma, principalmente nesta área tão delicada da vida, é necessário dedicação, reflexão e investimento.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I – O DOENTE EM FASE TERMINAL

Muitos acontecimentos da nossa vida exigem mecanismos de adaptação. A morte é aquele que impõe desafios adaptativos mais dolorosos para a pessoa. A vivência dessa experiência é única e varia com o estado físico e emocional, idade, valores, crenças, expectativas de vida e contexto sócio-familiar da pessoa doente em fase terminal (Cuidar na morte: que sentimentos?, 2006:45).

Paralelamente a isto, Pacheco (2002:55-56) acrescenta que o doente em fase terminal pensa a morte de uma forma singular e diferente em relação ao modo como fazia enquanto pessoa saudável. O aparecimento e evolução de uma doença incurável fazem-no sentir a morte como um facto concreto, além disso a consciencialização de que a morte está eminente suscita sentimentos e emoções muito fortes que nada se parecem como o pensar a morte de outro.

Analogamente, estudos desenvolvidos por Kubler-Ross (1979:49-143) demonstraram que quase todos os doentes terminais passam por uma série de etapas psicológicas durante o percurso que travam para assumir a sua doença e a sua morte, nomeadamente, negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Estes estádios não surgem necessariamente por uma ordem cronológica rígida, podendo mesmo ocorrer uma sobreposição de fases, e eventualmente a pessoa poderá falecer sem ter tido tempo para aceitar a morte.

A compreensão dessas fases mentais permite que o enfermeiro acompanhe e saiba responder as necessidades da pessoa em fim de vida.

II – O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE

O enfermeiro também tem os seus próprios pensamentos e vivências acerca da morte que irão influenciar significativamente os seus comportamentos e atitudes perante a mesma.

Se a morte era, anteriormente, vivida com alguma naturalidade, a partir do momento em que fomos assistindo aos enormes avanços técnico-científicos no âmbito das ciências, ela é muitas vezes pensada e vivida, pelos profissionais de saúde, como um fracasso ou um erro e não como o limite natural da vida.

Silva (in Cuidar na morte: que sentimentos?, 2006:46) identificou as reacções do enfermeiro quando cuida dos doentes, sendo estas de impotência, envolvimento, tristeza, alívio, angústia, stress, frustração, revolta, cansaço físico e psicológico.

Segundo Silva [et al.] (2003:41-56), essas atitudes dependem de inúmeros factores que condicionam a prestação de cuidados de enfermagem ao doente terminal, nomeadamente, a falta de recursos humanos/materiais e de unidades de cuidados paliativos, a forma como a morte é encarada pelos enfermeiros, a idade do doente terminal, a religiosidade do enfermeiro, o contacto anterior com doentes em fase terminal, o medo decorrente da vivência com a morte, as qualificações académicas e profissionais e formação permanente e a falta de disponibilidade para expressar os seus sentimentos face à morte.

Nesta ordem de ideias, prestar cuidados a doentes em fim de vida é uma tarefa que exige recursos profissionais e pessoais, pelo que é importante cuidar, também, daquele que cuida, o que, segundo Pacheco (2006:35) certamente fará que sejam mais capazes de

apoiar os doentes no final da vida e os seus familiares.

Corroborando da mesma ideia, Loureiro (2001:45) afirma que os enfermeiros são também pessoas pelo que necessitam ser apoiadas neste domínio, sendo importante que os mesmos processem o seu luto e dor, partilhem os seus sentimentos num ambiente aberto e sem juízos de valor, utilizem mecanismos de coping para restaurar a sua energia e tomem consciência dos seus limites pessoais e da necessidade de cuidar de si.

Neste sentido, Abiven (2001:126) reitera a necessidade do enfermeiro realizar uma reflexão sobre as suas experiências junto dos doentes terminais/famílias, a fim de actuar, talvez menos sobre o efeito da emoção, mas mais motivado por uma compreensão da situação de crise na qual se debatem os doentes e as suas famílias, proporcionando ao máximo à pessoa que vai morrer, uma certa serenidade face à morte e ao processo de morrer.

Assim sendo, o enfermeiro deve adoptar uma atitude de advocacia face ao doente em fase terminal e sua família.

III - O ENFERMEIRO COMO "ADVOGADO" DO DOENTE

Segundo Pacheco (2002:121), o enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que mantém uma relação mais íntima com o doente, dada a continuidade do seu contacto com o mesmo. Esta é uma posição privilegiada visto que, regra geral, é o elemento da equipa de saúde que conhece melhor o doente e o seu contexto familiar, económico e sócio-cultural. Desta forma, o enfermeiro é aquele que está mais indicado para assumir a posição de "advogado" do doente.

Assim sendo, a mesma autora refere que o enfermeiro deve estar preparado para atender o doente em todas as suas vertentes, bio-psico-socio-cultural e espiritual, cabendo-lhes, pois, um papel decisivo no apoio

e acompanhamento a dar ao doente e seus familiares durante todo o processo de morrer, pelo que se torna fundamental que seja capaz de demonstrar a sua disponibilidade para ajudar, sendo o doente o verdadeiro mestre na prática dos cuidados de enfermagem (p.121).

IV – COM O ENFERMEIRO ATÉ MORRER

Ajudar o indivíduo, segundo Imperatori (1998:151), tanto na vida como na morte, é fundamental na prática de cuidados de enfermagem, e só é possível se for assegurada a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que só desta forma serão prestados cuidados humanizados ao doente.

Todavia, para Pacheco (2002:128-129), os enfermeiros apesar de saberem que os cuidados devem ser prestados até ao terminus da vida do doente, muitos sentem dificuldade em lidar com a morte e de comunicar com o doente, limitando-se a prestar cuidados apressados e evitando a relação interpessoal, o que leva à despersonalização dos mesmos.

Mas como podemos ajudar a viver quando se está eminentemente a morrer?

De acordo Gafo Fernandez (1996:150-156) a chave da humanização dos cuidados persiste no acompanhamento do doente. Há que saber estar perto dele, ser capaz de superar a própria angústia demonstrar ternura e disponibilidade perante o doente em fase terminal, aceitando este acontecimento como um facto natural e não vergonhoso. Por outro lado, também é estar perto dos familiares do doente, pois se por um lado são eles que poderão ajudar mais por conhecerem melhor o doente, por outro são pessoas que estão angustiadas com a perda de um ente querido e, por isso, também eles necessitam de apoio.

A relação de ajuda que o enfermeiro estabelece com o doente em fase terminal deve basear-se essencialmente na escuta activa, empatia e capacidade de ser congruente, se-

gundo Pacheco (2002:130-134).

O cuidar a pessoa doente em fase terminal é um acto complexo e carregado de sentido, pelo que é importante lembrar que os enfermeiros devem ainda, pautar a sua conduta de acordo com o seu código deontológico.

Nos doentes em fase terminal, o cuidar em enfermagem deve procurar valorizar e assegurar a qualidade e a dignidade da pessoa, implicando por isso uma reflexão em relação aos aspectos éticos e morais envolvidos, como referem Pereira e Pinto (2004:36).

V – A FAMÍLIA DO DOENTE EM FIM DE VIDA

Os familiares e amigos têm um papel fundamental na vida de qualquer pessoa, assumindo um especial interesse no processo terminal de uma morte anunciada.

Tal como já vimos anteriormente para o doente, também a relação do enfermeiro com a família do doente em fase terminal assume igualmente contornos importantes. Neste sentido, o enfermeiro deve reunir esforços para integrar a família da pessoa na equipa de saúde, para que, como em sua casa, a morte seja um acontecimento familiar e de forma a tornar a ajuda mais efectiva. Mas, antes de ter os elementos da família como recurso, o enfermeiro terá que determinar se eles querem estar envolvidos. Para isso, o enfermeiro deverá criar as condições físicas necessárias para que a família possa permanecer junto do seu familiar, durante o tempo que desejar. Para além disso, deverá encorajar a família a assistir e mesmo a participar nos cuidados prestados ao doente, na medida em que uma família insegura e ansiosa pode transpor para esta estes sentimentos, tornando esta fase da vida mais difícil do que já é na realidade.

Segundo Pacheco (2006:33), é fundamental que o enfermeiro tenha sempre o doente e/ou família informados, respondendo a todas as suas perguntas e repetindo tantas vezes quanto às solicitadas.

Trabalhando em equipa, as necessidades do doente/família podem ser satisfeitas da melhor maneira, uma vez que a família é quem melhor conhece o doente, enfrentando os problemas e as diversas fases do processo e a tentar transformar esta viagem final na melhor experiência possível .

CONCLUSÃO

A qualidade dos cuidados prestados ao doente em fase terminal requer que o enfermeiro e os restantes membros da equipa de saúde sejam capazes de considerar a morte como núcleo da cadeia da vida, bem como o de adquirir competência, maturidade e estratégias que os renovem e os direccionem no sentido de proporcionar que o doente em fase terminal viva e morra com dignidade. Para tal, é igualmente importante não descurar as pessoas significativas para o doente, pois o conhecimento e proximidade com o mesmo, poderá constituir um importante apoio para o doente e para a equipa de saúde, pelo que estas pessoas devem ser resgatadas para a mesma, mas serem também elas alvo dos nossos cuidados.

Como enfermeiros teremos muito a “dar a ganhar” abrindo as “portas da morte”, e não renunciando ao apoio emocional e à relação humana com a família e com o doente em fase terminal, não permitindo que ele, qualquer que seja o seu estatuto social, a sua raça ou crença, morra sozinho e sem a assistência afectiva de que necessita.

Pensamos, ainda, ser urgente a adopção de comportamentos que obriguem a sociedade a ter uma atitude diferente perante a morte. É preciso educar toda a população para a realidade da morte que, infelizmente, se mantém como um grande tabú do nosso tempo, desdramatizá-la e desmistificá-la e isso só será possível com a educação desde os mais novos aos mais velhos.

BIBLIOGRAFIA

- ABIVEN, Maurice – Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospital de cuidados paliativos. Loures: Lusociência, 1997. 206p. ISBN 972-8383-25-8
- ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – Bioética. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. 406p. ISBN 972-22-1719-4
- Cuidar na morte: que sentimentos?. Nursing: revista de formação contínua em enfermagem. Lisboa. nº209 (2006).p.43-48
- GAFO FERNANDEZ, Javier – Dez palavras chave em bioética. Coimbra: G.C.-Gráfica de Coimbra, Lda., 1996. 400p. ISBN 972-603-105-2
- IMPERATORI, Emílio – Voluntariado, humanização e qualidade. Revista portuguesa de saúde pública. Lisboa. ISSN 0870-05. nº2 (1998).p.53
- KUBLER – ROSS. Elisabeth – Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1979. 176p.
- LOUREIRO, Chotika Yampram – Cuidados de enfermagem a doentes em fase terminal. Revista sinais vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. nº 36 (2001).p.45-50
- PACHECO, Susana – A morte no ciclo vital: perspectiva da enfermagem. Ordem dos enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. nº20 (2006). p. 31-34
- PACHECO, Susana – Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética. 1ªed. Loures: Lusociência, 2002. 152 p. ISBN 972-9383-30-4
- PEREIRA, Mário Amélia; PINTO, Maria Augusta Sá – Aspectos do cuidar da pessoa em fim de vida. Nursing: revista de formação contínua em enfermagem. Lisboa. nº193 (2004).p.35-36
- SANTOS, Alexandre Laureano – Acompanhamento dos doentes terminais. In ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – Bioética. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. ISBN 972-22-1719-4. p.355-359
- SILVA, Almarim [et al.] – Acompanhar até ao fim: factores que influenciam o enfermeiro na prestação de cuidados ao doente em fase terminal. Ponta Delgada, 2003. 337f. (Dissertação apresentada à ESEnfPD no âmbito do 1º Curso de Licenciatura em Enfermagem)

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS PUÉRPERAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE NO PARTO



ANDREIA PEREIRA SANTOS MARQUES

*Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Hospital de Aveiro*

RESUMO

O presente estudo identifica o perfil das clientes do Serviço de bloco de Partos/Obstetrícia I do Hospital Infante D. Pedro, verifica a sua intenção de retorno e avalia a perceção da qualidade dos serviços de saúde prestados no parto, tendo como objetivo central avaliar a satisfação das puérperas relativamente aos cuidados prestados no parto. Efetivou-se um estudo descritivo-correlacional com recurso a um instrumento de colheita de dados adaptado da escala SERVQUAL. Concluindo-se que as puérperas se encontram satisfeitas com os cuidados prestados, sendo que a sua perceção supera a generalidade das expectativas.

PALAVRAS CHAVE: Qualidade em serviços, Cuidados de Saúde no parto, Satisfação das puérperas

ABSTRACT

The empirical study aims to outline the “Bloco de Partos/ Obstetrícia I” service user profile, at the Hospital Infante D. Pedro in Aveiro, to estimate the user’s intention to return, and assess the perception they have of the quality of health services provided during delivery, and also to evaluate the mother’s satisfaction regarding care. It was carried out a descriptive-correlational study using a data collection instrument adapted from SERVQUAL.

It was concluded that, in general, mothers are satisfied with the provided care, and that this perception generally outperforms expectations.

KEYWORDS: Service Quality, Health care in childbirth, Mothers’ Satisfaction

Atualmente o mundo empresarial é pautado por uma vinda competição, sendo que à sua semelhança as instituições públicas procuram oferecer serviços de qualidade, que atendam às expectativas dos seus clientes e os deixem satisfeitos. A satisfação do cliente é considerada importante para o bom funcionamento da instituição. EIRIZ e FIGUEIREDO (2005) dizem que a sustentação da participação no mercado surge do compromisso com a satisfação, retenção do cliente e liderança da qualidade. Isto é, clientes satisfeitos tendem a reutilizar os serviços e a expressar a sua satisfação a terceiros por via da comunicação. Perante a possibilidade de escolha dos serviços a utilizar e face às crescentes exigências dos utilizadores dos serviços públicos, considera-se que há necessidade de conhecer o cliente e a sua avaliação sobre a qualidade do serviço que lhes foi prestado. Nesta linha de pensamento a avaliação dos serviços de saúde emerge como ferramenta para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A consciência, da beleza da gravidez e da maternidade enquanto fase particular do ciclo vital da mulher e da família, e do importante papel dos cuidados de saúde prestados nesta área, e em particular no momento do parto, está na base da escolha da temática deste estudo de caso, atendendo ainda à carência de estudos análogos em Portugal. De salientar que a abordagem desta problemática se reveste de certa importância estratégica, sob o ponto de vista da intervenção sócio organizacional, ao nível das políticas e práticas de gestão de recursos humanos. "As organizações, para terem clientes satisfeitos e leais, devem dispor de sistemas de avaliação e análise, de forma a conhecer a evolução destes ativos intangíveis e a implementar programas de melhoria" (GUIMARÃES: 2009, p. 1).

Nesse contexto, o estudo visava traçar o perfil das clientes do Serviço de bloco de Partos/Obstetrícia I do Hospital Infante D. Pedro,

verificar a sua intenção de retorno e avaliar a perceção que elas têm da qualidade dos serviços de saúde prestados no parto, tendo como objetivo avaliar a satisfação das puérperas relativamente aos cuidados prestados no parto.

Atendendo à necessidade de criar instrumentos de utilização periódica que permitam monitorizar a qualidade dos cuidados prestados e a implementação de medidas de melhoria contínua, considerou-se adequada ao estudo a elaboração de um questionário com base no instrumento SERVQUAL adaptado ao grupo em análise. A escolha da ferramenta SERVQUAL de PARASURAMAN et al. (1988) prende-se com o facto de este ser um instrumento de vasta aplicação na avaliação da qualidade em serviços e também em serviços de saúde, paralelamente evidencia-se a vantagem competitiva que os resultados associados à sua aplicação podem facultar à Instituição em causa, visto que permitirão identificar as áreas consideradas de elevada qualidade pelas utentes, bem como, as áreas a melhorar.

A colheita de dados processou-se no mês Maio de 2012 no serviço de Obstetrícia I do Hospital Infante D. Pedro em Aveiro, sendo as participantes contactadas no serviço de internamento pela investigadora entre as 24 horas e as 48 horas de pós-parto. Após consentimento informado, e atendendo aos necessários cuidados éticos com o estudo, foi solicitado às puérperas o preenchimento do questionário.

O referido instrumento de colheita de dados inclui um questionário sociodemográfico, obstétrico e clínico (elaborado para o efeito), seguido de uma adaptação da escala SERVQUAL com 22 itens. Esta escala foi realizada em duas partes, sendo que na primeira as puérperas tinham de responder com base na expectativa da sala de partos e dos cuidados de saúde prestados. Na segunda parte, as puérperas teriam de ter como base a perceção da sala de partos e dos cuidados de

saúde prestados.

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Neste estudo de caso constatou-se que a amostra de 120 puérperas em estudo se caracteriza por uma média de idades de 30 anos, sendo na sua maioria casadas (62,5%). Quanto às habilitações académicas a amostra é heterogénea, contudo a sua maioria enquadra-se nos níveis profissionais mais baixos da Classificação Nacional de Profissões e 33,3% estão desempregadas, facto que se pode relacionar com a conjuntura socioeconómica que se vive no país. Quanto ao agregado familiar a maioria das puérperas da amostra vive com o companheiro (90,8%) facto que se pode aliar ao modelo cultural de família vigente na população portuguesa. No que diz respeito às variáveis obstétricas e clínicas a amostra em estudo evidência uma incidência de cesarianas de 43,3% valor muito díspar das recomendações da OMS que apontam para um valor médio ideal de 15%, contudo esta problemática segundo SARDO, FERREIRA & MARQUES (2008) deve-se a vários fatores desde logo à medicina moderna que é tendencialmente defensiva, bem como, a fatores socioculturais como a supremacia da cultura de uma vigilância da gravidez nos serviços de saúde privados. De destacar que a meta dos 23% recomendada e negociada em 2011 pelo Ministério da Saúde com os órgãos de Administração Hospitalar do País está assim longe de ser cumprida.

A maioria dos partos normais foram no entanto realizados por enfermeiros especialistas, conforme preconizam as várias entidades (OMS, Ministérios da Saúde, APEO, entre outras). Contudo é de salientar que 18,6% não sabem quem foi o partejante, isto é, o profissional de saúde que realizou o parto. Sendo que este facto poderá ser sinónimo de falha na identificação dos profissionais quer verbal quer através de placa de identificação

e com a agravante que todas as classes profissionais dentro da sala de partos usam a mesma farda cirúrgica (verde).

Na sequência da questão de partida "Qual o grau de satisfação com os cuidados durante o trabalho de parto e parto das puérperas que recorrem ao bloco de partos do Hospital de Aveiro" observa-se que em quase todas as sub-escalas, as médias encontradas para expectativa possuem valores inferiores às da perceção, pelo que se conclui que se verifica uma maior qualidade nos serviços, diante dos gaps observados, que podem ser indicativos de satisfação das puérperas no que diz respeito às dimensões de avaliação do serviço prestado. Com especial relevância para a valorização de equipamentos modernos, instalações visualmente atrativas e instalações conservadas, facto que se justifica as obras de requalificação ocorridas em 2009. Paralelamente evidencia-se a satisfação com o fardamento dos profissionais, que como foi referido anteriormente utilizam fardamento cirúrgico no decorrer do trabalho de parto e no intraparto são utilizados equipamentos cirúrgicos específicos (touca, máscara, bata cirúrgica e viseira) que permitem assepsia cirúrgica, evidenciando-se assim o cumprimento das normas de boas práticas. Evidencia-se ainda satisfação com a segurança transmitida pela sala e pelos cuidados, facto que poderá ser benéfico não só para a qualidade dos cuidados da instituição como para as puérperas, pois neste âmbito segundo COSTA et al. (2003) grávidas satisfeitas com os cuidados tendencialmente têm vivências mais satisfatórias da maternidade no puerpério.

Por outro lado, a satisfação não é tão evidente em aspetos como a informação fornecida aquando dos procedimentos, facto que já foi evidenciado em estudos anteriores (COUTO, 2003; COSTA et al., 2003). Contudo esta lacuna impossibilita o cumprimento integral do direito das parturientes ao consentimento informado conforme assim prevê a legisla-

ção em vigor (Instituto da Qualidade em Saúde, 2000).

Paralelamente, a assistência de cuidados não imediatos, as lacunas na disponibilidade e a ocupação permanente dos profissionais são apontados pelas puérperas como itens de menor satisfação, sendo que neste domínio é de referir que existem dois enfermeiros especialistas na sala de partos quando deveriam ser três conforme preconiza a OMS (1996) perante o número de partos que esta instituição assiste ao longo do ano, ora esta falta de recursos humanos tem naturalmente repercussões na satisfação das utentes, e que este estudo evidência.

Considerando os dados em análise e atendendo à Hipótese “Existe correlação entre as variáveis sociodemográficas das puérperas e a escala de satisfação SERVQUAL”, evidenciase estatisticamente que as puérperas solteiras e divorciadas se encontram mais satisfeitas em relação à “segurança” e as casadas e a viver em união de facto se encontram mais satisfeitas em relação à “Empatia”. Eventualmente porque as segundas se faram acompanhar do marido/companheiro enquanto que as primeiras terão de necessariamente se vincular e confiar na equipa de saúde pois poderão não ter outro suporte emocional nesta vivência em particular do trabalho de parto e parto. Paralelamente, as puérperas desempregadas evidenciam-se mais satisfeitas quanto à dimensão “Empatia”, facto que segundo BOWERS, SWAN & KOHLER (1994) deve-se à tendência das pessoas desempregadas para sobrevalorizar as vivências positivas como forma de compensação.

Por outro lado, não é possível concluir que a idade das puérperas, as habilitações literárias e a composição do agregado familiar influenciem a satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados. Embora outros estudos consigam identificar esta relação no que diz respeito à influência da idade e às habilitações literárias, nomeadamente, os estudos desenvolvidos por COUTO (2003) e

COSTA et al. (2003). Sendo que este dizem que quanto maior a idade e as habilitações académicas menor será a satisfação com os cuidados de saúde.

Atendendo à hipótese “Existe correlação entre as variáveis obstétricas das puérperas e a escala de satisfação SERVQUAL”, não é possível concluir que o número de partos, as semanas de gestão, a frequência de aulas de preparação para o parto, nem o profissional de saúde que realiza o parto, influenciem a satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados.

No que diz respeito às semanas de gestação apenas se encontra referência bibliográfica à diminuição da satisfação nos casos de grandes prematuros, segundo CANAVARRO (2001) e a Direção Geral de Saúde (2008), pelas complicações que a prematuridade acarreta. Contudo a média de idade gestacional da amostra poderá justificar a falta de correlação referida. Quanto à frequência de preparação para o parto são inúmeros os estudos e autores que advogam a importância destas aulas na promoção da satisfação das utentes não só com os cuidados como também com a própria vivência do parto, tais como: ANTUNES, LOPES & FERNANDES (2006); ANDREZZO (2007); BLENDON. et al. (2001); COUTO (2003); COSTA et al. (2003); FIGUEIREDO, PACHECO & PAIS (2002).

Embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, verifica-se que a satisfação é maior nas puérperas submetidas a parto normal em todas as dimensões, à exceção das sub-escalas “Aspetos tangíveis” e “Empatia” e também no total da escala, que é maior nas puérperas que tiveram um parto instrumentado. Tal facto é igualmente apresentado por muitos autores e estudos tais como: BRANDEN (2000); Direção Geral de Saúde (1997); FAME & APEO (2008); FIGUEIREDO, PACHECO &

PAIS (2002). Num parto normal os procedimentos médicos invasivos são menores,

logo, a propensão para o medo do desconhecido e para a dor será menor. Paralelamente o instinto maternal segue o caminho fisiológico desta vivência e a adaptação da mulher à maternidade é mais tranquila como descreve CANAVARRO 2001).

Paralelamente, este estudo de caso revela que a satisfação é maior no caso de terem sido enfermeiros a realizar o parto nas sub-escalas "Fiabilidade" e "Empatia", enquanto que quando foi o médico a realizar o parto, as puérperas se mostraram mais satisfeitas em relação a "Aspetos tangíveis", "Capacidade de Resposta", "Segurança" e também no total da escala. Embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas existem inúmeros autores que consideram estas premissas reais, tais como: COUTO (2003) e URDAN (2001). Este facto poderá estar relacionado com a relação exclusiva que os enfermeiros têm com a realização de partos normais, sendo que por si só, como foi referido anteriormente este tipo de parto poderá ser potenciador de uma

maior satisfação. Por outro lado, para a intervenção médica ocorrer é necessário que algo não esteja a decorrer com normalidade, ou seja, que se verifique um acréscimo da complexidade do trabalho de parto, podendo até ser patológico. Sendo que este quadro poderá gerar ansiedade na parturiente e condicionar a sua vivência de parto de forma negativa.

Foi possível verificar de forma muito significativa que este serviço em particular vai de encontro as expectativas das puérperas (99,2%), bem como, 98,3% das puérperas voltaria a recorrer ao serviço. Evidencia-se assim a satisfação das utentes com os cuidados de saúde prestados neste serviço, não só pela intenção de retorno, mas também pela verbalização dos cuidados prestados enquanto aspeto positivo do serviço (27,5), e paralelamente, 76,7% não têm aspetos negativos a apontar.

Um dos contributos deste estudo prende-se com o esclarecimento de conceitos e clarificação de modelos de leitura e compreensão das problemáticas abordadas no contexto específico dos cuidados de saúde, nomeadamente a satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados. Por se tratar de assuntos atuais, alvo de constantes investigações e intervenções, esta preocupação em uniformizar conceitos e teorias reveste-se de extrema importância. Só assim se garante um trabalho concertado e desenvolvido na mesma direção. Outro contributo deste trabalho prende-se com a sistematização de dados e elaboração de um instrumento de recolha de informação, facilitadora de futuros trabalhos empíricos nesta área. Assim, pode-se concluir que de um modo geral as puérperas encontram-se satisfeitas com os cuidados prestados, sendo a sua perceção supera na generalidade as expectativas.

Perante os dados analisados e discutidos na análise empírica e atendendo à Hipótese "Existe correlação entre as variáveis sociodemográficas das puérperas e a escala de satisfação SERVQUAL", pode concluir-se com base na evidência estatística que as puérperas solteiras e divorciadas se encontram mais satisfeitas em relação à "segurança" e as casadas e a viver em união de facto se encontram mais satisfeitas em relação à "Empatia", tal como, as puérperas desempregadas evidenciam-se mais satisfeitas quanto à dimensão "Empatia". Por outro lado, não é possível concluir que a idade das puérperas, as habilitações literárias e a composição do agregado familiar influenciem a satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados.

Paralelamente, e considerando a hipótese "Existe correlação entre as variáveis obstétricas das puérperas e a escala de satisfação SERVQUAL", não é possível concluir que o número de partos, as semanas de gestão, a frequência de aulas de preparação para o parto, nem o profissional

de saúde que realiza o parto, influenciem a satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados.

Contudo, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas, verifica-se que a satisfação é maior nas puérperas submetidas a parto normal em todas as dimensões, à exceção das sub-escalas "Aspectos tangíveis" e "Empatia" e também no total da escala, que é maior nas puérperas que tiveram um parto instrumentado. Tal como a satisfação é maior no caso de terem sido enfermeiros a realizar o parto nas sub-escalas "Fiabilidade" e "Empatia", enquanto que quando foi o médico a realizar o parto, as puérperas se mostraram mais satisfeitas em relação a "Aspectos tangíveis", "Capacidade de Resposta", "Segurança" e também no total da escala. Sublinhe-se novamente que estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Concluiu-se que de um modo geral as puérperas se encontram satisfeitas com os cuidados prestados, sendo a sua perceção supera a generalidade das expectativas. Contudo, uma análise pormenorizada dos resultados permitiu identificar aspetos menos positivos e refletir sobre intervenções que visem a melhoria contínua do serviço, nomeadamente, a promoção da identificação adequada dos profissionais, a sugestão de medidas para diminuir a incidência de cesarianas, bem como, o alerta para a necessidade de reajustar os recursos humanos de acordo com as necessidades.

Após a realização deste estudo e com base na identificação dos aspetos que estatisticamente demonstram menor satisfação das puérperas evidencia-se algumas ilações para a gestão em três áreas relevantes: fomentar a devida identificação dos profissionais, implementação de medidas que visem a redução da percentagem de cesarianas, bem como, um reajustamento dos recursos humanos de acordo com a realidade do serviço.

Lista bibliográfica:

- ANDREZZO, H. (2007). A satisfação da parturiente com o seu parto: resultado de três maternidades do sul do Brazil (Dissertação de curso de Medicina). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- ANTUNES, M.; LOPES, J. & FERNANDES, R. (2006). O grau de satisfação das grávidas face ao curso de preparação para o parto. Lisboa: Revista Nursing: nº 213, p. 6-10, ISSN 0871-6196.
- BLENDON, R.; SCHOEN, C.; DESROCHER, C.; OSBORN, R. & ZAPERT, K. (2001). Physican's views on quality of care - a five-country comparison. Health Affairs. Milluood: v.20, nº6, p.29., Março.
- BOWERS, M.; SWAN, J. & KOHLER, W. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? Health Care Management Review: vol.19 (4), p.49-55.
- BRANDEN, Pennie. (2000) Enfermagem materno-fetal. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Reichmann e Afonso, 524p., Abril.
- CANAVARRO, M. (2001). Psicologia da gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto Editora. 407 p. ISBN 989-558-081-9.
- COUTO, G. (2003). Preparação para o parto - Representações Mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. 2ªed. Lisboa: Lusociência, 185p. ISBN 972-8383-63-0.
- COSTA, R.; FIGUEIREDO, B; PACHECO, A & Pais, A. (2003) - Parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação. Revista de Psicologia da Saúde e da Doença [Em linha]. Vol: 4, Nº1, Lisboa, p. 47- 67, Julho. Disponível em WWW: <URL<: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086003000100004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1645-0086. [Consult. a 06 de Agosto de 2009].
- Direcção Geral de Saúde. (1997). A saúde dos portugueses. <http://www.dgsaude.pt/Gdd/Saudeport.html>.
- Direcção Geral de Saúde. (2008). Natalidade, Mortalidade infantil, fetal e perinatal,

2003/2007. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
EIRIZ, V.; FIGUEIREDO, J. (2005). Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol.18, nº6

Instituto da Qualidade em Saúde. (2000) Excelência não é teoria, excelência é capacidade. *Revista Qualidade em Saúde*, Setembro, p.44-48.

FAME & APEO (2008). Iniciativa: parto normal – Documento de consenso. Barcelona: Lusociência.

FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A. & PAIS, R. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*. V. 2, p. 203-217, ISSN: 0870-8231.

GUIMARÃES, M. (2009). Satisfação do Utente e qualidade apercebida: Avaliação no Centro de Saúde de Aldoar. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Tese de Mestrado. <Disponível em https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1414/3/dm_mariaconceicaoguimaraes.pdf>,[Consult. a 22 de Julho de 2011].

Organização Mundial de Saúde. (1996) Maternidade segura – Assistência ao parto: um guia prático. Geneva: OMS/SFR/MSM.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. & ZEITHAMIL, V. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. New York: Babson College, V.64, nº 1, pp.38-40.

SARDO, D.; FERREIRA, M. & MARQUES, R. (2008). Parto normal em Portugal – estado de arte. In FAME & APEO, Iniciativa Parto Normal – Documento de consenso. Barcelona: Lusociência, pp. 13-19.

URDAN, T. (2001). A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo: Outubro/ Dezembro, v.4, nº4, p.44-55.

SITUAÇÕES INDUTORAS DE STRESS NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS

**CARINA FREITAS**

*Enfermeira, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra
Unidade Sobral Cid*

ANTÓNIO BERNARDINO

*Enfermeiro, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra
Unidade Sobral Cid*

RESUMO

As situações indutoras de stress nos profissionais de saúde, embora sejam reconhecidas, têm sido ignoradas nos estudos de investigação.

Sabe-se porém, que os serviços de saúde, particularmente em hospitais, constituem organizações bastante peculiares, concebidas quase exclusivamente, em função das necessidades dos utentes descurando, o facto de, proporcionar aos seus funcionários condições de trabalho precário.

Assim sendo, o trabalho em ambiente hospitalar contribui não só para ocorrência de acidentes, bem como, para situações de fadiga crónica, física e mental.

PALAVRAS CHAVE: enfermeiro, stress

ABSTRACT

The stress-inducing situations in health professionals, although they are recognized, have been ignored in research studies. It is known however, that health services, particularly in hospitals, are peculiar organizations, designed almost exclusively in accordance with the needs of users, neglecting the fact that provides their employees precarious working conditions. Therefore, the work in hospitals not only contributes to accidents, as well as for situations of chronic mental and physical fatigue.

KEYWORDS: Nurse, stress

INTRODUÇÃO

A interdependência de uma organização e o seu meio envolvente é uma condicionante essencial, especialmente no caso das organizações de saúde, as quais estão sujeitas a numerosas influências, nomeadamente, económico-financeiras, socioculturais, legislativas e tecnológicas (Chiavenato, 1995).

Verifica-se, assim, que as organizações hospitalares são sistemas complexos, com+postos por diversas profissões, tornando-as sobretudo uma organização de pessoas confrontadas com situações emocionalmente intensas, tais como, vida, doença e morte, as quais provocam, ansiedade, alterações físicas e mentais. Nos últimos anos, tem-se vindo a falar de "humanização de cuidados", verificando-se que os estudos desenvolvidos, têm como principal objectivo a qualidade de serviços prestados e os lucros destes cuidados. As condições de trabalho, a motivação e o bem-estar dos profissionais de saúde têm sido colocados em terceiro plano. De salientar, que para haver uma melhoria na prestação de cuidados, é fundamental que todos os prestadores de cuidados aos utentes, tenham bem-estar físico e mental. ... "Sempre se esperou que os enfermeiros respondessem à obrigação de cuidar fosse em que circunstancias fosse" (Salvage, 1990).

FACTORES ESPECÍFICOS DE STRESS

A realidade do trabalho do enfermeiro é bem diferente dos restantes técnicos de saúde.

No desenvolvimento das suas funções, o enfermeiro encara uma polivalência, que, no entanto, não é acompanhada de autonomia e diferenciação de cuidados bem definidos, o que leva a conflitos entre papéis.

Sendo assim, o trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar, é extremamente desgastante e stressante o que leva à desmotivação, absentismo, insatisfação pessoal e conseqüentemente, uma prática de cuidados com menos qualidade. Cada indivíduo

é único, por isso a condição ou situação de stress é variável, ou seja, depende das características de cada pessoa, vulnerabilidade e mecanismos de coping (Lazarus, 1991, 1993). Segundo Ivanovich e Matteson (1980), citados por Peiró (1993), existem quatro categorias de situações stressoras.

1. Aspectos organizacionais

As organizações, como sistemas sociais que são, apresentam uyma seriem de características. Estas são uma parte essencial de um contexto organizacional em que as pessoas trabalham tendo em vista a satisfação das suas necessidades e o cumprimento dos objectivos das instituições. Sabe-se porém, que estas podem representar fontes de stress e conflitos entre os seus profissionais.

a) Estrutura Organizacional

Esta refere à forma como se dispõem os diferentes órgãos e níveis hierárquicos, as suas relações de interdependência, e as suas formas de coordenação de reforços, com vista a cumprirem objectivos.

O nível hierárquico de um profissional apresenta uma relação positiva com a satisfação geral e as posições mais baixas, o nível de satisfação nulo e por sua vez o maior absentismo.

Os problemas de stress gerados pelas características organizacionais, e que merecem maior atenção, são o alcoolismo, burnout e acidentes de trabalho.

b) Clima Organizacional

Um ambiente de trabalho favorável proporciona satisfação das necessidades e eleva a motivação e auto-estima.

Além disso, este clima influencia todos os indivíduos e é por eles influenciado (Chiavenato, 1995).

c) Cultura Organizacional

Segundo Fachada, 1991, esta é o modo de vida dentro das organizações, ou seja, o conjunto de valores que orienta as interações e o relacionamento profissional.

De acordo com Evaristo Fernandes (1995), para obter um equilíbrio, a organização deverá promover um bom clima de trabalho e, ter como objectivo fundamental a realidade sociopsicológica dos indivíduos.

2. Tipo de trabalho

a) Trabalho por turnos

Estudos realizados demonstraram que os profissionais que praticam este tipo de horários apresentam sinais de fadiga crónica e alterações gastrointestinais. Estas influências são biológicas e emocionais, devido às alterações dos ritmos circadianos, sono vigília e do sistema termo regulador.

Para alguns autores, os efeitos deste tipo de trabalho pode ser minimizado com uma recuperação adequada do sono e algum tempo para a vida pessoal e familiar (Peiró, 1993).

Segundo Kandolin (1993) um estudo realizado em profissionais de saúde que trabalham por turnos encontrou 3 sinais de burnout, fadiga psicológica, insatisfação no trabalho e endurecimento de atitudes.

b) Sobrecarga e local de Trabalho

Têm-se constatado relações significativas entre a subcarga de trabalho, desenvolvimento de ansiedade, diminuição da satisfação do trabalho e comportamentos nefastos para a saúde, como por exemplo, o consumo de álcool e tabaco (Peiró, 1993).

O excesso de trabalho e o aumento das exigências em relação às competências são os grandes factores de stress, no ambiente hospitalar.

Uma investigação japonesa realizada em 2004 por Imai et al comparou o burnout entre enfermeiros psiquiátricos e enfermeiros

de saúde pública e conclui que a maior incidência, 59,2% manifestavam-se nos primeiros.

3. O desempenho de papéis

a) Conflito e ambiguidade de papéis

O termo "papéis" pode ser definido como um conjunto de expectativas e solicitações sobre os comportamentos e atitudes que se esperam do profissional que ocupa uma determinada posição hierárquica (Peiró, 1993).

Quando os membros de um conjunto criam, em relação a outra pessoa, exigências e expectativas incompatíveis entre si, pode criar conflito de papéis. Quando estas são exigidas com informação insuficiente cria-se uma ambiguidade de papéis.

O conflito de papéis apresenta relações significativas com a tensão no trabalho, depressão, sintomas neuróticos, obesidade e doenças coronárias.

Howard (1998) realizou um estudo em enfermeiras de hospitais Canadianos e verificou que factores organizacionais como ambiguidade, conflito de funções e autonomia, eram componentes e variáveis que levavam a exponenciar o burnout.

4. Relações interpessoais e grupais

Este tipo de relações é habitualmente valorizado de forma positiva.

Com efeito, as oportunidades de relação com os outros no trabalho é uma variável que aparece positivamente relacionada com a satisfação no trabalho, isto não significa que as relações interpessoais no trabalho resultem sempre em positivas.

As boas relações entre os membros do grupo de trabalho são factores central na saúde individual e organizacional. Porém, as relações ambíguas, marcadas pela desconfiança, pouco cooperativas e destrutivas pode originar elevados níveis de tensão e stress.

a) Relações com os superiores

No mundo do trabalho o superior hierárquico é um ponto de referência para a maior parte das pessoas e pode ser uma das fontes de recompensa ou de sanções. Um tratamento marcado pela desconsideração e favoritismos relacionam-se positivamente com atenção e opressão no trabalho.

b) Relações com os colegas e grupos

As relações entre colegas podem ser uma fonte de stress e altamente prejudicial para a saúde mental, no entanto se forem pautadas por espírito de equipa e de entreajuda, contribuem para um bom ambiente de trabalho. Nas relações de grupo são considerados como principais factores de stress, a falta de coesão, as pressões de grupo e os conflitos.

c) Relações com os utentes

Têm sido feitas diversas investigações com o objectivo de esclarecer os processos pelos quais os profissionais que prestam cuidados aos utentes começam a manifestar sentimentos de despersonalização, esgotamento emocional, indiferença e a rejeição emocional perante estas pessoas.

5. A carreira

a) Insegurança no trabalho

Segundo Harley et al (1991), a insegurança no trabalho é um fenómeno objectivo/ subjectivo, de qualidade cognitiva/afectiva, e relacionada com a continuidade do trabalho ou com algumas das suas características.

Alguns estudos revelam que em situações de insegurança no trabalho, por exemplo, os contratos por tempo determinado, as pessoas estão mais predispostas a aceitar sobrecarga de trabalho ou condições de trabalho menos adequadas que podem agravar o stress, a fadiga e a deterioração da saúde mental.

b) Progressões de carreira

A progressão da carreira resulta das aspirações e dos comportamentos das pessoas e a interacção com o meio profissional

A estagnação ou a demora nas progressões causam conflitos e insatisfação relacionada com o seu estatuto profissional

6. As novas tecnologias

As novas tecnologias nomeadamente a informática podem proporcionar benefícios e inconveniências que incidem no trabalho e nas relações interpessoais e grupais.

Alguns estudos revelam que a introdução e a implementação de novas tecnologias nas organizações de saúde tem contribuído para situações indutoras de stress, por exemplo a necessidade de novos conhecimentos e competências requerem mudanças

PREVENÇÃO DE FACTORES DE STRESS E BURNOUT

A prevenção e tratamento destes factores causadores de ansiedade e fadiga física e mental devem ser abordados como problemas colectivos e organizacionais e não apenas como um problema individual.

Particularmente nos enfermeiros, evitar excesso de horas extras, condições de trabalho gratificantes, modificar métodos de prestações de cuidados, reconhecer necessidade de formação e aperfeiçoamento profissional, e não esquecer, a vida social e familiar, podem contribuir para a prevenção do stress e para um aumento da motivação e satisfação pessoal.

CONCLUSÃO

Segundo, o Plano Nacional de Saúde para todos (2004-2010), um aspecto importante no domínio das necessidades de intervenção no local de trabalho situa-se no desenvolvimen-

to de um Programa Nacional de Promoção e Protecção da Saúde nos Locais de Trabalho, assente em cinco eixos estratégicos estruturantes da intervenção e que consubstancie os princípios estipulados no Plano Nacional de Acção para a Prevenção, resultante do acordo sobre condições de trabalho, higiene e segurança no trabalho e combate à sinistralidade, estabelecido pelo Concelho Económico e Social de 2001.

Assim, assegurar-se-á que os serviços de saúde, públicos e privados, incluindo institutos e serviços centrais, organizem os Serviços de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho, de forma a incentivar o cumprimento, por parte destas instituições e serviços, das normas legais sobre higiene, segurança e saúde no trabalho, garantindo a avaliação e registo actualizado dos factores de risco e a planificação das acções conducentes ao seu efectivo controlo, bem como a existência de recursos humanos com competência e qualificação adequadas.

Desta forma, todos os serviços dependentes do Ministério da Saúde, especialmente as unidades prestadoras de cuidados, deverão ter organizado os Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho⁴⁸ de forma a constituir uma mais-valia em termos de saúde e segurança para os seus próprios trabalhadores.

BIBLIOGRAFIA

CHIAVENATO, I.- Recursos humanos. São Paulo: editora Atlassa, 1995.

PROMOÇÃO DO CONFORTO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM COMA

**ANA BEATRIZ OLIVEIRA**

Enfermeira Licenciada pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ANDREIA GINÓ

Enfermeira Licenciada pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RAQUEL TORRES

Enfermeira Licenciada pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RITA SILVA

Enfermeira Licenciada pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RESUMO

Conhecer o doente é um processo indispensável do confortar, sendo importante compreender o efeito do conforto no prognóstico da pessoa em coma. Este artigo, que constitui uma revisão narrativa da literatura, foca o conforto enquanto objetivo a atingir nos cuidados de enfermagem. Desta forma, os profissionais de saúde devem conseguir identificar estratégias individuais para o promover, no sentido da recuperação até à autobiografia, considerando a família como um recurso neste processo, e ainda como cliente nos cuidados de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Conforto; Consciência; Coma; Família; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Knowing the patient is an indispensable process to comfort, being important understand the effect of comfort on the coma patient's prognosis. This article, which constitutes a narrative review of the literature, focuses comfort as a goal to achieve in nursing care. Thus, health professionals should be able to identify individual strategies to promote it in order to the recovery up to autobiography, considering the family as a resource in this process, and also as a client in nursing care.

KEYWORDS: Comfort; Consciousness; Coma; Family; Nursing Care.

INTRODUÇÃO

Numa abordagem sobre a promoção do conforto nos cuidados de enfermagem à pessoa em período de coma, pretende-se identificar estratégias de conforto à pessoa em coma; compreender a relação entre o conforto e humanização dos cuidados no prognóstico da pessoa e também a intervenção do enfermeiro e da família na promoção do conforto. O presente estudo centra-se na compreensão do que realmente significa humanizar os cuidados de enfermagem prestados, em que se inclui a implementação de medidas de conforto, e de que forma se podem potencializar essas vertentes no caso particular da pessoa em coma, sem especificidade da sua etiologia.

De acordo com Geraghty (2005), a pessoa em coma encontra-se num estado de inconsciência e, conseqüentemente, de dependência, sendo necessário haver por parte dos enfermeiros um comprometimento de manutenção de um padrão de prestação de cuidados de qualidade. Desta forma, é desejado que exista uma sensibilização, que deverá ser alargada aos respetivos familiares, e valorização da temática do conforto e humanização dos cuidados no contexto prático (GERAGHTY, 2005).

Com frequência, a sobrecarga de trabalho no quotidiano dos enfermeiros, leva a que a sua atuação se faça de forma mais tecnicista e mecanizada, descurando a humanização dos cuidados (SALICIO & GAIVA, 2006). Neste sentido, a linha orientadora para o desenvolvimento deste artigo passa, essencialmente, pela indissociação do conforto e da humanização dos cuidados à pessoa em situação de coma, compreendendo que para prestar cuidados de enfermagem de qualidade e aplicar estratégias de conforto é necessário individualizá-los, adequando-os à pessoa em questão, o que só é possível através de uma visão holística e individual da pessoa (POTT et al, 2013).

MÉTODO

O presente artigo consiste numa revisão narrativa da literatura. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados EBSCO e Scielo e através da consulta de livros e revistas científicas.

A literatura foi selecionada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigos de enfermagem, em *full text* e compreendidos entre o ano de 2002 e 2013, bem como livros temáticos sem limite temporal. Os artigos foram também selecionados de acordo com a pertinência dos respetivos *abstracts*.

Como critérios de exclusão referem-se artigos anteriores ao ano de 2002, os que não estejam em *full text*, bem como os que não são referentes à área de enfermagem, à exceção dos considerados pertinentes para o tema.

DOMÍNIOS OU CONTEXTOS DO CONFORTO

O conforto¹ constitui uma finalidade dos cuidados de enfermagem e, suportando-nos nos pressupostos da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, é definido como a “experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio², tranquilidade³ e transcendência⁴ satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental)” (OLIVEIRA, 2011, p.10).

O conceito de conforto é maioritariamente associado ao domínio físico. No entanto, este conceito estende-se a contextos distintos, não se restringindo à componente fisiológica, pelo que Katharine Kolcaba refere-se ao mesmo como um resultado holístico (KOLCABA, 1994). A análise da definição

1. Palavra que deriva do latim *confortare* atribuindo-lhe o significado “to strengthen much”, ou seja, “dar muita força”, ou “dar força com intensidade” a alguém.

2 “o estado, a experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica” (OLIVEIRA, 2011, p.10).

3. “estado de calma, sossego ou satisfação” (OLIVEIRA, 2011, p.10).

4. “o estado no qual é possível superar problemas ou dor” (OLIVEIRA, 2011, p.10).

de conforto presente na CIPE⁵, permite corroborar o que foi anteriormente referido, na medida em que o conforto é definido como um *status* com as características específicas de sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal, verificando-se, assim, a valorização do domínio físico em detrimento dos restantes (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - ICN, 2005).

Neste sentido, referenciamos também um estudo desenvolvido por Pinto e Conceição (2008), referente à percepção dos enfermeiros sobre os cuidados de conforto, cujos resultados obtidos revelam um maior enfoque no conforto físico, sem referência aos tipos de conforto "calma" e "transcendência", descritos por Katharine Kolcaba. Como tal, é importante salientar que a intervenção de enfermagem deve ser holística e ir de encontro à promoção do conforto ao nível de todos os domínios.

A LINGUAGEM CORPORAL E AS EXPRESSÕES FACIAIS

Na promoção do conforto nos cuidados de enfermagem à pessoa em coma é importante observar-se com atenção as manifestações externas que a mesma pode apresentar, na medida em que, segundo Taets e Figueiredo (2011), "a pessoa em coma fala através de significantes entendidos como expressões do corpo e, através de sinais como os registos da fisiologia interna do corpo que se mostra nos monitores das máquinas ligadas a ele" (p.1676). Neste sentido, a linguagem corporal da pessoa transmite mensagens e necessidades que devem ser consideradas, para a percepção de indícios de emoções⁶ não expressas verbalmente.

No que diz respeito às expressões faciais,

estas constituem a resposta fisiológica da pessoa às suas emoções e as alterações da expressão facial relacionam-se com os pares cranianos, destacando-se quatro que se associam a modificações da morfologia da face, nomeadamente o nervo oculomotor comum (III), o nervo trigémeo (V), o nervo facial (VII) e o nervo espinal (XI).

O nervo oculomotor comum (III) desempenha funções de inervação de diversos músculos do globo ocular e do músculo levantador da pálpebra superior, sendo a elevação da pálpebra superior um dos sinais presente nas emoções básicas de raiva e medo (EKMAN & FRIESEN, 2003). Segundo os mesmos autores, a emoção surpresa apresenta como indicador o relaxamento da mandíbula, que constitui uma das funções do nervo trigémeo (V), para além da função de elevação, depressão, retração e projeção da mandíbula.

Relativamente ao nervo facial (VII), é responsável pela inervação de vários músculos responsáveis pela expressão facial, sendo, segundo Ekman e Friesen (2003), parte integrante de sinais únicos facilitadores da identificação das sete emoções básicas.

No que diz respeito ao nervo espinal (XI), exerce funções ao nível de duas componentes, nomeadamente, a componente craniana e a raquidiana, sendo responsável pela inervação, através de uma raiz motora, do palato mole e da faringe; e pela contração e relaxamento dos músculos esterno-cleido-mastoideu e trapézio, respetivamente, constituindo indicadores de medo e surpresa (EKMAN & FRIESEN, 2003).

Em complementaridade, Esperidião-Antonio et al (2008) afirmam que existem pares cranianos que podem desencadear uma emoção, através da produção de uma resposta no organismo, apesar de não estabelecerem uma relação íntima com alterações da morfologia facial.

Deste modo, salientamos a importância da compreensão das diferentes expressões faciais associadas a determinadas emoções,

5. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

6. O sistema límbico é a principal entidade responsável pelas emoções humanas, permitindo inferir sobre a fisiologia das mesmas, sejam estas conscientes ou inconscientes.

pois constitui um complemento à avaliação da pessoa em coma e identificação de possíveis necessidades de conforto.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO SENTIDO HOLÍSTICO

É através da intervenção do enfermeiro, baseada na sensibilidade e na análise crítica, que este avalia, com recurso a conhecimentos técnicos e científicos, e cria condições favoráveis ao conforto (SILVA, 2008). Neste sentido, a abordagem terapêutica à pessoa em coma deve considerar diversos aspetos (GERAGHTY, 2005), tais como a avaliação do estado neurológico; a função respiratória, cardiovascular, renal e gastrointestinal; a questão da imobilidade; a dor; nutrição e hidratação; necessidades de higiene e necessidades psicossociais.

A nível da função respiratória, é importante a sua monitorização e registo das saturações de oxigénio, frequência respiratória e restantes características da respiração, bem como a otimização da mesma através do posicionamento adequado, com elevação da cabeceira a 30° para facilitar a drenagem de secreções e o retorno venoso, e aspiração de secreções quando necessário.

No que diz respeito à função cardiovascular, as intervenções passam pela monitorização da frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura, sendo necessária particular atenção para alterações nos sinais vitais que possam indicar deterioração neurológica, bem como observar alterações na coloração, como por exemplo palidez ou cianose.

Para a avaliação da função renal é importante a monitorização dos débitos urinários, que constitui um indicador de balanço hídrico.

Para promover o conforto físico é necessário prevenir complicações através de um adequado posicionamento e alternância de decúbitos com frequência, bem como é necessária uma avaliação da integridade da pele e identificação de áreas de pressão.

Na pessoa em coma a avaliação da dor não

é possível através da escala numérica, sendo difícil avaliar sinais de dor e desconforto. Contudo, como complemento poderão ser utilizadas escalas de avaliação alternativas, tal como a escala BPS (Behavioral Pain Scale)⁷.

No que diz respeito às necessidades psicossociais deve-se garantir que todos os procedimentos são explicados à pessoa em coma e assegurar a intervenção junto dos familiares e pessoas significativas, encorajando a interação e o envolvimento dos membros. A comunicação verbal com a pessoa em coma deve ser mantida, tendo em conta a informação transmitida e o tom de voz utilizado, e pode ser intercalada com o toque, se adequado (GERAGHTY, 2005).

DO COMA À AUTOBIOGRAFIA

No caso da pessoa em coma, a característica do indivíduo enquanto ser autobiográfico encontra-se comprometida. Desta forma, a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em coma, incluindo a promoção do conforto, insere-se na finalidade de permitir a recuperação até à autobiografia.

Na pessoa em recuperação de coma é importante a adoção de expressões faciais promotoras de conforto coerentes com o discurso; que o ambiente seja enriquecido por diferentes estímulos; e que a identidade e experiências vividas ajudem a interligar o que falta para a tomada de consciência⁸ plena (PINTO, 2011, 2014).

7. Contempla três principais indicadores, segundo a versão portuguesa da escala, nomeadamente a expressão facial, o movimento dos membros superiores e adaptação ao ventilador, cada um com quatro descrições com uma pontuação estabelecida. A pontuação total varia entre os 3 (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima).

8. António Damásio é um autor de referência no estudo das bases biológicas da consciência e do papel das emoções na consciência.

REGULAÇÃO SENSORIAL E O ENRIQUECIMENTO DO AMBIENTE

A estimulação da pessoa em coma fundamenta-se na promoção do conforto, bem como na reabilitação motora e cognitiva, perspetivando-se um aumento do estado de consciência devido à mutabilidade inerente ao estado de coma. Consideramos também que a regulação sensorial e o enriquecimento do ambiente constituem meios de individualização dos cuidados e de investimento na recuperação da pessoa em coma, sendo uma área que requer uma consciencialização dos profissionais de saúde para os programas existentes, respetivos critérios de inclusão e formas de estimulação. Oh e Seo (2003) acreditam que as pessoas com alterações da consciência podem ver diminuída a percepção sensorial, contudo, também a quantidade de estímulos sensoriais ambientais pode ser reduzida devido a uma hospitalização prolongada, à imobilidade e ao isolamento social daí decorrente, sendo necessário intervir neste âmbito.

A estimulação sensorial permite não só aumentar a capacidade de apreensão dos estímulos sensoriais, como também permite aumentar o nível de consciência (CALDAS, 1999). Com a finalidade de permitir a recuperação e evitar a privação sensorial da pessoa em coma, Monteiro et al (2013), referem que foram criados programas de EM⁹, como recurso terapêutico através da utilização de estímulos ao nível dos diversos sentidos¹⁰.

Cabral et al (2008) citam Wood (1991) e Gerber (2005), que introduziram o conceito de "regulação multissensorial"¹¹, uma vez que a terminologia "estimulação multissensorial" pode dar a "falsa impressão de que todas as modalidades sensitivas devem ser realizadas

9. Estimulação multissensorial.

10. "órgãos capazes de recolher informações do mundo exterior" (CALDAS, 1999, p.82).

11. Relacionado com a necessidade de se controlar a intensidade, frequência e forma de apresentação dos estímulos aplicados à pessoa em coma.

ao mesmo tempo" (p. 66).

Os sentidos permitem a captação e o processamento das informações ambientais, o que nos leva a considerá-los enquanto intermediários da regulação sensorial na estimulação do SARA¹² e consequente reabilitação da pessoa em coma. O principal objetivo da regulação sensorial é assim a sua recuperação, evitando processos de habituação e envolvendo processos de percepção, atenção e memória.

É importante ter em consideração que, segundo Cabral et al (2008), citando Sosnowski et al (1994), a EM implica o envolvimento de toda a equipa multiprofissional, bem como da família, que pode fornecer informações importantes sobre as características da pessoa antes da lesão e atuando como fonte de estímulo. De salientar que o funcionamento do processo de memória permite justificar o motivo pelo qual se usa essas informações relativas ao período pré-coma na regulação sensorial, estimulando a consciência.

A comunidade científica tem demonstrado grande interesse relativamente ao enriquecimento ambiental e aos efeitos funcionais ao nível do cérebro (PINTO, 2011, 2014). Em complementaridade com a regulação sensorial, torna-se possível uma intervenção promotora do aumento do nível de consciência, por incidência na capacidade de captação dos estímulos sensoriais.

Bear, Connors e Paradiso (2002) referem que durante um longo período de tempo acreditou-se que a neurogênese¹³ só estaria presente no desenvolvimento do encéfalo, pelo que quando se dava a morte das células nervosas adultas, estas já não poderiam ser substituídas. No entanto, Sale, Berardi e Maffei (2008), citados por Monteiro et al (2003), referem a existência de provas recentes que comprovam que a exposição a um ambiente enriquecido contribui para o aumento da

12. Sistema Ativador Reticular Ascendente.

13. Capacidade de formação de novos neurónios.

neurogênese na região do hipocampo e, conseqüentemente, reduz a morte cerebral por apoptose, verificando-se o aumento da espessura e peso cortical, número de células neurais e das ligações sinápticas. Assim, o enriquecimento do ambiente pode acarretar melhorias ao nível do prognóstico de lesões neurológicas, na medida em que a neurogênese no hipocampo contribui para a recuperação funcional após a lesão, sendo responsável pela incorporação de processos de plasticidade cerebral¹⁴.

A INTERVENÇÃO DA FAMÍLIA E PESSOAS SIGNIFICATIVAS

Perante a doença de um dos membros, Liberado (2004), citado por Oliveira P. (2011), afirma que esta converter-se-á em doença familiar, e todos sentirão a influência negativa do sofrimento e da dor.

A família¹⁵ faz parte do processo de internamento, merecendo igualmente atenção, sendo a mais direta e imediata fonte de apoio para a pessoa internada, bem como um recurso para a prestação de cuidados de encontro às necessidades da mesma.

São várias as fontes geradoras de *stress* a que os familiares estão sujeitos, nomeadamente a dificuldade em comunicar com o familiar, tendo conhecimento da natureza imprevisível do seu estado de saúde, assim como a possibilidade de morte ou o risco iminente de perda do familiar (OLIVEIRA P., 2011).

Desta forma, é necessário que o enfermeiro conheça as necessidades da família, sendo o apoio e a informação proporcionados no acolhimento essenciais na forma de encarar o processo de doença por parte da mesma,

14. Formas como o sistema nervoso pode alterar as suas funções em resultado de treino ou em resposta a uma lesão (HENSON & KEOGH, 2010, citando ROS-SINI et al, 2007).

15. “unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2011, p.115).

na capacidade em lidar com as alterações clínicas e nas decisões e envolvimento nos cuidados (OLIVEIRA E., 2012), auxiliando no processo de *coping*.

ÉTICA E DEONTOLOGIA NOS CUIDADOS À PESSOA EM COMA

Em contexto de prestação de cuidados de saúde, os profissionais devem desenvolver e compreender as questões éticas para se assegurarem de que os cuidados prestados são moral e legalmente aceitáveis.

Os princípios éticos, que surgiram pela primeira vez no Relatório de Belmont em 1978, constituem uma lente que permite ao enfermeiro olhar para a realidade de uma determinada maneira: sustentam-se na moral comum e estão disponíveis à avaliação e análise crítica. Estes princípios não se sustentam apenas numa perspectiva filosófica mas também naquilo que é considerado a “prática do bem”, abrindo as portas à avaliação e à crítica: a linguagem é acessível e o pensamento mais abrangente, o que permite a partilha e a discussão construtiva (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

A análise de uma situação deverá ser feita de acordo com todos os princípios. Desta forma, é necessário dar o mesmo valor a todos numa fase inicial, uma vez que, caso não o façamos, certos elementos decisivos podem ser erradamente ignorados. No caso da pessoa em coma, o princípio da autonomia encontra-se comprometido e, desta forma, o enfermeiro atua como “advogado do doente”, fornece a informação necessária e apoia a família na tomada de decisão em prol do doente e do seu maior benefício. Assim, os profissionais de saúde encontram-se frequentemente em situações delicadas em que os princípios de benefício, não malefício e veracidade são cumpridos mas o de autonomia é violado, o que nos remete para uma situação frágil mas muito complexa de decisões clínicas (URDEN, STACY & LOUGH, 2008).

CONCLUSÃO

O enfermeiro é preponderante na prestação de cuidados à pessoa em coma, uma vez que através de competências próprias e do contacto direto com a pessoa, poderá identificar necessidades individuais de conforto. Neste sentido, a prestação de cuidados à pessoa em coma deve ir de encontro à promoção de conforto holístico, enquanto conceito utilizado no modelo de Katharine Kolcaba, e à estrutura taxonómica do conforto, constituída por duas dimensões. A primeira dimensão referente à "intensidade de necessidades satisfeitas ou não satisfeitas nos três tipos de conforto: alívio; calma e transcendência", e a segunda dimensão que se apresenta com "graus de necessidades de conforto internas ou externas nos quatro contextos: físicos; psico-espiritual, sócio-cultural e ambiental" (PINTO & CONCEIÇÃO, 2008, p.8).

A intervenção de enfermagem deve assentar na inclusão da família ou membros significativos da pessoa em coma, podendo constituir um recurso na promoção do conforto.

Para além disso, a regulação sensorial e o enriquecimento do ambiente possuem uma base fundamentada na promoção do conforto à pessoa em coma e, através do controlo da intensidade, frequência e forma de aplicação dos estímulos, promovem a neurogênese, o que facilita a reconstrução autobiográfica, que constitui a finalidade em que os cuidados de enfermagem, neste âmbito, se inserem.

A temática abordada evoca também uma vertente ética e deontológica que, aliando-se aos conhecimentos técnicos e científicos, sobre os direitos humanos, éticos e legislativos se revelam imprescindíveis para lidar com situações difíceis bem como com a família e/ou pessoas significativas da pessoa em coma.

BIBLIOGRAFIA

- BEAR, Mark; CONNORS, Barry; PARADISO, Michael (2002) - Neurociências - desvendando o sistema nervoso. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN 0-683-30596-4;
- BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James (2002) - Princípios da ética biomédica. São Paulo: Loyola. ISBN 8515025655;
- CABRAL, Fernanda et al (2008) - Estimulação Multissensorial em Pacientes Comatosos: uma revisão da literatura. O Mundo da Saúde. São Paulo. ISSN 0104-7809. Vol.32, nº 1. (Janeiro-Março, 2008). p. 64-69;
- CALDAS, Alexandre C. (1999) - A Herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano. Lisboa: Mc Graw-Hill. ISBN 972-773-034-5;
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2005) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE: Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 92-95040-36-8;
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE: Versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2;
- EKMAN, Paul; FRIESEN, Wallace (2003) - Unmasking the face: a guide to recognizing emotions from facial clues. [s.l.]: Cambridge. ISBN 1-883536-36-7;
- ESPERIDIÃO-ANTONIO, Vanderson et al (2008) - Neurobiologia das emoções. Rev. Psiq. Clín. São Paulo. ISSN 0101-6083. Vol. 35, nº 2. (2008). p. 55-65;
- GERAGHTY, Max (2005) - Nursing the unconscious patient. Inglaterra. Nursing Standard. ISSN 0029-6570. Vol. 20, nº 1. (Setembro 2005). p. 54-64;
- HENSON, John; KEOGH, Bart (2010) - Plasticity: Teaching an old brain new tricks. Neurology. [s.l.]. ISSN 1526-632X. Vol.74. (29 de Março de 2010). p. 53-55;
- KOLCABA, Katharine (1994) - A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing. [s.l.]. ISSN 0309-2402. Vol.

- 19 (Junho 1994). p. 1178-1184;
- MONTEIRO, Ana C. et al (2013) - A Oculta Face do Coma: O despertar do desconhecido. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-001-0;
- OH, Hyunsoo; SEO, Whasook (2003) - Sensory stimulation programme to improve recovery in comatose patients. *Journal of Clinical Nursing*. [s.l.]. Vol.12. (2003). p. 394-404;
- OLIVEIRA, Célia Maria Gonçalves Simão (2011) - O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento;
- OLIVEIRA, Elina Maria Ribeiro Nunes (2012) - O primeiro contacto da família com a UCI. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Tese de mestrado;
- OLIVEIRA, Paulo Alexandre Dinis (2011) - Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Tese de mestrado;
- PINTO, Vanda Lopes da Costa Marques (2011) - Reconstrução Mnésica do Período de Coma por Traumatismo Crânio Encefálico. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento;
- PINTO, Vanda Lopes da Costa Marques (2014) - COMA - Provocar a Consciência. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-42-0;
- PINTO, Vanda Lopes da Costa Marques; CONCEIÇÃO, Ana Paula (2008) - Os enfermeiros na espiral do conforto. *Revista Sinais Vitais*. [s.l.]. ISSN 0872-8844. Nº 80 (Setembro 2008). p. 5-12;
- POTT, Franciele Soares et al (2013) - Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol.66, nº 2. (Março - Abril 2013). p. 174-179;
- SALICIO, Dalva Magali Benine; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz (2006) - O Significado de Humanização da Assistência para Enfermeiros que Atuam em UTI. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [s.l.]. ISSN 1518-1944. Vol.8, nº 3. (2006) p. 370-376;
- SILVA, Carlos Roberto Lyra (2008) - Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese de Doutoramento;
- TAETS, Gunnar Glauco De Cunto; FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida (2011) - A Linguagem do Corpo da Pessoa em Coma: Uma Pesquisa Experimental sobre os Cuidados de Enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidar é Fundamental Online*. Rio de Janeiro. ISSN 2175-5361. Vol. 3, nº 1. (Janeiro - Março 2011). p. 1676-1685;
- URDEN, Linda; STACY, Kathleen; LOUGH, Mary (2008) - Thelan's - Enfermagem em Cuidados Intensivos. Diagnóstico e intervenção. 5ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-08-6.

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