

sinais vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA



CIÊNCIA E TÉCNICA

TÉCNICA DE REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA EM PESSOAS INTERNADAS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO



CIÊNCIA E TÉCNICA

Construção do instrumento de avaliação do risco de queda da criança hospitalizada: "Sempre em Pé"

SOLUÇÕES FORMATIVAS DIRIGIDAS A INSTITUIÇÕES DE CUIDADOS DE SAÚDE

Formação em contexto de trabalho

Formasau, enquanto entidade formadora vem oferecer uma nova modalidade formativa: **Formação em contexto de trabalho**, dirigida às situações de trabalho que necessitem de programas de melhoria, a situações clínicas certificáveis, exigências legais e às necessidades dos colaboradores.

Potenciais clientes

Unidades e /ou instituições, Hospitais Públicos e Privados, UCCI's, ECCI's, USF, Lares, Unidades de serviço domiciliário.

Os cursos/acções serão efectuados nas Instituições de cuidados, à medida dos interesses das organizações.

Cursos em desenvolvimento	Nº Formandos	Horas de formação	Destinatários
SBV com DAE	6 formandos por formador	6 horas	Enfermeiros; Medicos; AO
Viabilidade Tecidual e tratamento de feridas	14 formandos	16 horas	Enfermeiros; Médicos
Prevenção e Controlo de Infecção na Prática Clínica	14 formandos	16 horas	Enfermeiros; Médicos
Promoção da funcionalidade e monitorização de resultados	10/12 formandos	16 horas	Enfermeiros
Precauções básicas de controlo de Infecção	16 participantes	7 horas	Assistentes operacionais (AO)
Cuidar de pessoas com demência	10/12 formandos	16 horas	Enfermeiros AO

Formação certificada | Formadores competentes | Avaliação da intervenção

Organização: Formasau, Formação e Saúde

Secretariado: 239 801020 | E-mail: suporte@sinaisvitais.pt

www.sinaisvitais.pt

VIII CONGRESSO INTERNACIONAL

GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS

Lisboa | Portugal | 30 e 31 de março de 2017

Auditório Metro Lisboa – Estação Alto dos Moinhos

PROGRAMA

30 DE MARÇO DE 2017

8h.30 - Abertura do secretariado e entrega de documentação

CICLO DE CONFERÊNCIAS

Moderador/ Comentador: Carlos Mateus, ELCOS

9.15-9.40 – FIDELIDADE DO REGISTO: A FOTOGRAFIA DIGITAL – TEORIA OU RECURSO? - Enfº Nuno Correia, GAIF

9.45-10.10 - LINFEDEMA MEMBROS INFERIORES: ABORDAGEM INICIAL E MANUTENÇÃO - L&R, Overpharma

10.15-10:45 - Intervalo

10:50-11.15 - ECONOMIA NA SAÚDE: CUSTO-EFECTIVIDADE NA PREVENÇÃO DAS UPP - Javier Gil, Market Access, Clinical & HE, Molnlycke Healthcare

11.20-11.45 – TERAPIA LARVAR EM PORTUGAL - Carmen Ferreira, Queenlabs

11.50-12.15 – MATERIAL DE PENSO COMO DISPOSITIVO DE TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA - Carlos Testas – CHLC

12.20-12.45 – INOVAÇÃO NA TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA - a designar, Smith-Nephew

12.45-14.00 – Almoço livre

14.10-14.30 - CASOS CLÍNICOS DE TRATAMENTO COM MEL MANUKA - Ana Almeida, CHLN (H. Sta. Maria)

14.35-15.00 - ESTUDOS DE CASO - ÚLCERA DE PERNA COMPLEXA - Vítor Santos, FERIDASAU

15.05-15.35 - CONVERSA: DICAS PRÁTICAS - MATERIAL DE PENSO NO MERCADO NACIONAL - Elsa Menoita, FERIDASAU , Rita Cigarro, H. S João de Deus M. o Novo

15.35-16.05 - Intervalo

16.10-17.30 - MESA REDONDA: QUANDO AS FERIDAS AGUDAS SE TORNAM COMPLEXAS - Moderador: Elga Rafael, ESEL

FERIDAS CIRÚRGICAS COMPLEXAS - Ester Malcato, CHLN

QUEIMADURAS COMPLEXAS E CONTEXTOS CLÍNICOS COMPLEXOS - António Simões – CHLN
FÍSTULAS E OSTOMIAS COMPLICADAS - Ana Rita

Batista – CHLN

17.35 - Apresentação de Poster e comunicações Orais

31 DE MARÇO DE 2017

09.00-09.20 - PODEM AS FERIDAS CICATRIZAR COM BIOFILME? - Elsa Menoita, FERIDASAU

9.25-10.45 - Mesa Redonda - Moderador: Rita Marques, Grupo Cicatriz

ÚLCERA PERNA: DA ETIOLOGIA E CRONICIDADE - Cristina Resende, Dermatologista, Hospital de Braga

CASO CLÍNICO COM TERAPIA LARVAR - Ana Almeida, CHLN (H. Sta. Maria)

CASO CLÍNICO COM FACTORES DE CRESCIMENTO - Dermaexel

BANDAS NEUROMUSCULARES E TERAPIA COMPRESSIVA - Carlos Cancela, ELCOS

10.45-11.15 – Intervalo

11.20-12.50 - MESA REDONDA: ÚLCERAS DE PERNA: SABER AVALIAR E INTERVIR - Moderador: Verónica Coutinho, ESEnfC

PREVENÇÃO EM POPULAÇÕES ESPECIAIS - APTF

RISCO DE DESENVOLVER UPP NA POSIÇÃO DE SENTADO - Elsa Menoita, FERIDASAU

DANOS DA PELE INDUZIDOS PELA HUMIDADE - Dermatologista a designar

SCALE E ÚLCERAS DE KENNEDDY - Rita Cigarro, H. S João de Deus M. Novo

12.50-14.15 - Almoço livre

CICLO DE CONFERÊNCIAS

14.15-14.40 – O TRATAMENTO DA DOR NA PESSOA COM FERIDA COMPLEXA: É COMPLEXO? - Paulo Pina

14.45-15.15 – INFECÇÕES DA PELE E TECIDOS MOLES - Rui Garcia, Médico, CHL Leiria

15.20-15.50 – DOENÇA PILONIDAI - Inês Ferrer Sales - Médica Cirurgia Geral, CHL Leiria

16.00 – Sessão de encerramento e entrega de prémios



Simpósio Nacional Para além da **EMERGÊNCIA**

Lisboa, 26 e 27 de Maio 2017

Auditório do metropolitano de Lisboa
estação do Alto dos Moinhos

1º Dia

8:30h – Abertura do secretariado

9:00h – Sessão de Abertura

9:15h – Mesa redonda 1 - Novos tratamentos / inovações:

- ECMO (Oxigenação por membrana extracorpórea)
- Angioplastia intervenção AVC
- Dador de coração parado

10:15h – Coffee break

10:45h – Conferência 1 - Enfermeiros Portugueses pelo Mundo (Culturas, religiões, sociedades e países diferentes)

- Enfermeiro Português pelo Mundo
- Experiência num país muçulmano

11:45h – Coffee break

12:00h – Conferência 2 - Catástrofes pelo Mundo

- Experiências na primeira pessoa

12:45h – Intervalo para almoço

14:00h – Conferência 3 - Simulação biomédica

- Simulação biomédica em Portugal
- A simulação no ensino de enfermagem

14:45 – Coffee break

15:00 – Mesa redonda 2 - Reanimar sempre?

- Diversos intervenientes/diversas perspetivas

16:00 – Comunicações livres

18:00 – Encerramento dos trabalhos do primeiro dia

2º Dia

8:45h – Reabertura do secretariado

9:00h – Mesa redonda 3 - Violência Doméstica, que respostas!

- Diversos intervenientes e serviços públicos

13:00h – Encerramento do congresso e entrega de prémios

Cursos pré e pós-congresso:

Dia 25 de Maio (pré-congresso)

- Curso de Suporte Imediato de Vida
- Curso de SBV DAE
- Curso de Via Aérea Avançada para Enfermeiros

Dia 27 de Maio (à tarde – pós-congresso)

- Curso de SBV
- Curso de Transporte do Doente Crítico

Cursos com inscrições limitadas e sujeitos a número mínimo de inscritos

Inscrições em: www.sinaisvitalis.pt

Organização:



SUMÁRIO

P06 EDITORIAL

P7 VIVÊNCIAS

P10 CIÊNCIA & TÉCNICA

CUIDADOS COM AUTO-CATETERIZAÇÃO INTERMITENTE

P13 CIÊNCIA & TÉCNICA

A INFLUÊNCIA HIPOCRÁTICA NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS

P22 CIÊNCIA & TÉCNICA

TÉCNICA DE REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA EM PESSOAS INTERNADAS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO

P29 CIÊNCIA & TÉCNICA

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA EM MENORES

P32 CIÊNCIA & TÉCNICA

CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: “SEMPRE EM PÉ”

FICHA TÉCNICA

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

EDITORIAL

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

Nos últimos dias assistimos a alguns episódios infelizes na nossa profissão. Depois de um membro do conselho diretivo da OE ter sido demitido fez denúncias na comunicação social sobre alegadas práticas que configurariam ilícitos no seio do conselho diretivo.

Claro que a comunicação fez eco dessas denúncias e, logo após, começaram a surgir vozes e comentários nas redes sociais que questionavam o interesse em ter uma ordem, juízos de valor sobre a dignidade da profissão, sobre a ética das pessoas, também sobre a bondade do que tinha sido feito, sobre a maldade da comunicação social, mas sobretudo assistimos ao renascer dos ex-candidatos que se apressaram a comentar.

Sobre este assunto gostava de dizer que estes episódios não colocam em causa a importância a necessidade da OE nem a dignidade da profissão, mas apenas os seus intervenientes.

Só um grupo profissional maduro pode ser autorregulado. A Enfermagem ao longo do seu percurso histórico de desenvolvimento enquanto disciplina e profissão já demonstraram e continuam a demonstrar a sua maturidade, é por isso que o Estado ao reconhecer lhes permite autorregular-se através de uma Ordem constituída por membros da profissão e não por outros profissionais ou organizações. Este facto é essencial para que nos possamos afirmar socialmente assumindo o controlo da profissão.

Mas há neste episódio uma clara falta de ética de múltiplos intervenientes, desde logo de quem alegadamente cometeu, ou permitiu que se tivessem cometido, as infrações noticiadas, mas também de quem as denunciou fora do seio da ordem quando o podia ter feito enquanto membro dos corpos sociais, ou pura e simplesmente ter solicitado escusa da obtenção dos benefícios denunciados.

Pensamos que tudo o que se passou deve ser objeto de uma forte reflexão para todos nós. As organizações têm que ser escrutinadas e cada um de nós deve participar ativamente nesse escrutínio. Para isso é indispensável que haja transparência. O trabalho dos representantes da profissão não pode prejudicar quem o realiza sob pena de não conseguirmos ter os melhores (primus inter pares) a representar-nos. Quando alguém se propõe ocupar estes cargos está a colocar em risco a sua carreira profissional, muitas vezes o seu percurso académico e portanto deve ser compensado desse esforço, mas tudo isso deve ser transparente.

Vamos esperar que as coisas se clarifiquem sem alaridos e que os culpados, se os houver, que sejam penalizados.



Foto: Henrique Silva

Há coisas que se passam no mais fundo de mim que ficam exactamente aí. No mais fundo de mim. E são raízes. Raízes que me sustentam de forma estranha numa crença diria entre a meninice e a ingenuidade absoluta.

Hoje por mais palavras intensas que buscasse nenhuma será capaz de ilustrar o que quer que seja desse fundo. Desse retrato a preto e branco. Dessa realidade que sinto cada vez mais rebuscada. E tão brutalmente minha. Entrevinhas.

Na minha infância era uma aldeia com uma escola primária, uma mercearia com balcão alto onde também se aviavam copos de vinho e tudo o resto. Montes de giestas, miúdos a brincar, velhas, homens de Macal e rebanhos de cabras e de ovelhas. Era lá que morava a minha amiga (rebusco outra palavra porque é mais que amiga e não encontro)... Até há meia dúzia de dias. Senhora Ana. 90 anos ou mais.

Na aldeia já quase não mora ninguém. Naquela rua (chamada de Rua da Ladeira) a senhora Ana era a única habitante. E eu recordo aquela rua muito mais larga na minha meninice. E as galinhas. E as cabritas. E os queijos a secarem numa tábua alta para os gatos os não comerem.

"Senhora Ana conte-me a história dos meus avós".

E ela contava. "Comecei a trabalhar para a tua avó no dia após ela se ter casado". Meu tio já tem 71 anos. É há mais de uma vida.

Fazíamos as feiras. Nesses dias punha-mos os aventais com os bolsos largos porque eram tantas as notas, Inês!

A tua avó dizia que podíamos comer tudo o que quiséssemos. Só tinha que ser rápido. Havia sempre muito trabalho.

Trabalhava-se nas terras. Nas vindimas e na apanha da azeitona. Nas matanças dos porcos. No depenar das galinhas. No amassar do pão. No tempero dos enchidos. Do fumeiro.

Dos bolos típicos da época. Das tigeladas.

A vida tinha a cadência exacta das estações do ano. O dia começava quando o sol nascia e findava quando o sol se punha. Tão simples e perfeito quanto isso.

Deixou de trabalhar lá em casa há dois anos. Talvez menos. Uma queda da camioneta.

Mas continuava a ir às pinhas e à caruma. Às rezas. A amassar o pão. A lavar a roupa com asseio.

Fomos lá no Natal. A lareira acesa daquelas em que cabemos todos lá dentro e ficamos impregnados com aquele cheiro intenso do fumo e da aldeia. Bebemos café e comemos pão com doce.

Fazia questão de levar o Tomé comigo. Para que ele percebesse a simplicidade absoluta disto tudo.

A senhora Ana está há meia dúzia de dias no lar. Disse-mo assim meia triste pelo telefone.

Apetece-me escrever as receitas todas. O modo de fazer as coisas. Que aprendi com ela. Tenho medo de me esquecer. Das broas dos Santos. Das broinhas de erva-doce. Do tempero das morcelas. Da reza para fazer crescer o pão. De como se lavam as tripas na ribeira. De como se rega a horta com a picota. De como se estendem os panos para apanhar a azeitona...

Sei que hoje a Senhora Ana não se aqueceu no lume. Que não olhou para o céu para perceber que dia, que tempo fará amanhã.

De cada vez que cuido duma velha tento ver a grandeza disto tudo. Acho que me torna gente. Um pouco mais gente. Digo velha com todo o carinho que há em mim. Porque

a teoria em excesso me aborrece e porque um dia quando for velha quero ser exactamente isso. Velha.

Pergunto-me quantos de nós temos a percepção da história por detrás do nome, do nome por detrás do número, da vida particular e magnífica de cada velho que cuidamos.

A semana passada fui ao Sardoal. E pela primeira vez na vida fui claro está ao Lar da minha terra. O lar fica no cimo da vila. Assim de repente é um sítio encantador. Quando eu era miúda precisamente aí era o cineteatro. Com umas portas muito altas e um palco de verdade e cadeiras de madeira onde nos sentávamos para vermos os espectáculos. Ao lado o convento e a Igreja. Ao lado da Igreja uma capela lindíssima do Senhor dos Remédios. Um Cristo tão cansado com a cruz.

Havia também nesse largo a árvore mais amada por todos nós crianças na altura. A árvore que tinha folhas de amoreira. Todos tínhamos a nossa colecção de bichos-da-seda. Uma caixa de cartão com buraquinhos. E os nossos bichos-da-seda. Da lagarta, ao casulo e depois à borboleta... Somos uma amálgama de memórias.

Trinta passados anos e dou por mim a consultar o horário de visitas à entrada do lar da minha terra.

Entro com os miúdos pela mão. No hall sentámo-nos num banco acolhedor. A senhora Ana veio ter connosco, o andar um bocadinho mais vagaroso. Estava cuidada. A roupa impecavelmente limpa. Um casaco de fazenda cinzento e um xaile preto bonito pelas costas. Disse-me que a comida era boa. E que a tratavam muito bem. E que conhecia muita gente e que no dia antes tinha estado a fazer rodilhas e a pintar.

E de repente quero acreditar que sim. Que é bom. Que não se está tão sozinho... E que é mais uma das transições que vamos experienciando ao longo da vida... Mas ao mes-

mo tempo deixamos de ser um bocadinho nós. Há qualquer coisa que fica. A forma como gostamos de fazer o café. Na cafeteira. O sentar-se no poial. O pôr-do-sol...

Dou por mim a desfazer a nostalgia como quem se quer ver livre da tristeza. Porque as coisas são o que são... Então com um andarilho vejo uma senhora que há anos que a não via e não me lembro de como se chama. Sei que era da Cabeça das Mós, tinha um carro grande, sempre com muitos cães, pintava o cabelo de vermelho e usava sempre umas roupas com o padrão do tigre ou do leopardo. Por aí... E nesse dia, a empurrar o seu andarilho ela vestia um robe que tinha exactamente o mesmo padrão de quando era nova e vestia os seus belíssimos casacos e vinha apanhar a sua amiga, dona Guilhermina para uma voltinha que eu imaginava que devia ser sempre espectacular. E fiquei confortada. Porque ela mantinha-se ela. Apesar dos anos volvidos. Da ausência do carro. E do silêncio dos cães inexistentes.

Somos mundos. Somos histórias. Somos enormes.

Ser enfermeiro é duma nobreza inquestionável pois em simultâneo testemunhamos a degradação humana mas temos que ser capazes e audazes de o fazer de forma genuína, respeitadora e individual e perceber que os velhos que tantas vezes apenas nos seguem com o olhar e nos apertam a mão ao de leve e estão cansados são ainda a criança que colecionou bichos-da-seda, o moço que andou de bicicleta, a mulher que amassou o pão, o homem que varejou a azeitona, o pai, a avó. A pessoa.

Inês Rei Falcão Penteado.

Do Sardoal. Sardoalense.

Enfermeira.

Durante mais de cinquenta anos só nasceram mulheres na minha família. Minha irmã

Sílvia diz às vezes que temos uma sorte incrível porque nos foi permitido privar com pessoas absolutamente extraordinárias. Sobreretudo mulheres. Dedico este texto a essas mulheres e como não poderia deixar de ser à Senhora Ana. O meu mais profundo obrigado.

CUIDADOS COM AUTO-CATETERIZAÇÃO INTERMITENTE



CÉLIA NETO DA SILVA MARQUES

Enfermeira Graduada na Unidade Saúde Familiar do Lavradio

RESUMO

Com vista à qualidade de vida do utente, o Objectivo Geral deste trabalho consiste na promoção da reeducação vesical. Os Objectivos Específicos são:

- Incentivar a micção espontânea;
- Ajudar o doente na decisão da realização vesical intermitente;
- Realizar ensino ao doente sobre auto-cateterização intermitente;
- Diminuir o risco de infecção urinária;
- Promover a autonomia e aumentar a qualidade de vida do doente.

PALAVRAS-CHAVE: Cateterização Intermitente; Retenção urinária; Sonda vesical.

ABSTRACT

In order to the quality of life of the usuary, the General Objective of this work consists of the promotion of the vesical re-education. The Specific Objectives are:

- To stimulate the expontanease urination;
- To help the sick person in the decision of the intermittent vesical accomplishment;
- To accomplish education to the intermittent auto-catheteracion on sick person;
- To diminish the risk of piss infection;
- To promote the autonomy and to increase the quality of life of the patient.

KEYWORDS: Intermittent Catheteracion; Piss retention; Vesical sounding lead.

INTRODUÇÃO

A Cateterização Intermitente é um procedimento técnico, efectuado quando ocorre retenção urinária, que surge quando existem transtornos funcionais agudos ou crónicos da bexiga (bexiga neurogénica, problemas da bexiga causados por medicamentos, próstata, pós-operatórios, entre outros).

A retenção urinária é uma acumulação involuntária de urina na bexiga com conseqüente esvaziamento incompleto ou nulo da mesma, ou seja, é uma incapacidade de urinar apesar da bexiga estar cheia – está associada à perda de função do detrusor.

Com um volume de 200 a 300 ml de urina na bexiga, a pessoa sente vontade em urinar. À medida que a bexiga enche, a pressão aumenta e começa-se a ficar com agitação e algias na região supra-púbica.

O reflexo de uma micção normal surge com um volume vesical inferior a 450 ml. Quando a retenção urinária é repetitiva, desde que haja um volume residual de 100 ml, dever-se-á realizar a cateterização intermitente de forma a evitar problemas no aparelho urinário.

A Cateterização Intermitente consiste na “inserção de um catéter ao longo da uretra até à bexiga, em intervalos específicos, para o esvaziamento da bexiga, após o qual é imediatamente removido”, podendo ser realizado várias vezes ao dia.

As vantagens de uma cateterização intermitente são:

- maior independência o que promove a autonomia do doente;
- diminui as complicações associadas à cateterização permanente (diminuição do risco de infecções, de lesões por repuchamento da algália, entre outras);
- maior facilidade na realização da higiene «intima»;
- maior facilidade nas relações sexuais;
- maior qualidade de vida.

A Auto-Cateterização Intermitente procede-se em contexto domiciliário. É uma técnica que pode ser asséptica (realizada em contexto hospitalar face ao risco elevado de infecção nosocomial) ou limpa (realizada no domicílio – mais fácil e económica para o doente).

Cuidados de Enfermagem

Existem determinados cuidados básicos inerentes perante um indivíduo que necessite de cateterização intermitente e conseqüentemente que o leve à auto-cateterização:

- Dar apoio emocional;
- Indagar o conhecimento do doente sobre a situação em que se encontra;
- Incentivar a micção espontânea:
 - . Realizar ensino sobre as vantagens da micção espontânea;
 - . Promover privacidade;
 - . Fornecer arrastadeira aquecida;
 - . Proporcionar estímulos auditivos (som de água a correr);
 - . Proporcionar estímulos tácteis (oferecer água para beber, fornecer uma bacia com água para o doente mexer com as próprias mãos, aplicar gelo sobre a região da sínfise púbica);
- Se após várias tentativas não surgir a micção espontânea há que ponderar a realização da cateterização permanente ou intermitente, conjuntamente com médico e doente;
- Antes de qualquer técnica há que informar e esclarecer o doente sobre tal;
- Quando é necessário a cateterização intermitente mesmo após a alta, há que incentivar o doente para a auto-cateterização:
 - . Obter a participação de um familiar nos cuidados (tendo em conta o desejo do doente);
 - . Dar a conhecer de uma forma geral o aparelho genito-urinário através de um desenho/figura simples;

. Ensinar a visualizar o meato urinário através de um espelho ou da palpação do mesmo;

. Realizar o ensino da técnica limpa (lavar bem as mãos antes do procedimento, e lavar a região perineal com água e sabão neutro ou com toalhetes húmidos descartáveis, da frente para trás em direcção ao ânus na mulher, e arregaçando o prepúcio no homem);

. Ensinar a estar sentado numa sanita, ou mesmo na cama/sofá/cadeira com um recipiente por baixo para receber a urina excretada;

. Utilizar catéter urinário descartável de uso único;

. Inserir o catéter no meato urinário e deixar que a bexiga esvazie;

. Retirar o catéter urinário e inutilizá-lo, despejando a urina no sanitário;

. Realizar higiene íntima;

-Proporcionar continuidade dos cuidados com visitas domiciliárias. Fornecer disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.

- SEELEY, Rod; et al- Anatomia & Fisiologia. 1.ª ed., LusoDidacta, Lisboa, 1997, p. 993, ISBN 972-96610-5-7;

- SHCÄFFLER, ARNE; MENCHE, NICOLE- Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem. Manual para enfermeiros e outros profissionais de saúde. 1.ª ed., LusoCiência, Loures, 2004, p. 270, ISBN 972-8383-78-9.

CONCLUSÃO

A auto-cateterização intermitente, como técnica limpa, pode e deve ser utilizada em domicílio. Desta forma, promove-se a autonomia e melhora a auto-estima do utente, pois facilita a sua independência e consequente qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- JACOB, Stanley W.; et al – Anatomia e Fisiologia Humana. 5.ª ed., Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1990, p. 44 e 452, ISBN 85-201-0206-9;

- MENDES, Maribel F.; et al- A Auto-Cateterização Intermitente na Reeducação Vesical. Aprendizagem de habilidades num contexto de cuidados continuados-Estudo de caso. Sinais Vitais, n.º 66, Maio, 2006, p. 39-43, ISSN:0872-0844;

A INFLUÊNCIA HIPOCRÁTICA NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS



ANTÔNIO JAIME DA SILVA MOURA NETO

Enfermeiro Chefe; Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica; Mestre em Bioética

HELENA DE JESUS VIEIRA DOS SANTOS NETO

Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

A NECESSIDADE DE UMA ÉTICA EVOLUTIVA

Neves refere-nos que «é do conhecimento comum que a Ética Médica nunca esteve tão sujeita a debate nem sofreu tão significativas alterações como se tem verificado nas últimas décadas». Esta realidade pode induzir em erro todo e qualquer leigo nesta matéria fazendo-o pensar que a reflexão ética sobre a prática médica, surge agora como uma necessidade de resposta às questões emergentes da evolução tecnológica, catalogado por Walter Osswald como um “vertiginoso progresso biotecnológico”, ou então que se manteve inalterável ao longo da sua existência.

Refere-nos ainda Neves que, «é indubitável reconhecer que a Ética, enquanto reflexão sobre a acção humana, esteve sempre associada ao exercício de Medicina, enquanto acção que visa promover um “bem”, especificamente, um bem-estar físico e/ou psicológico do homem». Também Renaud refere que “enquanto avaliação espontânea do agir, a ética existe desde os tempos mais remotos». No entanto, apesar da existência de textos médicos chineses datados de 2900 anos a.C., os mais antigos de que há conhecimento, só mais tarde, segundo Aguiar, se faz referência à necessidade do cumprimento das leis morais, mas, como factor facilitador da cura de doenças então atribuídas à ira divina. É com Hipócrates que viveu de 450 a 370 a.C., que surgem as bases éticas da profissão.

A prática médica não deixou de evoluir ao longo dos tempos e o pensamento ético não se manteve invariável, pelo que, para Neves, «será legítimo assumir que também a relação entre ambos os saberes se possa ter alterado». A reflexão ética não é uma necessidade actual mas existe há séculos, e as características evolutivas dessa reflexão encontram-se na consonância com a prática médica. Perante este cenário, a ética médica, tradicionalmente hipocrática e a mais antiga normativa de ética médica ocidental, na perspectiva de Neves, não se pode mostrar intemporal nem

ahistórica.

EVOLUÇÃO DA ÉTICA HIPOCRÁTICA

Josen, citado por Nunes (2003), refere que a ética hipocrática «foi sobrevivendo ao longo de dois milénios e meio, tendo-se sucessivamente consagrado em diversos códigos de ética profissional e os juramentos que os pretendem honrar». A ética hipocrática está concentrada e ganha visibilidade no juramento de Hipócrates:

Juro por Apolo médico, por Esculápio, Hígieas e Panaceia, e tomo como testemunhas todos os deuses e deusas, que hei-de observar o seguinte juramento, que me obrigo a cumprir com todas as minhas forças e inteligência.

Tributarei ao meu Mestre de Medicina o mesmo respeito que ao meu pai, repartindo com ele a minha fortuna e socorrendo-o quando necessitar; tratarei os seus filhos como meus irmãos e, se quiserem aprender a ciência, ensiná-la-ei desinteressadamente e sem qualquer género de recompensa. Instruirei com preceitos, lições orais e outros métodos de ensino aos meus filhos e os do meu Mestre e os discípulos que se me juntem sob compromisso e juramento, como determina a lei médica, e a mais ninguém.

Estabelecerei o regime dos doentes da maneira que lhes seja mais proveitosa, segundo as minhas possibilidades e juízo, evitando todo o mal e injustiça.

Não cederei a pretensões que tenham como finalidade a administração de venenos, nem darei a ninguém sugestões nesse sentido; abster-me-ei igualmente de aplicar às mulheres pessários abortivos.

Passarei a minha vida e exercitarei a minha profissão com inocência e pureza.

Não matarei, deixando tal acção aos que se dediquem a praticá-la.

Em qualquer casa que entre, não levarei outra intenção que não seja o bem dos doen-

tes, abstendo-me de cometer voluntariamente faltas injuriosas ou acções corruptas, e evitando sobretudo a sedução de mulheres e de jovens, livres e escravos.

Guardarei segredo sobre o que oiça ou veja na sociedade e não seja necessário que se divulgue, quer seja do domínio da minha profissão quer não, considerando o segredo como dever sagrado.

Se observar fielmente o meu juramento, seja-me concedido gozar felizmente da minha vida e profissão, sempre honrado entre os homens; se faltar ao juramento, caia sobre mim a adversidade.

Na antiga Grécia este código de ética médica era importante para os médicos, ao ponto de prestar este juramento perante os deuses, pretendendo deste modo demonstrar as obrigações que assumiam. Mas terá sido Hipócrates o seu autor?

Apesar de Hipócrates ter vivido no século V a.C., tudo indica que o “seu” juramento é posterior – séculos IV a I a.C. O Juramento de Hipócrates não é pois necessariamente nem mesmo provavelmente de Hipócrates, nem do século V a.C., mas é certamente de uma escola médica [escola de Cós], denominada hipercrítica que floresceu nos últimos cinco séculos da era pré-cristã». Neste Juramento é assumido um compromisso com deuses e deusas gregas e ainda com o Mestre a quem é prometida lealdade. Observa-se também a presença do princípio da confidencialidade que obriga a manter em segredo perante os leigos todos os conhecimentos adquiridos. No que respeita à conduta, estamos perante imperativos morais que constituem um “código de ética”, sendo por exemplo, proibida a administração de drogas letais. Ainda segundo Patrão Neves, encontra-se patente neste Juramento, o denominado «princípio hipocrático fundamental de beneficiar o paciente de acordo com a habilidade e o juízo». É o princípio da beneficência que atinge o seu auge nas frases: “Estabelecerei o regime

dos doentes da maneira que lhes seja mais proveitosa” e “Em qualquer casa que entre, não levarei outra intenção que não seja o bem dos doentes”. Os dois princípios – confidencialidade e beneficência -, complementam-se para o estreitamento de uma relação individualizada entre o médico e o doente, estruturada a partir do princípio fundamental da beneficência e da obrigatoriedade da confidencialidade. Trata-se de uma normativa essencialmente deontológica na medida em que visa regulamentar a prática da arte médica. A hegemonia da ética hipocrática manteve-se até à contemporaneidade, ao longo de um processo que não foi isento de transformações sobretudo no realçar e no esbater, respectivamente os aspectos próximos ou distantes do cristianismo. Neste contexto, a convergência entre o pensamento hipocrático e os princípios cristãos vai aumentando ao longo dos séculos tornando menos visíveis os pontos divergentes como o secretismo e a relação entre mestre e estudante. Em simultâneo, são reforçados os aspectos que estreitam a proximidade entre ambos, nomeadamente a proibição do aborto. É assim que, ainda segundo Neves, a ética hipocrática «vai prevalecendo ao longo dos séculos, mas não sem que a interpretação dos seus enunciados se fosse alterando, ou sem que, sobretudo, se fosse deslocando a ênfase colocada nas diferentes proibições ou obrigações».

Chegados a meados do século XX, surge a tal necessidade de resposta às questões éticas emergentes não só do vertiginoso progresso biotecnológico referido por Walter Osswald, mas também dos horrores cometidos contra prisioneiros em nome do desenvolvimento técnico-científico e tornados públicos após a segunda guerra mundial. É dentro deste contexto que se desenvolvem alguns acontecimentos, nomeadamente o Código de Nuremberga de 1947, que vão culminar no aparecimento da bioética em 1970 com a publicação do artigo de Van Rensselaer

Potter intitulado: "Bioethics: The Science of survival" e posteriormente, em 1978, na divulgação dos princípios éticos fundamentais do Relatório Belmont: o princípio do respeito pela pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça. Foi a partir deste relatório que teve origem a concepção principalista da bioética defendida por Beauchamp e Childress, que em 1979 publicam a sua teoria no livro *Principles of Biomedical Ethics*. Estes autores redefinem os três princípios e partindo do princípio da beneficência, criam um quarto de certa forma já implícito e com influência do hipocrático «nil nocere»: o princípio da não-maleficência. Efectivamente, são vários os fragmentos do juramento de Hipócrates que poderão encaixar perfeitamente neste quarto princípio, tais como evitar todo o mal, não administrar drogas nocivas, não aplicar abortivos, exercer a profissão com inocência e pureza e não matar.

Da ética hipocrática e da sua evolução, pode concluir-se que, face ao juramento de Hipócrates o médico e o doente estavam numa situação muito desigual: o médico dispunha do seu melhor saber para o utilizar sobre o "seu" doente indefeso, sem direito de opção ou esclarecimento. Já em pleno século XX, e principalmente com a introdução do princípio do respeito pelas pessoas, e consequentemente o reconhecimento do direito às próprias concepções do doente, às suas escolhas, aos seus valores, às suas crenças, numa palavra: à sua autonomia, o doente é colocado numa situação de igualdade com o seu médico. O doente passa a ter direito à verdade, ao consentimento informado, ao respeito pela sua intimidade, à confidencialidade dos seus dados. Hoje, o bem médico não necessita necessariamente de coincidir com o bem do doente. O princípio da confidencialidade absoluta, tão marcado no juramento de Hipócrates, foi um dos últimos pilares do paternalismo hipocrático a cair por terra.

Uma outra realidade do exercício da medi-

cina de hoje é que não é praticada de forma isolada e independente como na época hipocrática. Hoje, o médico faz parte de uma equipa de cuidados de saúde pluridisciplinares, trabalhando lado a lado com outros profissionais de saúde em que se destaca o enfermeiro também ele com uma formação científica e técnica cada vez mais avançada. A enfermagem de hoje constitui um corpo profissional autónomo, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde. Esta autonomia profissional concedeu o direito à Criação da Ordem dos Enfermeiros. Em anexo ao Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, referente ao estatuto da referida Ordem, foi publicado o Código Deontológico do Enfermeiro, um código fortemente influenciado pela ética hipocrática como veremos.

O CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO À LUZ DA ÉTICA MATRICIAL HIPOCRÁTICA E DA SUA EVOLUÇÃO

O termo "deontologia" ou "ciência do dever" remonta a 1834 e deve-se ao filósofo inglês Jeremy Bentham que utilizou o termo na obra "Deontology or the science of morality". Pretendia criar uma nova área da filosofia que deveria tratar da ciência ou teoria (logos) o que é necessário ser feito (deon). O termo deixou de ter as suas características filosóficas ao ser aplicado, extensivamente, durante o século XIX, para significar os códigos de ética profissional, que não são produto de uma reflexão ético-filosófica.

A deontologia, uma disciplina da ética especial adaptada ao exercício duma profissão, é desde há muito codificada. Para Nunes (2005), «Quanto mais uma profissão se organiza, mais tende a dotar-se de um estatuto codificado em que estejam bem definidos os deveres profissionais emanados dos órgãos oficiais da profissão». Os códigos deontológicos são da responsabilidade das associações ou ordens respectivas e tradu-

zem o sentimento ético expresso nas grandes declarações universais, adaptando-se às realidades profissionais de cada corpo profissional. A deontologia surge na reflexão ético-filosófica sobre o agir humano, que no entender de Paul Ricoeur deve enveredar pela procura de «uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas». Para encontrar esta “vida boa” no seu agir humano, cujo foco de atenção é a pessoa em toda a sua plenitude desde o início até ao fim da vida, cada enfermeiro como membro de uma classe profissional é orientado por um conjunto de normas que regem o seu comportamento humano, o seu agir. Este conjunto de normas, que constitui a moral da profissão tem a designação de código deontológico do enfermeiro. Ao tratar-se de uma moral do grupo profissional torna-se apropriado e conveniente o seu cumprimento pelos seus membros. Apesar de alguns códigos deontológicos servirem apenas como instrumento consultivo, o código deontológico do enfermeiro tem função normativa e vinculativa, dizendo respeito a todos os enfermeiros que têm de assumir perante a sociedade o compromisso do seu cumprimento, sob pena de ser sancionado pela sociedade. Trata-se de um instrumento legal e vinculativo para todos os enfermeiros, encontrando-se na sua redacção um conjunto de normas baseadas em princípios morais e do direito, relativas ao exercício da profissão. Está oficializado desde 1998 através do decreto-lei 104/98, tendo sofrido a segunda alteração pelo decreto-lei 156/2015 de 16 de Setembro. No entanto, a existência de um compromisso por parte dos enfermeiros tem já um passado considerável. No final do século XIX, numa clara demonstração de ligação indelével entre a ética de enfermagem e a ética médica, surge o juramento de Florence Nightingale, cujo teor resulta de uma apropriação do normativo contido no código de Hipócrates:

Comprometo-me solenemente, perante Deus e em presença desta assembleia, viver

com dignidade e a exercer dedicadamente a minha profissão;

Abster-me-ei de tudo quanto for desmoralizador e malévolo. Nunca usarei ou administrarei, com pleno conhecimento, qualquer droga nociva;

Tudo farei para manter e elevar o nível da minha profissão, usando de sigilo em todas as questões pessoais que sejam confiadas à minha guarda ou nos assuntos familiares do meu conhecimento, durante o desempenho do meu trabalho;

Serei uma fiel assistente dos médicos e dedicarei a minha vida ao bem-estar das pessoas confiadas ao meu cuidado.

Desde 1893 que, na linha do juramento de Hipócrates, o juramento de Florence Nightingale vem sendo tradicionalmente assumido pelos enfermeiros recém-formados. E tal como o juramento de Hipócrates não terá em Hipócrates o seu autor, também o juramento de Florence Nightingale não terá seguramente Florence como sua autora. A autoria deste juramento está atribuída a uma comissão nomeada pelo Colégio Farrand do Hospital Harper de Detroit em 1893.

É evidente a presença da ética hipocrática, neste juramento do século XIX, designadamente em termos de beneficência e de não maleficência. Mas a enfermagem também acompanhou a evolução da ética, nomeadamente o principalismo de Beauchamp e Childress, de tal modo que Nunes (2005) nos afirma que «a ética profissional dos enfermeiros mudou de paradigma ao longo das últimas décadas». A atenção do enfermeiro volta-se agora para o doente. «Enquanto nos códigos de ética tradicionais se referiam à obrigação da enfermeira em cumprir com diligência as instruções do médico, - “Serei uma fiel assistente dos médicos”, no juramento de Nightingale, - na atualidade o dever principal é para com o doente: “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade e da

dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, conforme o nº 1 do artigo 99º do código deontológico do enfermeiro. É o princípio do direito à autonomia em toda a sua força, a relegar o estatuto paternalista do médico hipocrático para segundo plano. O respeito pela vontade expressa da “pessoa doente” sobrepõe-se ao que o médico pensa ser o melhor para o “doente”. E mais: hoje o enfermeiro desempenha muitas vezes o papel de mediador, o «Advocacy» que Patrícia Benner tão bem retrata na sua obra “De iniciado a perito”.

Mas dada a importância atribuída ao artigo 99º, o Artigo Ético do articulado deontológico, convirá referir que dele emerge o valor fundamental da Enfermagem, o respeito pela pessoa e o respeito pelos seus direitos de personalidade. A alínea b) do número 2 deste artigo, consagra como valor universal da profissão a «liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum”. A pessoa escolhe o que é melhor para si, caminhando no sentido da felicidade Aristotélica, ou, conforme Ricouer «à procura da vida boa com e pelos outros», tendo em consideração o bem comum que engloba e é mais abrangente que o bem de cada um.

Torna-se assim mais que evidente, a presença de Beauchamp e Childress através do princípio do respeito pela pessoa (princípio da autonomia, da autodeterminação), no código deontológico do enfermeiro. Mas não é apenas no artigo 99º. Ao fazer uma leitura pormenorizada do código observa-se a presença transversal deste princípio em quase todos os artigos. Senão vejamos: o artigo 97º [Dos deveres em geral] obriga o enfermeiro a respeitar a vida e a dignidade humana; o 99º como já referi, apela à defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana; o 102º [Dos valores humanos] conduz o enfermeiro ao respeito pelos valores humanos, orientando para a não discriminação nas alíneas a) e f), para a atenção aos grupos mais

vulneráveis nas alíneas b), c) e d) e para a abstenção de juízos de valor na alínea e); no artigo 103º [Dos direitos à vida e à qualidade de vida], o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital deverá defender a vida humana em todas as circunstâncias; a liberdade de opção pelo enfermeiro cuidador, confere ao doente o direito ao exercício da autonomia no artigo 104º [Do direito ao cuidado]; a autodeterminação, a informação e o consentimento informado estão consignados no artigo 105º [Do dever de informação]; no artigo 107º [Do respeito pela intimidade] é a vez da intimidade e da privacidade dos doentes ser respeitada; o 108º [Do respeito pelo doente terminal] ao promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida está a legitimar a autonomia do doente; no artigo 110º [Da humanização de cuidados] refere-se a humanização de cuidados, aconselhando-se o enfermeiro a dar atenção à pessoa como uma totalidade única no seio da família e da comunidade.

Fazendo agora uma analogia entre os conteúdos do juramento de Hipócrates e do código deontológico do enfermeiro e antes de entrar nos princípios da beneficência e da não maleficência, umas palavras para o princípio da justiça. Refere o juramento de Hipócrates que o médico estabelecerá o «regime dos doentes (...) evitando todo o mal e injustiça». Se é referida a injustiça presume-se a existência do contrário – da justiça. Então a que justiça se referirá este juramento? Não poderá ser contemplada por exemplo uma justiça equitativa com igual tratamento entre iguais? Em caso afirmativo podemos compagnar no código deontológico do enfermeiro, os artigos 99º em que a justiça é tida como um valor universal e o 102º em que é referida a equidade em que situações idênticas devem ser tratadas igualmente, e a vulnerabilidade em que é enfatizada a necessidade de tratar de forma diferente grupos de pes-

soas mais vulneráveis como crianças, idosos e pessoas com deficiência.

O princípio da beneficência, princípio fundamental da ética hipocrática, chegou incólume, aos nossos dias. A própria declaração de Genebra, refere-nos Neves, «mantém a sua filiação hipocrática bem vincada no característico individualismo e paternalismo que decorrem da adopção do princípio da beneficência como hegemónico ou absolutista». No entanto, apesar de manter este princípio fundamental, a declaração revela-nos também uma notável sensibilidade ao espírito dos Direitos do Homem, o que virá subtrair o paternalismo da prática clínica, acentuando igualmente a importância do espírito associativo, que romperá com o individualismo do médico». Esta evolução da beneficência hipocrática, encontra-se bem patente ao longo do texto do código deontológico do enfermeiro, lado a lado com o hipocrático «nil nocere», a não maleficência, sendo mesmo quase impossível desarticular do texto os artigos que se referem a um ou outro princípio, ao contrário do juramento hipocrático, onde facilmente se distinguem. Do código deontológico do enfermeiro e relacionadas com estes dois princípios emergem vários deveres dos profissionais de enfermagem: no artigo 98º [incompatibilidades], refere-se a necessidade de proteger o doente de uma intervenção inadequada do enfermeiro, se este exercer uma actividade paralela incompatível; o artigo 99º [Artigo ético] já amplamente referenciado, apela para a visão unitária da pessoa, uma pessoa como um fim último, segundo a qual tudo se deve reger. Tudo deve ser feito para o bem da pessoa; a alínea c) do artigo 100º [Deveres deontológicos em geral], refere que o enfermeiro tem o dever de «defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas da indispensável competência profissional». Estamos aqui perante o dever de protecção e defesa do doente perante práticas ilegais e

competências profissionais desajustadas. Na alínea d) estão bem patentes os princípios da beneficência, e da solidariedade apelando ao dever dos enfermeiros de “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência”; sendo a vida o valor supremo, o valor de todos os valores, na alínea a) do artigo 103º [Dos direitos à vida e à qualidade de vida] é referido que o enfermeiro no respeito do direito à vida durante todo o ciclo vital assume o dever de “atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias”. Perante a alínea d) deste artigo o enfermeiro deve “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”. Para lá da não maleficência presente nesta alínea, emerge também o direito do doente à integridade pessoal;

Mas a influência hipocrática no código deontológico do enfermeiro não se fica pelo princípio da beneficência e do «nil nocere». O sigilo também está presente, mas com uma importante diferença: se no juramento de Hipócrates o sigilo é sagrado, no artigo 106º do código deontológico [Do dever do sigilo], o enfermeiro pode “divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico”. Neste contexto, a confidencialidade é a regra, mas tem limites, nomeadamente a salvaguarda do bem comum. Pode ser estabelecido um outro paralelismo entre o juramento de Hipócrates e o código deontológico do enfermeiro: No juramento é referido que “Se observar fielmente o meu juramento, seja-me concedido gozar felizmente da minha vida e profissão, sempre honrado entre os homens; se faltar ao juramento, caia sobre mim a adversidade”. Esta adversidade, por incumprimento também se encontra, embora de forma indirecta, no código. O enfermeiro que cometa infracções ao

código fica sujeito à jurisdição disciplinar da Ordem dos Enfermeiros prevista no capítulo V do seu Estatuto.

O dever do enfermeiro de “abster-se de exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais” consignado no artigo 109º [Da excelência do exercício], e as incompatibilidades referidas no artigo 98º, podem correlacionar-se com o extracto do juramento que refere que o médico tem de se abster de “cometer voluntariamente faltas injuriosas ou acções corruptas”. Poder-se-á também incluir neste paralelismo o facto do médico do juramento de Hipócrates “exercer a sua profissão “com inocência e pureza”. O artigo 105º [Do dever de informação], demonstra a evolução dos princípios éticos subjacentes à elaboração do código deontológico do enfermeiro. Neste artigo consagra-se a informação como um dever. Ao iniciar a sua redacção com a frase: “No respeito pelo direito à autodeterminação”, estão a ser consignados os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade de cada indivíduo. Na alínea a), o enfermeiro tem o dever de informar o doente no que respeita aos cuidados de enfermagem de acordo com a vontade expressa quer por ele próprio quer pela sua família. Deve no entanto ser ponderado o princípio da beneficência na partilha de informação. O consentimento informado é o cerne da alínea b), onde o enfermeiro tem o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”. Cada doente deve ser respeitado como pessoa, e como tal tem o direito à sua própria autodeterminação, ou seja o direito a decidir sobre si. Há um total afastamento entre o paternalismo da ética hipocrática e o princípio da autodeterminação previsto no código.

O CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO – O SEXTANTE DA AÇÃO, UM INSTRUMENTO AO SERVIÇO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Qualquer sistema de avaliação de desempenho é regido por uma apreciação sistemática do exercício profissional que avalia a capacidade, os conhecimentos, as atitudes, de cada avaliado. Deve essa apreciação ser determinada por normas e critérios previamente conhecidos por ambas as partes: avaliador e avaliado. Neste contexto o Código Deontológico do Enfermeiro surge como um conjunto de princípios e deveres conhecidos e mutuamente aceites para o exercício profissional de cada um: avaliador e avaliado. Conforme refere a nota introdutória ao Cap. VI do Decreto Lei nº 104/98 (Código Deontológico do Enfermeiro), mais do que um instrumento normativo que vincula todos os enfermeiros, este Código é um sólido alicerce da qualidade relacional na prestação de cuidados de enfermagem, que exige a integração de todos os saberes e competências próprias da enfermagem numa atenção pessoal única a quem necessita de cuidados de saúde. Refere ainda que constitui um referencial para o exercício profissional diário, envolvendo todas as dimensões relacionais mantidas no decurso da atividade profissional: com a comunidade, com cada doente em particular e com a profissão em si mesma. E, acrescento, um excelente instrumento de avaliação de desempenho.

Tratando-se o código deontológico de um instrumento que rege o meu agir, devo-o seguir, não me devo deixando limitar. No meu desempenho profissional de cada momento devo seguir a minha consciência, a qual sendo bem formada, deve caminhar em direcção ao outro - um ser de relação -, com o qual temos de ser justos, próximos, responsáveis e disponíveis. Na sua essência, a labuta de um enfermeiro centra-se no cuidado a prestar ao outro que necessita de nós naquele momento. Um cuidado humano que respei-

ta os valores culturais e o estilo de vida das pessoas e é alicerçado em conhecimentos transculturais apreendidos pela observação da estrutura social, da visão do mundo, dos valores, da língua e dos contextos ambientais de diferentes culturas. Por tudo isto não me posso deixar limitar pelo código deontológico do enfermeiro, a ética Aplicada que rege o meu desempenho, mas devo servir-me dele como o sextante do meu exercício profissional. E é através do cumprimento dos princípios nele enunciados que vou melhorar o meu desempenho profissional. Um desempenho com influência hipocrática confirma-se pelo Código Deontológico do Enfermeiro.

CONCLUSÃO

O código deontológico do enfermeiro é, sem sombra de dúvida, uma ética aplicada sob forte influência hipocrática que rege o meu agir sem no entanto me limitar. No meu desempenho profissional de cada momento devo seguir a minha consciência, a qual sendo bem formada, deve caminhar em direcção ao outro - um ser de relação -, com o qual temos de ser justos, próximos, responsáveis e disponíveis. Na sua essência, a labuta de um enfermeiro centra-se no cuidado a prestar ao outro que necessita de nós naquele momento. Um cuidado humano que respeita os valores culturais e o estilo de vida das pessoas e é alicerçado em conhecimentos transculturais apreendidos pela observação da estrutura social, da visão do mundo, dos valores, da língua e dos contextos ambientais de diferentes culturas. Por tudo isto não me posso deixar limitar pelo código deontológico do enfermeiro, a ética aplicada que rege o meu desempenho, mas devo servir-me dele como o sextante do meu exercício profissional como já foi anteriormente referido. E é através do cumprimento dos princípios nele enunciados que vou melhorar o meu desempenho profissional, o qual deve procurar o maior grau de eticidade. E eu, devendo saber onde quero chegar, tenho de ser prudente em cada acto que realizo. Se sei o que quero,

se fui prudente, então só tenho de escolher o caminho que a minha consciência moral me ditar.

BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, Eurico - A história das ciências da saúde, Revista Brasília Médica - reflexões sobre a vida médica, 38, 2001: 47-51.

NEVES M. Patrão, "Repensar a Ética Hipocrática: A evolução da Ética Médica e o surgimento da Bioética", Cadernos de Bioética, Coimbra,. ISBN: 1646-8082. 26, 2001, 5-21.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2

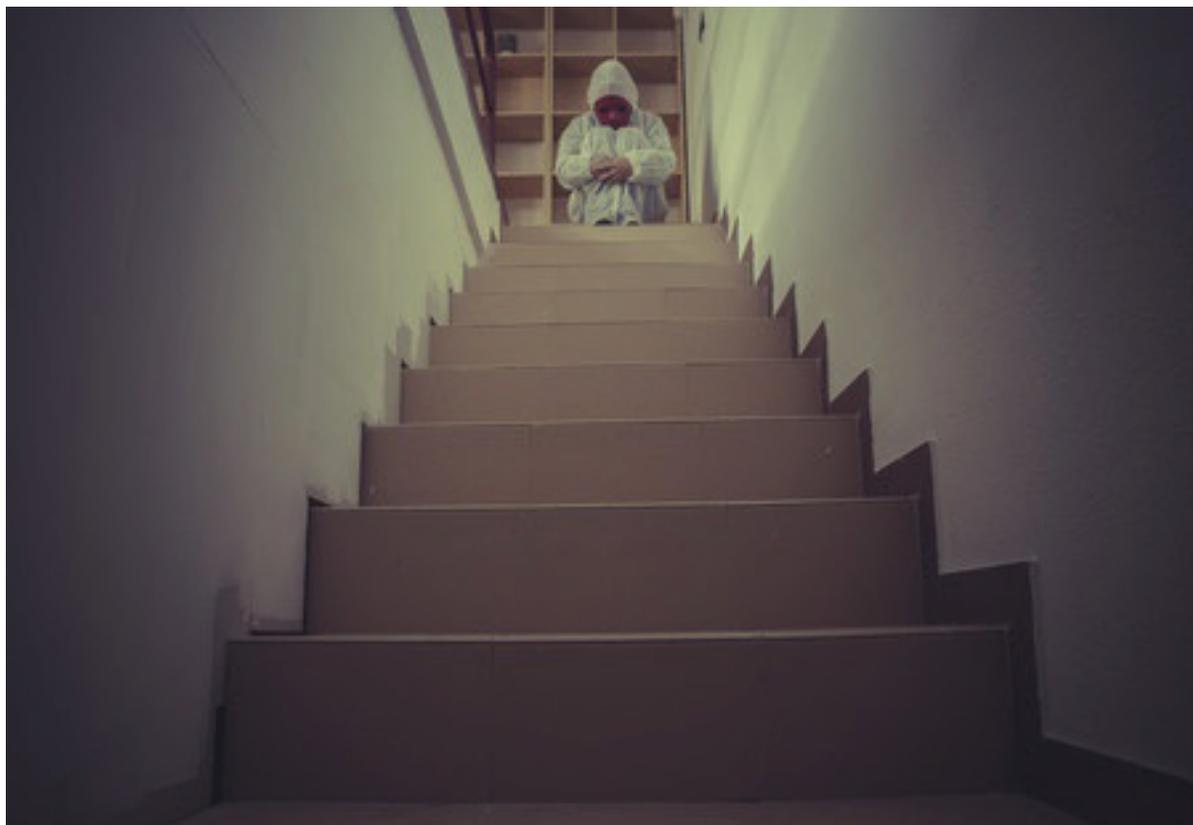
NUNES, Rui - "Artigo 4º - Obrigações profissionais e regras de conduta", Direitos do Homem e Biomedicina,. Lisboa, Universidade Católica Editora, 2003. ISBN: 9789725400487

RENAUD, Michel - "Ética de hoje, ética de amanhã", ARCHER, Luís; BISCAIA Jorge; OS-SWALD, Walter; RENAUD, Michel (Coordenadores) , Novos Desafios em Bioética, Porto, Porto Editora, 2001,13-19. ISBN: 9789720060365

Decreto-Lei nº 156, de 16 de Setembro de 2015. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República Portuguesa, 16 de Setembro de 2015, 1ª Série (181): 8059-8105.

ENTRADA DO ARTIGO EM AGOSTO 2010

TÉCNICA DE REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA EM PESSOAS INTERNADAS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO



CELSO FILIPE BOTO DA SILVA

*Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.
Pós-Graduação em Gestão e Administração em Saúde*

RESUMO

A tentativa de suicídio é o motivo de uma boa parte dos internamentos em serviços de psiquiatria. Não obstante todo o plano terapêutico delineado pela equipa de saúde, os enfermeiros têm responsabilidades acrescidas, na medida em que acompanham com uma proximidade particular estas pessoas, e, por isso, concretizam várias intervenções inseridas no plano terapêutico global. Uma delas é a Técnica de Reestruturação Cognitiva, neste caso aplicada à tentativa de suicídio, que poderá ser muito útil na recuperação destas pessoas.

Palavras-chave: Tentativa – Suicídio – Intervenções – Enfermeiro

ABSTRACT

The suicide attempt is the reason for a large proportion of hospitalizations in psychiatric services. Notwithstanding all the therapeutic plan outlined by the health team, nurses have increased responsibilities, as they accompany these individuals with a particular proximity, and, therefore, they concretize several interventions inserted in the global therapeutic plan. One of them is the Cognitive Restructuring Technique, in this case applied to the suicide attempt, which can be very useful in the recovery of these people.

Keywords: Attempted - Suicide - Interventions - Nurse

Alguns aspectos históricos do suicídio

Nos primeiros tempos do cristianismo a Igreja Católica, inspirada na vida e na morte dos seus mártires, não condenava o suicídio. Os motivos eram até sublimados e o acto era exaltado. Justificavam esta ideia referindo que Cristo afirmara: "Ninguém me tira a vida, sou eu que a ofereço".

Mais tarde, passou a ser condenado pela Igreja, pois esta passou a interpretar o mandamento "não matarás", no sentido de aplicar-se também ao próprio.

No Concílio de Toledo, no ano de 693, decreta-se que serão excomungados todos os autores de tentativa de suicídio. Mais recentemente, em muitas zonas de Portugal, ainda era recusado um funeral religioso a quem cometia suicídio.

Alguns dados estatísticos

No mundo o número de suicídios é variável em função da zona do Globo assim como dos aspectos sócio-culturais de cada povo.

Na Rússia todos os anos 60 mil pessoas põem um fim às suas vidas, a taxa de suicídio é a segunda no mundo, são 34,9 por 100 mil habitantes, abaixo somente da Lituânia e leste europeu.

O Japão tem a mais alta taxa de suicídio do mundo desenvolvido (24,1 por 100.000 habitantes). Os suicídios atingiram o número recorde de 34.427 em 2003 (+7,1% com relação a 2002). Geralmente são empresários e funcionários de relevo, que comentem suicídios motivados por escândalos de corrupção ou perda de dignidade na sociedade.

No ano de 2008 o suicido entre jovens bateu novo recorde no Japão, tendo alcançado 4.850 mortes, mais 1,7% do que no ano anterior. A taxa de suicídios foi, no ano de 2008, de 25,3 para cada 100 mil habitantes, o que coloca o Japão entre os dez países do mundo com mais casos.

No Brasil, 4,9 pessoas a cada 100 mil morrem

por suicídio. É uma das menores médias do mundo. Os maiores índices são do Rio Grande do Sul (11 para cada 100 mil), sendo Porto Alegre a capital com maior taxa de suicídios (11,9 para cada 100 mil).

Na Europa o suicídio situa-se entre o 5º e o 10º lugar das causas de morte na Europa, sendo que ocupa o segundo lugar na população entre os 15-24 anos.

Em 1996, a França teve 12 000 suicídios por 160 000 tentativas. Com 62 milhões de habitantes, esses números representam aproximadamente 19 suicídios por 100 000 habitantes, ou seja, um suicídio por 5 000 pessoas, e uma tentativa por 400 pessoas. Estes números são mais ou menos estáveis desde 1980.

A Hungria, Áustria, Finlândia e Dinamarca têm taxas de suicídios superiores a 25 para cada 100.000 habitantes.

A Grécia, Espanha e Itália têm taxas de suicídio inferiores a 7 para cada 100.000 habitantes.

O suicídio em todos os países europeus é mais frequente nos idosos e mais frequente nos homens que nas mulheres.

Em Portugal, nas três primeiras décadas, nota-se um ligeiro aumento. Entre 1931 e 1941 há uma fase de taxas relativamente elevadas. Entre 1942 e 1975, há uma tendência oscilante para uma diminuição. Entre 1976 e 1983, há de novo uma subida (10 para cada 100.000). Entre 1985 e 1995, a taxa de suicídios decresceu, sendo em 1996, 6,6 para cada 100.000. Actualmente o número total de suicídios tem rondado os 800 por ano.

No nosso País a taxa global não é alarmante, contrariamente à situação a sul do Tejo que é 3 a 5 vezes superior. O distrito de Beja é das regiões da Europa com taxas mais elevadas, assim como o Algarve que tem de um modo geral taxas elevadas.

Os factores apontados para explicar a situação no Alentejo são as graves carências socio-económicas da região, vulnerabilida-

de biológica para a depressão (casamentos consanguíneos) e menor religiosidade da população.

Lembrar estes dados ajuda a estar alerta quando estamos perante uma pessoa com comportamentos que atentam contra a própria vida.

O Suicídio / Tentativa de suicídio

O suicídio define-se como a atitude individual, de livre arbítrio, de extinguir a própria vida por acto deliberado, podendo ser causada (entre outros factores) por um elevado grau de desespero e sofrimento, geralmente de nível emocional, sentimental, mas também poderá ser causado por motivos económicos, por perturbação depressiva, ou ainda devido a uma patologia grave, entre outros.

É um acto deliberado e consciente que tem o objectivo de sair de situações desesperadoras de grande sofrimento.

Se a morte tem na sua origem algum transtorno psiquiátrico como a psicose aguda (quando o indivíduo sai da realidade, porém não o percebe) ou depressão acompanhada por delírios ou outro transtorno afectivo, estas mortes não são tratadas como suicídio e sim morte por doença mental ou morte por transtorno mental.

Por outro lado, a tentativa de suicídio acontece quando o gesto auto-destrutivo não é fatal, pressupondo que o sujeito atentou contra a própria vida, mas não conseguiu o seu objectivo por razões variadas. Na avaliação que se faz da tentativa de suicídio, entre outros aspectos devemos dar bastante relevância aos sinais de gravidade do acto, como por exemplo, um método de alta letalidade, a premeditação e plano para evitar a descoberta, a pessoa ser do sexo masculino, uma atribuição causal interna da tentativa de suicídio, a presença de depressão grave, tentativas de suicídio anteriores e suicídios e tentativas de suicídio na família.

A intenção suicida só é aceite como tal se o

indivíduo compreender que o seu acto auto-destrutivo põe fim à sua existência física.

Se o acto teve por base formas bizarras de pôr termo à vida ou se a pessoa revela incapacidade de controlar o comportamento, devemos suspeitar de uma perturbação psiquiátrica.

Importa salientar alguns mitos de natureza cultural que não são – de todo – verdadeiros:

- “Quem fala de suicídio não se suicida”;
- “A maior parte das pessoas que são suicidas não deixam notas de suicídio”;
- “Uma melhoria após crise com ideação suicida significa que o risco de suicídio deixou de existir”;
- “O suicídio ocorre quando a pessoa está profundamente deprimida”;
- “As pessoas que cortam os pulsos ou tomam comprimidos querem apenas chamar atenção. Não encaram realmente a sério o suicídio”;
- “As crianças não correm o risco de tentar o suicídio”;
- “O suicídio é típico dos ricos”.

Nada disto é real, quando falamos de suicídio / tentativa de suicídio. O suicídio é um fenómeno complexo e multi-determinado, muitas vezes paradoxal, em que toda a conduta auto-destrutiva é carregada de ambivalência.

Podem existir possíveis significados para o acto. Por exemplo, a morte pode ser encarada como refúgio, como desejo de vingança, como tentativa de identificação com o objecto de amor perdido ou como um triunfo sobre as limitações humanas.

Nesta matéria podem existir de facto múltiplas significações. Segundo alguns autores, o suicídio é um gesto consciente de auto-aniquilação, revelador de um mal-estar multidimensional num indivíduo em sofrimento, que encara a morte como a melhor opção. Podemos considerar vários aspectos como

sendo os mais comuns do suicídio:

- O propósito comum do suicídio é procurar uma solução;
- O objectivo comum do suicídio é a interrupção da consciência;
- O estímulo comum do suicídio é a dor psicológica intolerável;
- O factor de stresse comum no suicídio é a frustração de necessidades psicológicas;
- A emoção comum no suicídio é o desespero-abandono;
- O estado cognitivo comum no suicídio é a ambivalência;
- O estado perceptivo comum no suicídio é a restrição;
- A acção comum no suicídio é a evasão;
- O acto interpessoal comum no suicídio é a comunicação de intenção;
- A regra comum no suicídio é a incompatibilidade com padrões de vida duradouros.

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO EM PESSOAS INTERNADAS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO

Gerir o ambiente:

- Vigiar a pessoa, na tentativa de prevenir actos auto-destrutivos, assim como observar a interacção com as outras pessoas. Esta vigilância deve ser a mais próxima e constante possível;
- Incentivar a participação em actividades de distração;
- Vigiar a toma de medicação, visto que frequentemente a pessoa recusa ser ajudada, e o risco de utilização dos mais variados subterfúgios para não tomar a medicação é elevado;
- Remover do ambiente objectos perigosos, tais como cintos, fitas, objectos afiados e outros que possam ser utilizados pela pessoa para se auto-agredir e/ou

atentar contra a sua vida;

- Restringir acesso a material perigoso e a locais onde se encontrem materiais e/ou substâncias perigosas.

Relação de ajuda:

- Explorar razões e identificar factores precipitantes da tentativa de suicídio;
- Discutir objectivos da tentativa de suicídio, sem julgamentos, mostrando compreensão;
- Incentivar a procurar ajuda nos momentos críticos;
- Discutir planos para gerir ideação suicida no futuro;
- Ajudar a identificar pessoas que lhe dêem suporte;
- Ajudar a pessoa na identificação de estratégias eficazes para lidar com os problemas;
- Incluir a família/pessoas significativas no processo de modificação de comportamento.

Diminuir risco de tentativa de suicídio:

- Encorajar a pessoa a procurar ajuda nos momentos mais críticos;
- Discutir histórias de tentativas de suicídio passadas, presentes e orientar para pedidos de ajuda;
- Discutir planos para gerir ideação suicida no futuro;
- Alertar a família para o risco de suicídio.

Promover mudança de comportamento:

Encorajar a expressão de sentimentos de forma não destrutiva;

Ajudar a pessoa a identificar factores precipitantes e potenciadores da crise, de modo a que ela se possa conhecer melhor;

Ajudar na tomada de decisão;

Incentivar a partilha do problema com pessoas com experiências positivas;

Dar responsabilidade à pessoa, demonstrando que esta tem capacidades e potencialidades;

Ajudar a estabelecer objectivos e um plano para o futuro.

Prevenir comportamento de auto-agressão:

- Incentivar a remoção de objectos perigosos do ambiente;
- Informar o cuidador sobre o risco, de modo a este estar vigilante;
- Instruir a pessoa sobre estratégias de relaxamento (por exemplo, o relaxamento muscular progressivo de Jacobson), e controlo dos impulsos;
- Identificar situações e/ou sentimentos que possam desencadear pensamentos e/ou actos auto-destrutivos;
- Estabelecer contrato terapêutico (auto-agressão);
- Instruir a família/pessoa significativa sobre gestão do comportamento auto-agressivo fora do hospital;
- Realizar a Técnica de Reestruturação Cognitiva.

Técnica de Reestruturação Cognitiva:

Do conjunto das várias intervenções de enfermagem na tentativa de suicídio em pessoas internadas, a Técnica de Reestruturação Cognitiva (TRC) permite-nos concretizar uma competência específica dos enfermeiros em saúde mental e psiquiatria.

A realização desta técnica permite obter ganhos em saúde em pessoas internadas por tentativa de suicídio (podendo também ser aplicada na ideação suicida).

A TRC pode consistir em 3 sessões, podendo este número variar em função de vários factores, e realiza-se de forma individual ou em grupo, sendo em grupo, a que parece oferecer melhores resultados.

Os objectivos destas sessões são: diminuir o

risco de tentativa de suicídio, prevenir comportamentos de auto-agressão, promover mudança de comportamento e proporcionar uma atmosfera positiva de modo a facilitar o plano terapêutico.

O desenvolvimento desta técnica é composto por 3 sessões, podendo este número ser inferior ou superior em função do decorrer das mesmas, da interacção estabelecida com as pessoas e da interacção estabelecida entre elas próprias, sendo esta necessidade de diminuir ou aumentar o número de sessões avaliada pelo enfermeiro que as realiza.

A periodicidade será em dias alternados (se possível) de modo a permitir que as pessoas interiorizem o que é discutido em cada sessão.

Procedimento das sessões:

Duração: 30-40 minutos;

Local de realização: Local com privacidade;

Material a utilizar: cadeiras, mesa, canetas, folha própria (A4) com 4 colunas com os diferentes títulos: Problemas e dificuldades, Sentimentos associados aos problemas e dificuldades, Aspectos positivos e pessoas significativas, e Estratégias e utilizar em situações stressantes.

1ª SESSÃO:

- Explicar o funcionamento das sessões;
- Dar uma folha com 4 colunas a cada pessoa;
- Na 1ª coluna cada pessoa escreve os seus problemas e dificuldades;
- Na 2ª coluna cada pessoa deverá escrever os sentimentos associados aos problemas e dificuldades;
- Cada pessoa partilha os problemas e sentimentos com os outros elementos;
- Fazer resumo e avaliação da sessão;
- Explicar as actividades a desenvolver na 2ª sessão.

2ª SESSÃO:

- Breve resumo da sessão anterior;
- Na 3ª coluna cada pessoa deverá reflectir e escrever, quais os aspectos positivos e as pessoas significativas na sua vida;
- Cada pessoa partilha o que escreveu com os outros;
- Cada pessoa deverá preencher a 4ª coluna com estratégias que poderá utilizar perante uma situação stressante;
- Resumo e avaliação da sessão;
- Explicar as actividades a desenvolver na 3ª sessão.

3ª SESSÃO:

- Breve resumo da sessão anterior;
- Cada pessoa dá a conhecer aos outros as suas estratégias;
- Discussão, em grupo, acerca da pertinência e eficácia de cada uma das estratégias a utilizar em situações stressantes;
- Cada pessoa sugere uma situação stressante e todas as outras sugerem estratégias para a ultrapassar, determinando a sua eficácia, na tentativa de se chegar a um consenso;
- Cada pessoa deverá planear actividades para o futuro e partilhá-las com o grupo;
- No final da sessão, na folha facultada na 1ª sessão, cada pessoa deverá escrever como se sente neste momento.

Concluindo...

A Técnica de Reestruturação Cognitiva na tentativa de suicídio permite à pessoa fazer uma avaliação dos seus problemas, do que motivou a tentativa de suicídio, e, a partir daí, pode ser mais fácil lidar no futuro com esses problemas ou situações stressantes.

O facto de pensar e perceber o que motivou a tentativa de suicídio poderá ser útil na prevenção de situações futuras, pela posse por parte da pessoa de um conjunto de conhe-

cimentos da sua própria realidade que antes estavam camuflados. É, de alguma forma, ajudar a pessoa a conhecer-se melhor e ela própria.

Esta técnica ajuda a libertar a pessoa das emoções negativas ligadas aos factos que a conduziram a uma tentativa de suicídio, permite descobrir novos significados para o que lhe aconteceu, ajuda a reconstruir a vida quotidiana em termos de obrigações e lazer, e facilita o reatar dos laços afectivos com a família.

Esta técnica ajuda a pessoa a ter consciência e a compreender que há coisas positivas e negativas na vida, e que há pessoas que gostam dela.

Permite ainda ajudar a encontrar estratégias para ultrapassar as dificuldades ou as situações stressantes quando estas surgirem novamente. A pessoa tem uma visão rígida da vida, sem soluções. Esta técnica ajuda a pessoa a perceber o porquê e como ultrapassar as situações.

Bibliografia:

- Chehil, S.; Kutcher, S. (2007) – Gestão de Risco de Suicídio, Lundbeck Institute, Revisfarma – Edições Médicas, Lda., 1ª edição, ISBN: 978-989-8036-21-6;
- Dias Cordeiro, J.C. (2005) – Manual de Psiquiatria Clínica, Fundação Calouste Gulbenkian, 3ª edição, Lisboa, ISBN: 972-31-0939-5;
- Harrison, P., et al (2002) – Introdução à Psiquiatria, Climepsi Editores, 1ª edição, Lisboa, ISBN: 972-796-000-6;
- Lazure, H. (1994) – Viver a Relação de Ajuda. Lusodidacta, Lisboa.
- OMS – (página consultada em 05-11-2009) – Estatísticas sobre o suicídio. Disponível em http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/;
- Phaneuf, M. (2005) – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociên-

cia, Loures;

- Neeb, K. (2000) – Enfermagem de Saúde Mental, Lusociência, Loures, ISBN: 972-8383-14-2;

- Serra, A. V. (1999) – O stress na vida de todos os dias, Adriano Vaz Serra, Coimbra, 365-437;

- Stuart, G.W.; Laraia, M.T. (2001) – Enfermagem Psiquiátrica, Princípios e Prática. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed;

- Vivos – O site da Fé Cristã (página consultada em 07-11-2009) – A breve história do Cristianismo. Disponível em <http://www.vivos.com.br/86.htm>;

- A história do Cristianismo – (Página consultada em 08-11-2009) – História do Cristianismo Bíblico. Disponível em <http://www.pdf-search-engine.com/a-historia-do-cristianismo-pdf.html>.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA EM MENORES



SANDRA CARLA RODRIGUES MENDES MIGUEL

Enfermeira graduada, Centro de Saúde de Vila do Bispo

RESUMO

A contracepção de emergência é cada vez mais requerida por adolescentes, parte deles com idade inferior a 16 anos. Contudo este acto, aparentemente simples, esconde o facto dos utentes em questão serem menores e recearem o conhecimento da ocorrência, por parte do seu representante legal.

Palavras Chaves: Consentimento, autonomia, interdependência, prioridade, sigilo, adaptabilidade e empatia

ABSTRACT

Emergency contraception is increasingly required by adolescents, part of them

Under the age of 16 years. However, this apparently simple act hides the fact that the users in question are smaller and fear

Part of your legal representative.

Keywords: Consent, autonomy, interdependence, priority, secrecy, adaptability and empathy

A contracepção de emergência é uma “pílula anticoncepcional, utilizada nas primeiras setenta e duas horas após uma relação sexual não protegida, não consentida, ou não eficazmente protegida por qualquer outro meio anticoncepcional regular”(1)

No centro de saúde, é frequente o atendimento a adolescentes, menores de 16 anos, que envoltas num sentimento de vergonha e pânico, chegam junto da enfermeira (por vezes acompanhadas de uma amiga) e perguntam, com olhar envergonhado “você aqui fazem testes de gravidez?”ou ainda “têm a pílula do dia seguinte?”. O primeiro impulso, após a identificação de uma situação de risco, é fornecer a contracepção de emergência, explicar os efeitos secundários e encaminhar para uma consulta de planeamento familiar. Contudo, poderá a contracepção de emergência ser entregue a um menor sem consentimento do seu representante legal? Imagine se uma situação de hemorragia, com necessidade de ida às urgências de um hospital. Como poderia o enfermeiro justificar a sua actuação, perante uma confrontação dos pais?

Para facilitar a interpretação desta experiência, dividi-a em dois momentos: O primeiro, relacionado com a entrega do contraceptivo e o segundo com o facto da utente ser menor.

Assim, e no que respeita à entrega do contraceptivo, esta deverá “constituir motivo de atendimento em tempo útil e prioritário nos serviços de saúde”.... “sendo a dispensa efectuada sob orientação de um profissional de saúde...”(2) . Desta forma, no momento de entrega, emerge no enfermeiro a necessidade em partilhar com outro profissional competente na área da prescrição terapêutica, a experiência vivenciada ...“As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes”(3)

Relativamente à idade da utente, temos por objectivo primordial “reforçar os meios de

prevenção de uma gravidez não desejada, nomeadamente na adolescência”(4). Conhecendo o período durante o qual, um indivíduo se denomina adolescente, surge de uma forma implícita, a resposta à nossa questão.

Contudo a lei continua a não explicitar idades... Aplica se o conhecimento científico das etapas de desenvolvimento infantil-juvenil e o bom senso, uma vez que a prioridade é realmente evitar uma gravidez.

Assim, parece que o facto de ser menor (e concretamente neste estágio de desenvolvimento) não constitui barreira, para a intervenção do enfermeiro, agindo com base em prioridades e de acordo com princípios de beneficência e responsabilidade.

Relativamente à necessidade do familiar autorizar o procedimento, o enfermeiro poderá com este acto, perder a relação de confiança previamente estabelecida, com efeitos negativos para o futuro. Esta questão remete nos até ao sigilo profissional previsto pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, artigo 85º, o enfermeiro deve “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados...” (alínea a) partilhando “...só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico...”(alínea b) ou em “...situações previstas pela lei...”(alínea c)

Estará implícito neste artigo o facto dos utentes serem menores, mas com co-responsabilização nos seus actos?

Termino, sem antes invocar dois conceitos essenciais: adaptabilidade e empatia.

Adaptabilidade da teoria à prática, actuando de acordo com a compreensão do adolescente e analisando as razões da solicitação de um contraceptivo. Empatia, porque ao colocar me no lugar do outro, compreendo os receios que possam existir em torno da situação que vivencia, sendo que a primeira é uma gravidez indesejada, seguida do conhecimento da situação por parte de familiares. Com estas peças fulcrais, o puzzle dos cuidados de enfermagem torna se

personalizado, tendo por base uma visão holística e não somente um conjunto de atividades padronizadas, em que cada peça é isolada, sem relação com as restantes.

(1) Lei nº12/2001, de 29 de Maio, Artigo 2º, alínea 1

(2) Lei nº12/2001, de 29 de Maio, Artigo 3º, alínea 2 e 3

(3) DIVULGAR – Competências do enfermeiro de cuidados gerais, Artigo 9º, alínea 1

(4) Lei nº12/2001, de 29 de Maio, Artigo 1º, alínea 2

BIBLIOGRAFIA:

- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida - Saúde Reprodutiva e Equidade;
- Divulgar, Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais;
- DGS, distribuição de anticoncepcionais de emergência a menores; GJ 300/06;
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros p59-60;
- Lei nº12/2001, de 29 de Maio – Contraceção de Emergência

CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: “SEMPRE EM PÉ”



ANA LUISA RAMOS ANTUNES

Doutoranda em enfermagem na Universidade Católica Porto - Instituto de Ciências da Saúde; Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria; Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem; Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Título de Especialista em Enfermagem; Enfermeira da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE; Assistente Convidada na Escola Superior de Enfermagem; Portugal

JOANA ALEXANDRA DA CRUZ MONTEIRO DE CARVALHO

Doutoranda em enfermagem na Universidade Católica Porto - Instituto de Ciências da Saúde; Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria; Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem; Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Enfermeira da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE; Portugal

SANDRA CRISTINA MIRANDA LOUREIRO DA ROCHA

Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Enfermeira da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

SANDRA CRISTINA OLIVEIRA SOARES ANDRADE

Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Enfermeira da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

CRISTINA MARIA TEIXEIRA CHAVES SERRANO

Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Enfermeira chefe na Unidade Local de Saúde de Matosinhos

PAULA CRISTINA MOREIRA MESQUITA SOUSA -

Doutorada em enfermagem na Universidade Católica Porto - Instituto de Ciências da Saúde; Mestre em Psicologia; Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem; Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto; Portugal

PAULINO SOUSA

Doutorado em Enfermagem; Professor coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Resumo

A queda de crianças internadas é um tema importante de reflexão no âmbito da enfermagem, tanto na vertente da investigação como na da prática de cuidados, em virtude de proporcionar a identificação dos principais fatores de risco, incidência e consequências, com o objetivo de prevenir o acidente o mais precocemente possível. A escassez de instrumentos validados que avaliem o risco de queda em crianças e, ainda, a inexistência de algum instrumento validado para a população portuguesa, justificaram a necessidade da construção de uma ferramenta que avaliasse o risco de queda das crianças internadas em Portugal. O instrumento denominado "Sempre em Pé", cuja apresentação é objeto do presente artigo. O instrumento suporta a atividade de diagnóstico, permitindo obter dados relevantes para a identificação do risco de queda, assim como para as necessidades de intervenção de enfermagem. Faz parte de um programa de prevenção de quedas de crianças hospitalizadas e inscreve-se num projeto desenvolvido em parceria entre a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e a Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Palavras-chave: Queda; Criança hospitalizada; instrumento de avaliação

Abstract

The fall of hospitalized children is an important subject to be taken into account of nursing, both in the aspect of research and in the practice of care, by virtue of providing the identification of its main risk factors, incidence and consequences. This subject of research allows prevention of accidents as early as possible. The lack of validated instruments / statistics to assess the risk of falling in children, and as well the absence of a validated instrument for the portuguese population as a proxy, justified the need to develop a tool to assess the risk of falling of children in Por-

tugal, the instrument called "Sempre em Pé", the presentation of which is the subject of this article. This instrument supports the diagnostic activity, allowing to obtain relevant data to identify the risk of falling, as well as for required intervention of nurses. It is part of a fall prevention program of hospitalized children and it is part of a project developed in partnership between Matosinhos Local Health Unit and the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Keywords: Falls; Child hospitalized; evaluation tool

Resumen

La caída de los niños hospitalizados es un tema importante para la consideración en la enfermería, tanto en el aspecto de la investigación y en la práctica de la atención, en virtud de proporcionar la identificación de factores de riesgo principal, la incidencia y consecuencias, a fin de evitar accidente lo más pronto posible. La falta de instrumentos validados para evaluar el riesgo de caer en los niños, y también la ausencia de un instrumento validado para la población portuguesa, que se justifica la necesidad de desarrollar una herramienta para evaluar el riesgo de caída de los niños en Portugal, el instrumento llamado "siempre en pie", cuya presentación es el tema de este artículo. El instrumento apoya la actividad de diagnóstico, lo que permite obtener datos relevantes para identificar el riesgo de caídas, así como para las necesidades de intervención de enfermería. Es parte de un programa para prevenir las caídas de los niños hospitalizados y es parte de un proyecto desarrollado en colaboración entre la Unidade Local de Saúde de Matosinhos y la Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Palabra clave: Caer, niño hospitalizado; herramienta de evaluación

Introdução

O ambiente hospitalar, que é desconhecido e estranho à criança, associado às suas características desenvolvimentais, pode potencializar a ocorrência de quedas. A taxa de incidência de quedas em contexto hospitalar de pediatria varia entre 2,5% e 3%, em cada 1000 crianças/dia, acidentes que, nesta população, ocorrem numa proporção de dois para um, em relação às quedas acidentais nos adultos (Graf, 2005; Razmus, Wilson, Smith & Newman, 2006).

Inferese desta realidade a pertinência do estudo do tema em apreço, podendo afirmar-se que constitui, um desafio para os hospitais gerir e reduzir o risco de queda, o que passa seguramente por uma aposta na prevenção, cujos programas, segundo Cooper e Nolt (2007), devem começar com o envolvimento das equipas.

Neste sentido, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) estabeleceram, uma parceria, tendo por base uma Unidade de Cuidados de Referência (UCR), com o compromisso de desenvolver um projeto que resultasse na prevenção de quedas em crianças hospitalizadas no serviço de Pediatria usando, para tal, a investigação e práticas baseadas na evidência.

Foi, então, efetuada a análise da informação disponível sobre quedas pediátricas e estabelecido um programa que sistematizou o processo de enfermagem centrado no risco de queda de crianças hospitalizadas. Este englobou a construção de um instrumento de avaliação desse risco, a que se refere este artigo.

O objetivo principal do artigo é apresentar, assim, esse instrumento designado "Sempre em Pé", evidenciando o percurso da sua construção. O instrumento destina-se à avaliação de risco de queda das crianças hospitalizadas em idade pediátrica e suporta a atividade de diagnóstico, que resulta em dados

relevantes para a identificação desse risco. Ou seja, sistematiza a avaliação de aspetos relevantes do potencial de queda, o que, por sua vez, permite identificar as necessidades de intervenção de enfermagem, a prescrição das intervenções com mais sentido terapêutico e ainda, a reavaliação contínua do processo de enfermagem, visando atingir ganhos em saúde e, como tal, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Enquadramento Teórico

O ambiente hospitalar, diferente do ambiente doméstico, é mais propício do que este ao risco de quedas, devido a fatores fisiológicos, a medicamentos, às necessidades fisiológicas dos pacientes, assim como à utilização de equipamentos (Child Health Corporation of America, 2009).

Este tipo de acidente é o mais comum no período da hospitalização, correspondendo a 70% do total de acidentes. Dele podem resultar lesões, que impliquem o aumento do número de dias de hospitalização, da dor, da incapacidade, do tratamento, assim como dos custos dos cuidados de saúde (Krauss et al., 2005; Razmus et al., 2006; Bates et al., 1995; Bergeron et al., 2006; Foss et al., 2005; Nadkarni et al., 2005 cit. por Child Health Corporation of America (CHCA, 2009)).

Por sua vez, dadas as consequências inerentes a cada tipo de queda, obviamente relacionadas com a respetiva gravidade, as quedas assumem grande relevância no contexto dos cuidados de enfermagem. Assim, o número de episódios de quedas de um indivíduo e as circunstâncias em que ocorrem podem indiciar a qualidade desses cuidados. Por isso "cair" pode ser considerado um aspeto de saúde sensível aos mesmos, pelo que, de entre os vários indicadores da qualidade de cuidados de enfermagem, a taxa de incidência de quedas é um dos que pode levar à obtenção dos melhores resultados, se forem adotadas estratégias e intervenções que as previnam (Tzeng & Yin, 2008; CHCA,

2009).

Por outro lado, com base nos resultados do estudo de Levene e Bonfield (1991 citado por CHCA, 2009), verificou-se que as crianças têm, em relação aos adultos, uma maior tendência para as quedas, assumindo-se estas como um problema significativo na população pediátrica. Daí que a sua monitorização deve ser uma prioridade nos cuidados de enfermagem nestas populações (Donaldson et al. 2005, citado por CHCA, 2009).

Mas, se é verdade que, para a avaliação do risco de quedas em adultos no contexto hospitalar, foram desenvolvidos vários instrumentos, que se vêm revelando como uma mais-valia por possibilitarem a criação de programas de prevenção do acidente nesta população, o mesmo não aconteceu com a população pediátrica (Hill-Rodriguez et al., 2009), relativamente à qual se têm aplicado os instrumentos dos adultos, para avaliar o risco nas crianças hospitalizadas. Porém, os estudos efetuados referem que tais instrumentos não determinam corretamente o risco de quedas nas crianças, em virtude de certas variáveis não lhes serem aplicáveis e, também, por não considerarem as necessidades específicas desta população (Rasmus et al., 2006; Hill-Rodriguez et al., 2009).

Para além disso, Oliver, Dalvy, Martin e McMurdo (2004) na revisão da literatura publicada sobre factores de risco de queda e instrumentos de avaliação desse risco em contexto hospitalar, detetaram que apenas dois instrumentos foram validados e que estes se dirigiam à população adulta. Acresce ainda o facto de, apesar das quedas serem a principal causa de lesões não intencionais das crianças em relação ao contexto hospitalar de pediatria, é escassa a literatura pediátrica publicada, a evidência científica sobre a validação de instrumentos que avaliam o risco de quedas nesta população e a avaliação de programas de prevenção (Cope land, 2008; CHCA, 2009; Hill-Rodriguez et al., 2009).

De entre os factores de risco de queda e instrumentos de avaliação desse risco, destacam-se as seguintes abordagens:

A CHAMP Fall Pediatric Risk Assessment Tool (Rasmus et al., 2006), menciona como factores de risco de queda: as alterações do estado mental, a história de quedas, a idade inferior a 36 meses de idade e o compromisso da mobilidade.

Por sua vez, a General Risk Assessment for Pediatric Inpatient Falls Scale (GRAF-PIF) (Graf, 2005) refere como factores de risco de quedas: o internamento superior a cinco dias, o diagnóstico médico relacionado com uma patologia ortopédica, a necessidade de fisioterapia ou terapia ocupacional, a administração de medicação endovenosa ou heparina.

A Humpty Dumpty Falls Scale (Hill-Rodriguez et al., 2009) considera como itens de avaliação do risco de queda: a idade, o sexo, o diagnóstico, as capacidades cognitivas, os factores ambientais, a resposta à cirurgia ou sedação ou anestesia e o uso de medicação.

No instrumento de avaliação de risco de queda pediátrica *I'm Safe* (Rannie & Neiman, 2009), os itens considerados como factores de risco incluem o diagnóstico de admissão, a medicação, tempo pós-anestesia, a história de queda e o ambiente dos cuidados (restrição de movimentos, oxigénio, perfusão de soroterapia).

Porém, os autores dos instrumentos referidos mencionam que é necessária uma avaliação mais aprofundada dos mesmos e das suas propriedades de medida, assim como da previsão deste como um instrumento de triagem, o que remetem para estudos prospetivos. Isto porque a utilização dos instrumentos de avaliação do risco de queda sem a devida validação, ao invés de potencializar os benefícios, pode produzir o efeito contrário, aumentando o dispêndio de recursos, nomeadamente de tempo dos enfermeiros com este processo, sem conseguir alcançar resultados a nível da prevenção desse risco

no contexto hospitalar de pediatria.

Neste contexto, foi sentida a necessidade de um instrumento, validada para cultura portuguesa, que avalie o risco de queda da criança em ambiente hospitalar. Assim, surge a instrumento "Sempre em Pé", cuja construção se apresenta de seguida.

Construção do instrumento "Sempre em Pé"

O instrumento "Sempre em Pé" é um instrumento de avaliação do risco de queda, que foi desenvolvido tomando em consideração a metodologia focus group. Foi tida em conta a revisão da literatura, que inclui a análise crítica de outros instrumentos de avaliação, bem como a discussão prévia dum grupo de profissionais de saúde, constituído por enfermeiros peritos em enfermagem pediátrica. Fomos coerentes com o que Vilelas (2009) e Fortin (2009) defendem ao referirem que a seleção dos elementos do painel de peritos deve ser muito cuidada, existindo elementos com conhecimento do tema a investigar, de modo a garantir a qualidade do instrumento. O painel de peritos foi constituído por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria alguns com experiência em investigação e um elemento docente da ESEP. A validade do instrumento foi suportada com a ajuda do painel supra referido, com vista à elaboração da versão final, a ser aplicada no pré-teste, garantindo a sua replicabilidade. Foram analisados todos os pontos do instrumento, assim como, verificados os descritores de cada fator de risco, garantindo a uniformidade das respostas dos diferentes avaliadores. Deste modo, com o intuito de validar a apresentação e estrutura do instrumento, a compreensão dos fatores de risco e respetivos descritores, após uma reflexão conjunta (Fortin, 2009; Ribeiro, 1999), produziu-se a versão a ser submetida ao pré-teste (Fortin, 2009; Ribeiro, 1999; Reichenheim & Moraes, 2007).

Iniciou-se, de seguida o pré-teste, fase fulcral no processo de construção de instrumentos

de investigação. Foi aplicado entre Junho e Agosto de 2010 no serviço de pediatria, do Hospital Pedro Hispano, pertencente à Unidade Local de Saúde de Matosinhos-Entidade Pública Empresarial. O instrumento foi preenchido pelos elementos da equipa do serviço, procedendo cada um à avaliação do risco de queda das crianças hospitalizadas nesse período, no serviço. Após o término desta fase, os investigadores reuniram-se e concluíram que o instrumento era prático, claro e de fácil preenchimento considerando-o pronto a ser parametrizado e aplicado no sistema aplicativo em uso na instituição.

O instrumento destina-se a monitorizar o risco de queda de crianças hospitalizadas, com idade entre os 0 e os 18 anos, entendendo a "queda" como um "tipo de auto-cuidado - actividade física com as características específicas: descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o corpo em diferentes posições" (ICN, 2002, p. 57).

Para a sua construção, partilhando a ótica de Cooper e Nolt (2007), de Hill-Rodriguez et al. (2009) e de Rannie e Neiman (2009), partimos do princípio de que todas as crianças hospitalizadas têm risco de cair, devido à alteração da sua condição de saúde, à necessidade de medicação e ao ambiente estranho que as rodeia. Nesta perspetiva, procedeu-se, conforme a seguir se especifica, à identificação das variáveis consideradas relevantes para o risco de queda no contexto hospitalar de pediatria, as quais, com respetivos scores, constam da tabela 1.

A idade da criança emerge, desde logo, como um fator associado ao risco de queda, na medida em que representa as várias fases de desenvolvimento e crescimento, que compreendem diferentes níveis de competências psicomotoras. Como refere Razmus et al., (2006), o estágio de desenvolvimento da criança e respetivas capacidades de locomoção são os principais fatores potenciais

daquele risco. Hill-Rodriguez et al., Rannie e Neiman (2009) afirmam que maioria das quedas ocorre em crianças com menos de 5 anos, mesmo quando os pais estão presentes. Segundo Cooper e Nolt (2007), o maior número de quedas ocorre em crianças com idades entre um e dois anos (25%) e entre cinco a dez anos (19%). Razmus et al. (2006) e Hill-Rodriguez et al. (2009) salientam que as crianças com menos de 4 anos de idade apresentam diferenças de desenvolvimento na deambulação, o que pode torná-las mais suscetíveis às quedas.

Por sua vez, de acordo Hill-Rodriguez et al. (2009) e Cooper e Nolt (2007), as crianças com idade inferior a 10 anos apresentam maior número de quedas acidentais do que os adolescentes, que apresentam quedas fisiológicas em maior número do que os grupos etários mais jovens. Por outro lado, as crianças com idade inferior a um ano tendem a cair da cama, enquanto os adolescentes tendem a cair durante a locomoção ou quando exercem atividades no sanitário.

Por sua vez, Hockenberry, Winkelstein e Wilson (2006) a incapacidade de deambulação e da percepção de profundidade típica das crianças até aos 4 anos, aumenta a propensão para quedas, influenciando a respetiva ocorrência, uma vez que as crianças tendem a cair quando tentam alcançar algum objeto ou até quando brincam nos parques infantis do hospital (Cooper e Nolt, 2007). Decorre da literatura referenciada a evidência de uma relação entre a ocorrência de quedas e a idade inferior a 4 anos, verificando-se uma maior probabilidade de cair em crianças hospitalizadas, o que direciona, para este grupo, o score de risco mais elevado.

Contudo, para além do fator idade, outros há a tomar em linha de conta.

Diversos autores (Hitcho et al., 2004; Cooper & Nolt, 2007; Hill-Rodriguez et al., 2009; Rannie e Neiman, 2009), referem que as quedas em contexto pediátrico ocorrem maioritaria-

mente em crianças do sexo masculino, pelo que este grupo se revela como o de maior risco de cair, apresentando-se, então, o sexo como fator a considerar.

Outro indicador relevante para a avaliação do risco de quedas é a categoria dos fármacos de que a criança necessita durante a hospitalização, pois o seu uso é, por si só, um fator de risco (Hitcho et al., 2004; Krauss et al., 2005; Razmus et al., 2006; Cooper & Nolt, 2007; Tzeng & Yin, 2008; CHCA, 2009).

Os medicamentos associados ao maior risco de queda são os que actuam no sistema nervoso central: vasoativos ou agentes da pressão arterial (Hitcho et al., 2004), os psicotrópicos e antidepressivos (Levy, 2009), as benzodiazepinas, antipsicóticos e sedativos hipnóticos (Hitcho et al., 2004), os antiarrítmicos, os medicamentos para diabetes e analgésicos não-narcóticos (Krauss et al., 2005). De acordo com Hendrich, Bender e Nyhuis (2003), os fármacos antiepilépticos e benzodiazepina foram identificados como sendo um factor precipitante do aumento de quedas devido à sedação, depressão do sistema nervoso central, e semi-vida prolongada. Por sua vez, o uso combinado de psicofármacos, antiepilépticos, anticonvulsivantes, sedativos, antidepressivos, laxantes e diuréticos constitui o maior factor de risco de queda (Hill-Rodriguez et al., 2009; Rannie & Neiman, 2009). Para além do tipo de medicamento e seu uso individualizado ou combinado, há a considerar o modo da respectiva administração, bem como todos os equipamentos necessários durante a hospitalização da criança. Morse (1993), Cooper e Nolt (2007) e Rannie e Neiman (2009), identificaram que a perfusão endovenosa de medicamentos se relaciona positivamente com as quedas em hospitais, constituindo este modo de administração da medicação um factor de elevado risco. Entendemos, por isso, que uma criança que tem uma perfusão contínua tem um risco acrescido de queda em relação a uma criança que não tem nenhum tipo de perfusão,

devido ao uso contínuo de equipamento.

Uma outra variável é o diagnóstico clínico, pois as diferentes patologias estão associadas a diferentes riscos de queda.

O diagnóstico de doenças neurológicas apresenta-se como um factor potencial de risco (Graf, 2005; Razmus et al., 2006; Hill-Rodriguez et al., 2009; Rannie & Neiman, 2009). Estas patologias, bem como as do foro psiquiátrico e comportamental, por poderem dificultar a orientação e a compreensão da criança durante a hospitalização, determinam maior risco de queda (Graf, 2005; Hill-Rodriguez et al., 2009). Também, embora com menor impacto, diagnósticos associados à função respiratória ou à fraqueza muscular ou, ainda, à diminuição do equilíbrio, como seja os associados às patologias ortopédicas, são identificados como factores de risco de quedas (Hitchcock et al., 2004; Hill-Rodriguez et al., 2009).

Face às evidências apontadas, concluímos que o risco de queda é mais elevado se verifica em crianças com patologias do foro neurológico e comportamental.

Por seu lado, Cooper e Nolt (2007), Hill-Rodriguez et al. (2009) e Rannie e Neiman (2009), sugerem que uma criança submetida a uma sedação ou anestesia tem elevado risco de queda, sobretudo nas primeiras 24 horas após a mesma, evidência que leva a atribuir a este factor o score de risco mais elevado.

Conclui-se, assim, que os programas de prevenção de quedas devem responder aos factores etiológicos das mesmas, sendo, por isso, necessário pesquisar as circunstâncias desses eventos (Morse, 1993; Krauss et al., 2005).

Mas, para determinar o grau do risco é igualmente importante saber em que circunstâncias ocorreram as quedas recentes (Hitchcock et al., 2004). Isto porque crianças com história de quedas desenvolvimentais recorrentes têm maior probabilidade de vir a cair, no

contexto hospitalar, do que crianças com história de quedas casuais recentes, pelo facto de terem maior probabilidade de manter esse comportamento durante a hospitalização (Cooper & Nolt, 2007). Então, crianças internadas com história de quedas desenvolvimentais recentes apresentam o risco mais elevado dessa ocorrência.

Há também que tomar em consideração a relação de quedas/dias de internamento. A maior incidência de quedas em internamentos verifica-se entre 1-5 dias (43%), seguida por internamentos de mais de 11 dias (39%) e internamentos entre 6-11 dias (18%) (Rannie & Neiman, 2009). Também, Kissinger e Marin (2010), conclui que a maioria das quedas das crianças hospitalizadas, ocorrem nas primeiras 72 horas. Por isso, o tempo previsto de internamento é considerado um factor de risco de quedas, com a previsão de que internamentos curtos (1 a 3 dias) determinam um maior potencial de risco, na medida em que existe um deficit de conhecimento e de adaptação ao ambiente. Já a previsão de internamentos longos (mais de 10 dias) apresenta-se como um factor de risco médio, por comportarem níveis de cansaço e de auto-confiança que se podem traduzir em negligência de comportamento de garante de segurança.

No que respeita aos factores ambientais, os mesmos são descritos como as principais causas de algumas das quedas no contexto hospitalar. Hill-Rodriguez et al. (2009) referem que, na população pediátrica com idade inferior a dez anos, a maioria das quedas se relaciona com as condições ambientais, como a presença de berços ou carros, por exemplo da alimentação. Segundo Cooper e Nolt (2007), as quedas ocorrem maioritariamente quando a criança sai da cama, enquanto deambula, e por escorregar em pavimentos molhados ou tropeçar em obstáculos. Por outro lado, a altura da cama da criança pode ser também uma causa de queda (Tzeng & Yin, 2008). Os mesmos autores,

por sua vez, verificaram que 79,5% das quedas ocorreram nos quartos, 11% nas casas de banho, 9,5% nos corredores ou salas de tratamento, 19,1% durante a deambulação e 10,9%, ao sair da cama. Deste modo, conclui-se que o ambiente físico tem um impacto significativo na segurança das crianças durante a hospitalização (Tzeng & Yin, 2008), motivo pelo qual consideramos que o desconhecimento das condições físicas do serviço e das rotinas, pelos pais ou criança com mais de 7 anos (idade escolar), aumenta o risco da criança cair.

Por seu turno, o comportamento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) é, também, considerado, como fator relevante, para a determinação do potencial de risco de queda da criança, sendo fundamental avaliar se demonstram ou não o comportamento necessário à segurança.

A criança em idade escolar, na procura da independência e produtividade, é especialmente vulnerável a acontecimentos que possam diminuir o seu sentimento de controlo e poder, como seja a situação de doença. Assim, a procura de informação aparece como um meio de manter o controlo desejado. Os procedimentos serão mais facilmente tolerados se forem explicados previamente, pelo que há que ter em atenção que a criança gosta de saber o que os profissionais da saúde esperam de si e necessita que a ajudem a superar os seus problemas (Hockenberry et al., 2006). Neste contexto, a aprendizagem cognitiva e de comportamento são relevantes para a avaliação e superação/minimização do risco de queda. Nesta linha de pensamento, a Direção Geral de Saúde (2005) e Pereira (2007) evidenciam que essas mesmas aprendizagens influenciam positivamente a competência parental de prestar cuidados à criança. Por isso, o acompanhamento da criança com menos de sete anos por um adulto detentor daquelas competências é encarado como um contributo para a diminuição do risco da mesma cair, durante a

hospitalização, na medida em que a sua supervisão poderá minimizar os fatores concorrentes para a queda. De tal resulta que o maior potencial de risco se verifique em crianças que permanecem sozinhas no internamento.

Deste modo podemos inferir, no concernente às crianças com mais de sete anos, que a detenção, por parte das mesmas, das aprendizagens cognitiva e comportamental será determinante para a minimização/superação do risco de queda.

Em síntese, para a construção do instrumento "Sempre em Pé", identificámos as variáveis que aumentam o potencial do risco de queda em ambiente hospitalar e que constituem, por isso, fatores de risco.

Os fatores de risco considerados foram a idade, o sexo, o diagnóstico clínico, o tempo pós sedação ou anestesia, a história de quedas, a medicação administrada, o ambiente físico, o tempo previsto de internamento, o tempo previsto pelos pais para permanecerem junto do filho, bem como o conhecimento e o comportamento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) para garantir a segurança da criança no hospital.

Cada um dos fatores de risco foi dividido em três categorias, às quais correspondem diferentes potenciais de risco de queda. A cada potencial de risco foi atribuído um score (3=Alto risco; 2=Médio risco e 1=Baixo risco). Para além disso, no conhecimento e comportamento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) sobre segurança no hospital, o valor dos referidos scores foram duplicados, por se referirem a fatores de risco com elevada sensibilidade aos cuidados de enfermagem. Por outro lado, o fator de risco "conhecimento dos pais ou criança com mais de 7 anos" foi subdividido em mais um nível, dada a maior abrangência de hipóteses a considerar, tendo resultado as seguintes categorias: "Comportamento dos pais ou criança com

mais de 7 anos” - 6=Alto risco; 4=Médio risco e 2=Baixo risco; “Conhecimento dos pais ou criança com mais de 7 anos” - 8=Muito alto risco; 6=Alto risco; 4=Médio risco e 2=Baixo risco.

O somatório dos scores parciais atribuídos aos diferentes fatores de risco resulta num score total, que pode variar entre o mínimo de 13 e o máximo de 41. Para este score

total, determinámos 3 intervalos, aos quais correspondem diagnósticos de enfermagem: score 13= Risco de queda em grau reduzido; score entre 14 a 26= Risco de queda em grau moderado e score entre 27 a 41=Risco de queda em grau elevado.

A tabela seguinte consubstancia o instrumento “Sempre em Pé,” apresentando os fatores de risco de queda e os respetivos

Tabela 1 – Instrumento “Sempre em Pé”

Factores de risco	Descrição de factores de risco	Score
Idade	Menos de 4 anos	3
	4-7 anos	2
	Mais de 7 anos	1
Sexo	Masculino	3
	Feminino	1
Medicação	Psicofármacos; antiepiléticos ; anticonvulsivantes; sedativos; antidepressivo; laxantes; diuréticos	3
	Um dos anteriores	2
	Outro tipo de medicação; sem medicação	1
Ambiente físico	Uso contínuo de equipamentos (perfusão contínua, oxigenoterapia, monitor)	3
	Uso intermitente de equipamentos	2
	Sem uso de equipamento	1
Diagnóstico clínico	Patologia do foro neurológico; psiquiátrico; comportamental	3
	Patologia do foro ortopédico/respiratório	2
	Outra patologia	1
Tempo pós sedação ou anestesia	Até 24 horas	3
	24-48 horas	2
	Mais de 48 horas (ou nenhuma sedação/anestesia)	1
História de quedas	Episódios de quedas desenvolvimentais recorrentes/recentes	3
	Episódios de quedas acidentais recorrentes/recentes	2
	Sem episódios de quedas recentes	1
Tempo previsto de internamento	Curto (1-3 dias)	3
	Longo (mais de 10 dias)	2
	Médio (4-10 dias)	1
Tempo previsto pelos pais para permanecerem junto do filho	Nenhum (criança sozinha)	3
	Menos de 24 horas	2
	24 horas	1
Conhecimento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) sobre segurança no hospital	Não conhece rotinas estrutura do serviço, não reconhece necessidades da criança no hospital	8
	Não conhece rotinas estrutura do serviço, reconhece necessidades da criança no hospital	6
	Conhece rotinas estrutura do serviço, não reconhece necessidades da criança no hospital	4
	Conhece rotinas estrutura do serviço, reconhece necessidades da criança no hospital	2
Comportamento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) sobre segurança no hospital	Não demonstra comportamento para garantir a segurança	6
	Demonstra potencial de comportamento para garantir a segurança	4
	Demonstra comportamento para garantir a segurança	2
Score Total		41

Tabela 2 – Descritores de fatores de risco

Factores de risco	Descrição	Caracterização
Idade	Menos de 4 anos	Crianças até 4 anos exclusive
	4-7 anos	Crianças de 4-7 anos inclusive
	Mais de 7 anos	Crianças de 8 e mais anos
Sexo	Masculino	
	Feminino	
Medicação	Uso combinado de psicofármacos; antiepiléticos; sedativos; antidepressivo; laxantes; diuréticos	Uso de dois ou mais fármacos destas categorias por exemplo, Valproato de sódio, Clobazam, Carbamazepina, Lactulose, Furosemida
	Um dos anteriores	Uso de um fármaco de apenas uma das categorias anteriores
	Outro tipo de medicação; sem medicação	Utilização de qualquer fármaco não pertencente às categorias do ponto anterior, como seja Paracetamol, Ibuprofeno, Ventilan, ou então, sem medicação
Ambiente físico	Uso contínuo de equipamentos	Utilização contínua, individual ou conjunta, de equipamentos, tais como máquina perfusora, oxigenoterapia, monitor cardiorrespiratório
	Uso intermitente de equipamentos	Uso intermitente, individual ou conjunto, de equipamentos, como sejam nebulizadores, máquina de seringa perfusora
	Sem uso de equipamento	
Diagnóstico clínico	Patologia do foro neurológico; psiquiátrico; comportamental	
	Patologia do foro respiratório	
	Patologia do foro ortopédico	
	Outra patologia	
Tempo pós sedação ou anestesia	Até 24 horas	
	24-48 horas	
	Mais de 48 horas (ou nenhuma sedação/anestesia)	
História de quedas	História de quedas desenvolvimentais recentes recorrentes	Quedas desenvolvimentais: próprias da etapa desenvolvimental Recentes: ocorridas na semana anterior à avaliação do risco de queda Recorrentes: ocorreram com frequência
	História de quedas acidentais recentes recorrentes	Quedas acidentais: não características da etapa desenvolvimental Recentes: ocorridas na semana anterior à avaliação do risco de queda Recorrentes: ocorreram mais do que uma vez
	Sem quedas recentes	
Tempo previsto de internamento	Curto (1-3 dias)	
	Longo (mais de 10 dias)	
	Médio (4-10)	
Tempo previsto pelos pais para permanecerem junto do filho	Nenhum (Criança sozinha)	Criança permanentemente sozinha ou que apenas recebe uma visita rápida esporádica, como seja uma criança institucionalizada que recebe a visita da funcionária
	Menos de 24 horas	Pais que se ausentam uma parte do dia noite ficando a criança sozinha o restante tempo
	24 horas	Crianças constantemente acompanhadas (dia e noite)

Conhecimento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) sobre segurança no hospital	<u>Não conhece rotinas e estrutura do serviço, não reconhece necessidades da criança decorrentes da hospitalização</u>	<p>Há conhecimento se: Conhecem <u>rotinas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Período do dia em que passa o carro para reposição de aprovisionamento farmácia refeições, para que nestes momentos a criança não permaneça sozinha no corredor principal do serviço; - Significado da sinalização de limpeza em curso. - Períodos em que os enfermeiros passam o turno, nos quais diminui a probabilidade de vigilância da criança <p>Conhecem <u>estrutura do serviço</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Espaço físico do serviço - Localização e funcionamento da campanha luz, incluindo luz de presença - Meios necessários aos cuidados de higiene e sua operacionalização, tal como maca-banheira, banheira de RN lactente, muda-fraldas <p>Reconhecem <u>necessidades da criança</u> no hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Horário da medicação e respetivos efeitos secundários relevantes; - Calçado e roupa adequados; - Equipamento adaptativo, como seja máquina perfusora, dispositivo de O₂ nebulização, monitor cardiorespiratório, auxiliar de marcha imobilização - Tempo de pós-sedação anestesia inferior a 48 horas - Patologia da criança, dando especial relevo às do foro neurológico psiquiátrico comportamental ortopédico respiratório; - Grau de risco de queda; - Segurança na cama - cama travada, grades elevadas; sem objetos que potencializem quedas e se possível manter a cama numa posição mais baixa; - Segurança durante os cuidados de higiene - não deixa a criança sozinha no muda fraldas banheira; a criança, lactente toddler pré-escolar escolar não realizam brincadeiras durante o banho, potencializadoras de quedas; - Aviso prévio à equipa de enfermagem, antes de deixar a criança sozinha
	<u>Não conhece rotinas e estrutura do serviço, reconhece necessidades da criança decorrentes da hospitalização</u>	
	<u>Conhece rotinas e estrutura do serviço, não reconhece necessidades da criança decorrentes da hospitalização</u>	
Comportamento dos pais	<u>Não demonstra comportamento para assegurar a segurança do filho</u>	Os pais não manifestam nenhum ou manifestam apenas um dos comportamentos do ponto seguinte
	<u>Demonstra comportamento para garantir a segurança do filho</u>	Os pais evidenciam, em relação às diferentes áreas de segurança, os seguintes comportamentos:
	<u>Demonstra potencial de comportamento para garantir a segurança da criança no hospital</u>	Os pais manifestam pelo menos dois dos comportamentos anteriormente enunciados no ponto anterior

Para cada fator de risco discriminaram-se as respetivas características, visando, através da uniformização da perceção dessa realidade, que os mesmos se constituíssem auxiliares da utilização do instrumento, tal como se apresenta na tabela 2.

Conclusão

Neste artigo, evidenciamos a necessidade de um instrumento validado, para a cultura portuguesa, para avaliação do risco de queda, em contexto hospitalar de pediatria, e procedemos à respetiva apresentação da sua construção. O instrumento suporta a atividade de diagnóstico, permitindo obter dados relevantes para a identificação do risco de queda, assim como para as necessidades de intervenção de enfermagem. O instrumento foi denominado “Sempre em Pé”, e, para a sua construção, identificamos, com suporte na revisão da literatura, os fatores potenciais de tal risco. Concluimos, assim, que esses fatores são: a idade, o sexo, o diagnóstico clínico, o tempo pós sedação ou anestesia, a história de quedas, a medicação administrada, o ambiente físico, o tempo previsto de internamento, o tempo previsto pelos pais para permanecerem junto do filho, bem como o conhecimento e o comportamento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) para garantir a segurança da criança no hospital.

O uso do instrumento demonstra utilidade clínica, na medida em que permite a sistematização do processo de enfermagem relativamente ao foco “Queda”, contribuindo para a uniformização de cuidados e respetiva melhoria da qualidade dos mesmos.

Bibliografia ou Referências Bibliográficas

Child Health Corporation of America. (2009). Pediatric Falls: State of the Science. 227-231.

Cooper, C.; Nolt, J. (2007). Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. *Journal of Nursing Care Quality*.

Copeland, P. (2008). Transforming Research into Practice. Department of Defense Patient Safety Center.

Graf, E. (2005). Examining inpatient pediatric falls: Understanding the reasons and finding the solutions. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety*. 5(9), 5-6.

Hendrich, A. L.; Bender, P. S.; Nyhuis, A. (2003). Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*. 9-21.

Hill-Rodriguez, D.; Messmer, P.; Williams, P.; Zeller, R.; Williams A.; Wood, M. (2009) - The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 14(1), 22-32.

Hitcho, E. [et al] (2004). Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: A prospective analysis. *Journal General Internal Medicine*. 19(7), 732-739.

Hockenberry, M.; Winkelstein, M.; Wilson, D. (2006). Wong : fundamentos de enfermagem pediátrica (7ª ed.). São Paulo: Mosby.

International Council of Nurses (ICN) (2002). Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE): versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros

Kissinger, E.; Marin, A. (2010). Pediatric Falls Risk Assessment In The Hospitalized Child (Master Thesis). California State University, Sacramento, USA.

Krauss, M., [et al.] (2005) - A Case-control Study of Patient, Medication and Care-related Risk Factors for Inpatient Falls. *Journal of General Internal Medicine*. 20(2), 116-122.

Morse, J. M. (1993). Nursing research on patient falls in health care institutions. *Annual Review of Nursing Research*. 299-316.

Oliver, D.; Dalvy, F.; Martin, F.; McMurdo, M (2004) - Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: A systematic review. *Age & Ageing*. 33(2). 122-130.

Pereira, F. (2007). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto, Portugal.

Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. (2005). Saúde infantil e juvenil: Programa-tipo de atuação. Lisboa, Portugal: 2ª edição.

Rannie, M.; Neiman, J. (2009). I'm Safe: Development of a Fall Prevention Program to Enhance Quality and Patient Safety. Colorado: Children's Hospital Denver.

Rasmus, I.; Wilson, D.; Smith, R.; Newman, E. (2006) - Falls in Hospitalized Children. *Pediatric Nursing*. 32(6), 568-572.

Tzeng, H.; Yin, C. (2008). Innovation in patient safety: A new task design in reducing patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*. 23(1), 34-42.

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