

sinais vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA

 HOSPITAL



CIÊNCIA E TÉCNICA

Dicotomia da Arte:
Libertação versus
Perturbação



CIÊNCIA E TÉCNICA

DISTANÁSIA:
a principal inimiga da
dignidade no fim de
vida

SUMÁRIO

P05 EDITORIAL

P4 CIÊNCIA & TÉCNICA

QUALIDADE DE VIDA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

P11 CIÊNCIA & TÉCNICA

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO NO IDOSO

P17 CIÊNCIA & TÉCNICA

TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO: 30 ANOS DE EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

P24 CIÊNCIA & TÉCNICA

DISTANÁSIA: A PRINCIPAL INIMIGA DA DIGNIDADE NO FIM DE VIDA

P34 CIÊNCIA & TÉCNICA

DICOTOMIA DA ARTE: LIBERTAÇÃO VERSUS PERTURBAÇÃO

P41 CIÊNCIA & TÉCNICA

FUMO CIRÚRGICO NO BLOCO OPERATÓRIO

FICHA TÉCNICA

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

EDITORIAL

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

Finalmente as vozes levantam-se por um direito essencial. O direito a auferir um vencimento compatível com as funções que se exercem. Os enfermeiros, com formação avançada de especialização, têm sido totalmente discriminados e portanto elogio quem, apesar de tarde iniciou este processo de luta pela dignidade e pela valorização do papel que os enfermeiros especialistas podem e devem desempenhar para a melhoria da saúde e bem-estar das populações que servem. Claro que espero que não haja motivações políticas outras que não apenas a defesa da profissão e dos profissionais.

Genericamente os anos da Troyka foram anos de grande desvalorização do trabalho, mas no que diz respeito aos enfermeiros essa desvalorização começou ainda antes quando se destruíram as carreiras tornando-as pouco incentivadoras da formação continuada e especializada. Os enfermeiros são hoje geridos pelo Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro que apenas contempla a categoria de enfermeiro e de enfermeiro principal (sinceramente não conheço nenhum local onde se tenham aberto concursos para enfermeiro principal), portanto desvaloriza por completo a formação obtida e a especialização que essa formação promoveu. Como do meu ponto de vista ser especialista não acontece apenas porque se trabalha há muito tempo num local, mas antes com formação e aprendizagem de novas formas de ver e analisar as necessidades em cuidados das pessoas. Desvalorizar essa formação não promove a qualidade dos cuidados e muito menos valoriza a diferenciação que os especialistas incorporam na tomada de decisão e nos cuidados que prestam. Portanto se há diferenciação pelo conhecimento, se há diferenciação pela prática produzida, se há diferenciação pela tomada de decisão e pelo alvo dos cuidados, então essa diferenciação tem que ter como consequência uma diferenciação na remuneração que se auferre.

Hoje sabe-se que a satisfação dos profissionais, a melhoria dos ambientes de prática onde os enfermeiros trabalham e a existência de um número de enfermeiros com formação avançada adequado às necessidades das pessoas que acorrem aos serviços de saúde permite diminuir a mortalidade, melhorar a segurança dos doentes, diminuir as complicações associadas aos tratamentos e portanto permite reduzir custos ao sistema. Sabe-se que evitar uma morte pelos cuidados de enfermagem está, do ponto de vista dos seus custos, em linha com a diminuição da mortalidade pela utilização de fibrinolíticos para o enfarte agudo do miocárdio. A questão que se coloca é esta, porque continua a ser tão difícil investir em cuidados de enfermagem?

Em tudo isto penso que da parte dos enfermeiros que ocupam cargos de gestão não tem havido a força ou a vontade suficientes para alterar este tipo de coisas. Quando sentem a falta de recursos inventam esquemas de horários que minimizam os gastos, na maior parte das vezes sem pensar nas repercussões que essas mudanças podem ter nos cuidados aos doentes. Mudar um esquema de horário não faz aumentar o número de horas disponíveis para cuidados às pessoas logo, podendo ter resultados na poupança em termos de recursos, não vai ter resultados positivos nos cuidados que é o que qualquer medida de gestão num hospital deve almejar.

QUALIDADE DE VIDA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS



FLORBELA GONÇALVES

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna. Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. Serviço de Medicina Interna e Cuidados Paliativos

ANA ROCHA

Enfermeira. Instituto Português de Oncologia de

Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. Serviço de Medicina Interna e Cuidados Paliativos

ÓSCAR VILÃO

Assistente Hospitalar Graduado Sênior de Medicina Interna. Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. Serviço de Medicina Interna e Cuidados Paliativos

RESUMO

Introdução: os profissionais de saúde dos Cuidados Paliativos são considerados um grupo de risco ao lidarem com o sofrimento e a morte. Com este estudo, procurou-se avaliar a QdV neste grupo de profissionais.

Material e Métodos: recrutou-se uma amostra de profissionais de saúde de Cuidados Paliativos (n=34) aos quais se distribuíram o Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e um questionário sociodemográfico.

Resultados e Conclusão: A qualidade de vida percebida foi muito satisfatória.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Qualidade de Vida

ABSTRACT

Introduction: Health professional in palliative care are considered a group of risk by dealing with suffering and death. With this study, we aimed to evaluate the quality of life in this health professional group.

Material and Methods: We recruited a sample of health professionals in Palliative Care (n=31), to whom were distributed the Abbreviated Instrument of Quality of Life (WHOQOL - BREF) and sociodemographic questionnaire.

Results and Conclusion: The quality of life is perceived as very satisfactory.

Key Words: Palliative Care, Quality of life, Health Professional

Introdução

A filosofia dos Cuidados Paliativos, pela sua abordagem holística da dor e do sofrimento, requer dos profissionais a aquisição de um conjunto de competências sobretudo ao nível relacional e emocional.

Verifica-se que estes profissionais de saúde representam um grupo de risco cujas consequências se podem refletir na qualidade dos serviços prestados aos doentes, bem como na QdV e bem-estar dos profissionais.

O conceito de QdV tem evoluído. No entanto, dada a complexidade de variáveis que incidem sobre a diversidade conceptual individual que ela pode significar para cada pessoa, não há ainda um consenso sobre a sua definição. O conceito de QdV utiliza-se em diferentes contextos e situações, estendendo-se a todos os sectores da sociedade. Atendendo ao atual contexto de mudança nas organizações, e especificamente nos serviços de saúde (sobrecarga de trabalho, insegurança, mudanças frequentes nas equipas, conflito e ambiguidade de papéis), os fatores de natureza humana em contexto organizacional podem traduzir-se em fatores de resiliência ou risco para o bem-estar dos indivíduos.

Perante o exposto, considerando a escassez de estudos que abordam a QdV em profissionais dos Cuidados Paliativos, particularmente em contextos oncológicos, procura-se neste estudo explorar esta lacuna.

Quadro teórico:

O conceito de QdV pode ser definido de diversas formas e ter diferentes significados para diferentes pessoas. Não há uma definição universalmente aceite, uma vez que é um conceito multidimensional importante que procura atender a uma perspetiva holística a natureza biopsicossocial do ser humano (Canavarro & Serra, 2010). Envolve dimensões objetivas (condições de vida, situação profissional, salário) e subjetivas (bem-estar, amor,

realização pessoal).

Nos Cuidados Paliativos, a interação prolongada com os doentes e seus familiares, o contacto frequente com o sofrimento e a morte, por se tratar de um contexto que exige um cuidar de doentes com doença crónica e terminal, envolvendo muitas vezes a comunicação e transmissão de más notícias e os vários dilemas éticos associados, podem resultar num impacto significativo para os profissionais que trabalham em contextos paliativos.

A vivência de situações limite na prestação de cuidados médicos em contexto de Cuidados Paliativos, pode levar a problemas de comunicação com doentes e seus familiares, o que agravado pela pouca disponibilidade de tempo para cada doente, pode originar situações de conflito. Também a ambiguidade e conflito de papéis pode desencadear relações interpessoais conflituosas com a equipa de saúde, logo, com maior frequência podem surgir problemas de comunicação e coesão de grupo. Assim, a relação interpessoal que se impõe constitui uma fonte de stresse que, no decorrer do tempo, poderá contribuir para o desenvolvimento de burnout e para uma menor QdV.

O profissional de saúde que desempenha funções em Cuidados Paliativos deve ser detentor de competências específicas, que resultam de formação avançada e aprendizagens específicas.

Metodologia:

1 – Amostra

No presente estudo foi usada uma amostra de conveniência constituída por um grupo de 34 profissionais de saúde a trabalhar em contexto hospitalar de Cuidados Paliativos oncológicos, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

2 - Procedimentos de recolha e análise de dados

A metodologia adotada neste estudo de natureza quantitativa, descritiva, correlacional e transversal, passou pelo recrutamento de profissionais de saúde a trabalhar na unidade de Cuidados Paliativos oncológicos do IPO de Coimbra. Para a realização deste trabalho foram respeitadas as normas inerentes ao protocolo de Helsínquia e à Convenção de Oviedo.

Os dados foram recolhidos através de um protocolo de investigação previamente desenhado e que incluiu um questionário sociodemográfico e uma escala de avaliação de Qualidade de vida (QdV). Os instrumentos de medição e recolha dos dados foram enviados individualmente, acompanhados de uma carta explicando a natureza do estudo e assegurando a confidencialidade dos dados. Foi igualmente solicitado o consentimento informado de participação. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21,0.

Resultados e Discussão:

Neste estudo foi usada uma amostra constituída por um grupo de profissionais de saúde a exercer funções no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. Da totalidade dos profissionais, que integram o serviço, 34 aceitaram voluntariamente participar.

Caracterização da amostra

Na tabela 1 são apresentadas as características socio-demográficas da amostra. Verifica-se o predomínio do género feminino (79,4%), a média de idades foi de 43,2 anos (desvio padrão = 10,8), a maioria da população era casada (67,6%) e possuía formação universitária (70,5%).

Quanto às características profissionais e laborais da população, verificou-se que em média, os profissionais de saúde trabalham 39,1 horas por semana com um desvio padrão de 5,7. A Instituição foi considerada pública para a maioria, mas quem exerce as funções profissionais através de recrutamento por empresas prestadoras de serviços considerou-a privada.

Como se pode observar, maioritariamente a amostra foi constituída por enfermeiros. A maioria dos indivíduos possui vínculo laboral à instituição, onde trabalham há mais de 10 anos e não exercem qualquer cargo de gestão/chefia. Verificou-se igualmente que a generalidade exerce trabalho noturno.

Em relação à QdV, verificaram-se as seguintes pontuações nas 2 primeiras perguntas do questionário:

1 (G1) – como avalia a sua Qdv? BOA (4)

2 (G4) – até que ponto está satisfeito com a sua saúde? SATISFEITO (4)

Em todas as dimensões verifica-se uma distribuição homogénea de respostas, obtidas na amostra estudada. Assim, no gráfico 1 (diagrama de dispersão) podemos observar as respostas obtidas individualmente, as quais apresentam uma pontuação muito satisfatória nas várias facetas da qualidade de vida. A tabela 2 corrobora a informação dada pelo diagrama de dispersão, considerando-se a QdV global uma média das 4 dimensões.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.

Características	N	Média	Desvio padrão
Idade	34	43,2	10,8
Gênero			
Masculino	7	20,6	
Feminino	27	79,4	
Estado civil			
Solteiro	6	17,6	
Divorciado	3	8,8	
Viúvo	2	5,9	
Casado ou união de facto	23	67,6	
Escolaridade			
Até 4 anos	1	2,9	
5 a 9 anos	1	2,9	
10 a 12 anos	8	23,5	
Mais que 12 anos	24	70,5	
Instituição			
Público	26	76,5	
Privado	8	23,5	
Categoria Profissional			
Médico	3	8,8	
Enfermeiro	16	47,1	
Assistente operacional	9	26,5	
Outro	6	17,6	
Anos de trabalho			
<3	5	14,7	
3-5	1	2,9	
6-10	7	20,6	
>10	21	61,8	
Carga horária semanal	34	39,5	
Trabalho noturno			
Sim	23	67,6	
Não	11	32,4	
Vínculo laboral			
Sim	29	85,3	
Não	5	14,7	
Cargo de gestão			
Sim	5	14,7	
Não	29	85,3	
Horas extra-laborais			
Sim	11	32,4	
Não	23	67,6	
Horas de sono/dia			
<6	10	29,4	
6 a 8	24	70,6	
Mais de 8	0	0,0	

Em relação à QdV, verificaram-se as seguintes pontuações nas 2 primeiras perguntas do questionário:

1 (G1) – como avalia a sua Qdv? BOA (4)

2 (G4) – até que ponto está satisfeito com a sua saúde? SATISFEITO (4)

Em todas as dimensões verifica-se uma distribuição homogênea de respostas, obtidas

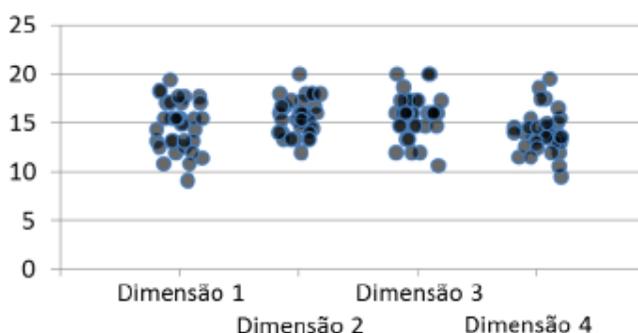
na amostra estudada. Assim, no gráfico 1 (diagrama de dispersão) podemos observar as respostas obtidas individualmente, as quais apresentam uma pontuação muito satisfatória nas várias facetas da qualidade de vida. A tabela 2 corrobora a informação dada pelo diagrama de dispersão, considerando-se a QdV global uma média das 4 dimensões.

Tabela 2. Média e desvio padrão das 4 dimensões da Qualidade de Vida

	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente	QdV global
Média	14,7	15,6	15,7	14,0	15,2
N	34	34	34	34	34
Desvio padrão	2,5	1,8	2,2	2,1	2,6

Figura 1- Diagrama de dispersão. Distribuição das respostas relacionadas com as diferentes dimensões da Qualidade de Vida. Dimensão 1- Física; dimensão 2 - Psicológico; Dimensão 3 - Relações sociais; Dimensão 4 - Ambiente

Respostas ao questionário WHOQOL-BREF



Conclusão:

Os cuidados paliativos são cuidados ativos e globais, realizados por uma equipa multidisciplinar, que visam "melhorar a qualidade de vida dos doentes - e suas famílias - que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce

e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais."

No presente estudo procurou-se avaliar a QdV de profissionais de saúde em exercício de funções em Cuidados Paliativos oncológicos. Para o efeito, procedeu-se à avaliação de uma amostra de profissionais de saúde a trabalhar em contexto hospitalar de Cuidados

Paliativos, numa unidade de tratamento de doentes oncológicos. Mais especificamente foram avaliadas as características sociodemográficas e a QdV destes profissionais.

Variáveis sociodemográficas como a idade e o sexo, a escolaridade, estado civil, entre outras não demonstraram qualquer influência no burnout e na QdV dos indivíduos estudados, o que, em parte, se explica pela pequenez da amostra.

Relativamente à QdV, os resultados obtidos revelam que esta tem uma pontuação relativamente elevada.

Assim, esta tendência é observada na qualidade de vida em geral (4, isto é, Boa) e na relacionada com a saúde em que a maioria dos indivíduos se sente satisfeito.

O mesmo se passa quando se avalia cada dimensão individualmente. No domínio físico a pontuação é de 14,7, no domínio psicológico de 15,6, no domínio relações sociais de 15,7, no domínio ambiente de 14, isto sempre numa escala da 0 a 20.

Tal pode ser explicado por se tratar de um Serviço constituído por uma equipa coesa, com relações profissionais sólidas e já com uma longa e ampla experiência assistencial, o que pode ter facilitado o desenvolvimento de mecanismos de entrelajada e de coping que impedem que os elevados níveis de burnout, vivenciados pelos seus profissionais, influencie a sua qualidade de vida. Os profissionais da medicina paliativa caracterizam-se pela resiliência, indispensável para enfrentarem os desafios que naturalmente estão associados a esta área. Apesar do sucesso terapêutico curativo ser frustado, aceita-se com naturalidade a "terminalidade", disfrutando de pequenos "grandes" êxitos, tais como uma dor intensa controlada, uma morte tranquila e sem sofrimento, a reconciliação. O reforço positivo de terceiros (amigos e familiares de doentes) faz parte do quotidiano desta equipa e ajuda a que o seu caminho se torne mais fácil.

Nesta amostra verificou-se uma percepção de qualidade de vida muito satisfatória. Isso significa que estes indivíduos já desenvolveram as estratégias adequadas de autoproteção, impedindo assim que a sua QdV seja, eventualmente, afectada pelo burnout, sentido no seu local de trabalho.

Em conclusão, este estudo prospetivo, permite concluir que na população estudada:

- A maioria das variáveis sociodemográficas, idade, sexo, escolaridade, estado civil, entre outras, não influenciou os níveis de QdV
- A QdV é satisfatória. O facto de se tratar de uma equipa coesa, com relações profissionais sólidas e com uma longa e vasta experiência assistencial e a resiliência que caracteriza os seus elementos pode justificar este achado.
- A percepção de uma boa qualidade de vida na amostra estudada, pode resultar do facto destes indivíduos terem desenvolvido estratégias adequadas de autoproteção, impedindo assim que a sua QdV seja afetada por eventual burnout, desenvolvido em contexto laboral.

Bibliografia:

- 1 – Back AL, Steinhauser KE, Kamal AH, Jackson VA. Building Resilience for Palliative Clinicians: Na Approach to Burnout Prevention Based on Individual Skills and Workplace Factors. J Pain Symptom Management. 2016 Aug;52(2):284-91
- 2 - Martins, A. C., & Romão, C. J. Profissões na saúde e desafios do trabalho de proximidade: médicos e assistentes sociais nos cuidados paliativos. Trabalho apresentado no III Seminário de I&DT. Portalegre: Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre. 2012
- 3 - Santos, L., Pais-Ribeiro, J., & Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer.

Análise Psicológica, 21(4), 441-451

4 - Takaki, M. H., & Sant'Ana, D. M. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipa de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 79-83

5 - Wahl, A. K., Rustoen, T., Hanestad, B. R., Lerdal, A. & Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research*, 13, 1001-1009

6 - Asaig, P., Perotta, B., Martins, M. & Temp-ski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 422-429

7 - Denninger JW, Jackson VA. Building Resiliency in a Palliative Care Team: A Pilot Study. *J Pain Symptom Manage*. 2016 Mar;51(3):604-8

8 - Kuerer, H. M., Eberlein, T. J., Pollock, R. E., et al. (2007). Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology. *Annals of Surgical Oncology*, 14, 3042-3053

9 - Fillion, L., Duval, S., Dumont, S., Gagnon, P., Tremblay, I., & Bairati, I. (2009). Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psycho-Oncology*, 18, 1300-1310

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO NO IDOSO



INÊS OLIVEIRA COSTA ALMEIDA ATANÁSIO

Mestre em Enfermagem, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermeira na Unidade de Recobro, do Hospital Ortopédico de Sant'Ana

PATRÍCIA PONTÍFICE SOUSA

Doutora em Enfermagem, Professora no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, Mestre em Comunicação em Saúde, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Lisboa.

RESUMO

Objetivo: Identificar intervenções de Enfermagem promotoras da qualidade do sono dos idosos institucionalizados ou hospitalizados.

Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura.

Resultados: Identificaram-se inúmeras intervenções que podem ser realizadas pelos enfermeiros, nos diferentes contextos de cuidados de saúde. As intervenções comportam estratégias promotoras do conforto físico, psicológico, espiritual e ambiental.

Conclusão: As intervenções promotoras do conforto físico, psicológico, espiritual e ambiental, devem ser aplicadas em conjunto, para a melhoria da qualidade do sono do idoso.

Palavras-chave: Enfermagem, Promoção do Sono, Idoso.

ABSTRACT

Objective: Identify the nursing interventions that promote quality of sleep in institutionalized or hospitalized elderly.

Methods: Integrative Literature Review

Results: The review identified many interventions to be performed by nurses in different healthcare settings. The interventions identified are related to strategies to promote physical, psychological, spiritual and environmental comfort.

Conclusion: The interventions to promote physical, psychological, spiritual and environmental comfort, should be applied together, verifying a better efficacy in improving sleep quality in the elderly.

Keywords: Nursing, Sleep promotion, elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento apresenta características comuns a todos os idosos, sendo necessária uma avaliação e cuidado multidimensional, por parte dos profissionais de saúde, para promover o seu bem-estar e a máxima capacidade funcional a longo prazo. Verifica-se o dever, por parte do enfermeiro de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida”⁽¹⁾.

É parte integrante da avaliação e cuidado multidimensional do idoso a necessidade humana básica do sono, que apresenta “propriedades restaurativas e contribui para o bem-estar biopsicossocial”⁽²⁾ da pessoa. O sono é um estado fisiológico cíclico, que comporta várias fases que “diferenciam-se de acordo com o padrão do electroencefalograma (EEG) e a presença ou ausência de movimentos oculares rápidos, além de mudanças em diversas outras variáveis fisiológicas, como o tônus muscular e o padrão cardiorrespiratório”⁽³⁾.

O sono é composto por vários ciclos de 5 etapas, as primeiras 4 correspondem ao sono sem movimentos oculares rápidos (NREM), em grau de profundidade crescente e a quinta, corresponde ao sono com movimentos oculares rápidos (REM). O ciclo do sono apresenta uma arquitetura específica⁽³⁾, e o indivíduo apresenta ao longo de 8 horas de sono, cerca de 5 ou 6 ciclos do sono.

O ciclo circadiano “é o ritmo de distribuição de atividades biológicas cíclicas de aproximadamente 24 horas, como ocorre com o ciclo sono-vigília”⁽⁴⁾. Este é influenciado por fatores físicos, ambientais e sociais. Na manutenção do ciclo circadiano a melatonina tem um papel fundamental, pois é segregada, “segundo um padrão programado, influenciado pela luminosidade

ambiental, com seu pico máximo nas primeiras horas da noite, participando da tendência do indivíduo a conciliar o sono”⁽³⁾, demonstrando a importância do ambiente envolvente no padrão de sono.

Os idosos apresentam alterações, do ciclo circadiano e da arquitetura do sono, o que leva a alterações do padrão sono-vigília, sendo que estas “afetam mais de metade dos adultos acima de 65 anos de idade”⁽⁴⁾. Os idosos apresentam maior dificuldade em adormecer, o sono é mais superficial⁽⁵⁾, despertando mais frequentemente durante a noite, levando a que o sono seja fragmentado, interrompido e com eficiência reduzida.

As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento provocam, progressivamente, variações na qualidade e duração do sono, sendo que podem surgir alterações no “balanço homeostático, com repercussões sobre a função psicológica, sistema imunológico, performance, resposta comportamental, humor e habilidade de adaptação”⁽⁴⁾.

As principais causas de perturbações da qualidade sono referem-se a fatores físicos, psicológicos e ambientais, como a dor, ansiedade, temperatura, ruído e muitos outros. Quando o idoso é hospitalizado ou admitido numa instituição de saúde ou lar, surgem factores que podem provocar alterações do padrão de sono, como as condições ambientais, a vivência de um processo de doença, e/ou afastamento dos familiares. Tendo em conta que a privação do sono acarreta consequências importantes, e para os profissionais de saúde “a promoção da qualidade do sono nos idosos é um requisito para um cuidado holístico”⁽²⁾, há uma necessidade e preocupação de encontrar estratégias, para minimizar a ação destes fatores e promover uma melhoria da qualidade do sono. Decorrente desta necessidade, esta revisão de literatura tem como objetivo identificar as intervenções de Enfermagem promotoras da qualidade

do sono dos idosos institucionalizados ou hospitalizados.

METODOLOGIA

Do objetivo definido, emergiu a questão de investigação: quais as intervenções de Enfermagem promotoras da melhoria da qualidade do sono dos idosos institucionalizados ou hospitalizados?

Para responder à questão de investigação colocada, foi realizada uma Revisão Integrativa de Literatura. Assim, no dia 11 de Maio de 2017, foi realizada uma pesquisa na Plataforma EBSCO, nas bases de dados MEDLINE Complete; CINAHL Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina. Foram selecionados artigos publicados entre 2000 e 2017. A pesquisa foi realizada com a utilização dos descritores *sleep promotion* AND *nurs**, no texto completo AND *elderly* OR *aged*, nos termos do assunto.

Foram definidos critérios de inclusão na pesquisa, nomeadamente, artigos em Português, Inglês e Espanhol; relacionados com cuidados/intervenções de enfermagem na promoção da qualidade do sono; intervenções não farmacológicas; em idosos e adultos mais velhos (mais de 60 anos); na comunidade e em qualquer contexto de prestação de cuidados de enfermagem. Foram excluídos artigos sobre intervenções farmacológicas na promoção do sono; em estudos com amostras que continham crianças e adultos; e a promoção do sono de profissionais de saúde.

RESULTADOS

Da pesquisa realizada foram encontrados 73 artigos, e tendo em conta a indisponibilidade do artigo completo, bem como os artigos em duplicado, foram excluídos 22 artigos. Segundo os critérios de inclusão e exclusão, foram rejeitados 31 pela leitura do título e

6 pela leitura do resumo. Com 14 artigos selecionados, os mesmos foram lidos na íntegra e por não atenderem ao objetivo estabelecido foram excluídos mais 3 artigos, sendo a amostra final de 11 artigos. Os 11 artigos selecionados para análise de conteúdo são provenientes da base de dados CINAHL Complete e foram publicados entre os anos de 2003 e 2013. Foram identificadas 5 revisões teóricas de literatura, 1 estudo correlacional, 1 estudo quase-experimental, 3 revisões sistemáticas da literatura e 1 ensaio clínico randomizado.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pela leitura e análise dos artigos, contidos na amostra desta revisão integrativa da literatura, identificaram-se inúmeras estratégias, técnicas e intervenções para a promoção da melhoria da qualidade do sono, que podem ser realizadas pelos enfermeiros, nas residências, instituições de saúde e hospitais, com diferentes níveis de evidência na prática.

Foram identificadas quatro categorias relacionadas com os fatores perturbadores de sono, que se referem ao conforto físico, psicológico, espiritual e ambiental⁽²⁾ do idoso com o objetivo de promover a melhoria da qualidade do sono no idoso, que foram norteadoras na sistematização das intervenções de enfermagem.

Com o objetivo de promover o conforto físico foram identificadas estratégias, referentes ao controlo da dor, à alimentação, à atividade física e ao conforto na cama. Recomenda-se a abordagem tendo em conta a “perceção personalizada do conforto”⁽²⁾, pelo caráter subjetivo do conceito. O enfermeiro deve adequar o posicionamento no leito, ajustar as almofadas e lençóis, prevenindo úlceras por pressão, mas também de forma adequada ao gosto e/ou hábitos do idoso. A verificação dos dispositivos médicos⁽²⁾, como cateteres venosos, cateteres urinários, máscaras de

oxigênio, pensos, gessos, entre outros, é essencial no sentido da sua manutenção e na minimização do desconforto para o idoso. Na alimentação, a ingestão de bebidas com cafeína⁽⁶⁻⁷⁾ e estimulantes deve ser limitada, como o café, álcool, chocolate ou tabaco, bem como evitar refeições pesadas perto da hora de dormir, optando por uma refeição ligeira, pois a fome também é um fator perturbador do sono. Evitar a ingestão acentuada de líquidos, por promover a noctúria e assim, a fragmentação do sono⁽⁶⁻⁷⁾.

Pesquisas recomendam que a realização de programas de atividade física melhoram a qualidade do sono, com efeito cumulativo⁽⁸⁾. Atendendo à capacidade funcional do idoso, o aumento da atividade física e social diária, evitando a mesma perto da hora de dormir, promove a vigília durante o dia^(2,6,9) e diminui o tempo de permanência no leito⁽⁷⁾.

No sentido de promover o relaxamento e preparar o idoso para o sono, o relaxamento muscular pode ser conseguido através da massagem^(5,6), da meditação guiada e da musicoterapia, sendo que a sua combinação têm maior eficácia⁽⁵⁾. Um estudo sobre a musicoterapia⁽¹⁰⁾ aponta para uma melhoria da qualidade do sono, com efeito cumulativo.

Na promoção do conforto psicológico, a gestão da ansiedade ou inquietação, inclui várias intervenções, como a comunicação e encorajamento de partilha de preocupações e de eventos stressantes⁽⁶⁾. A comunicação entre o idoso e o enfermeiro é fundamental no conforto psicológico e espiritual. O suporte religioso poderá ser necessário, sendo essencial que o enfermeiro esteja desperto e faça uma colheita de dados completa, para identificar esta necessidade⁽²⁾, pois o desconforto espiritual pode ser um fator perturbador do conforto psicológico e do sono no idoso.

Outro aspeto identificado pela análise dos artigos, refere-se às rotinas antes de

dormir^(9,11). Com a colheita de dados acerca dos hábitos de sono, identificam-se as rotinas do indivíduo, e é possível personalizar as intervenções promotoras do sono, como por exemplo, a aplicação de creme de noite, pentear o cabelo, rezar, ler, ouvir música, entre outros⁽¹¹⁾. Manter as rotinas e hábitos tranquiliza o idoso, promovendo a diminuição da ansiedade e o conforto psicológico e, conseqüentemente, melhora a qualidade do sono.

O conforto ambiental, relaciona-se com a manutenção da temperatura, luz e ventilação adequada, segundo as preferências do doente, a diminuição da exposição ao ruído, o aumento da exposição à luz solar ou fototerapia durante o dia, pelo seu efeito no ciclo circadiano^(6,8). Foi identificado um estudo intervencional⁽¹²⁾ que, demonstrou a eficácia da fototerapia na promoção do sono, expondo adultos mais velhos, residentes num lar, a fototerapia durante 30 minutos, de manhã, durante 1 mês, tendo-se verificado uma melhoria na qualidade subjetiva do sono, tanto no pós-teste, como no follow-up, após 4 semanas da exposição.

Para o controlo ambiental é importante a promoção de um ambiente calmo, a avaliação da necessidade de proporcionar um quarto individual ou duplo, pelo gosto do idoso por companhia ou não, bem como a decoração do ambiente e a garantia de segurança, na instituição ou hospital⁽²⁾. Foi identificada ainda, a necessidade de os profissionais de saúde programarem os cuidados noturnos⁽⁷⁾, de forma a diminuir as interrupções do sono, a atenção à comunicação entre profissionais, às entradas e saídas dos quartos/enfermarias, bem como, por exemplo proporcionar tampões para os ouvidos. Em relação à exposição ao ruído, devem ser adequados os alarmes dos equipamentos médicos e diminuído o seu volume no período da noite. O ruído branco⁽⁵⁾, um som que contém todas as frequências audíveis em igual proporção,

mascara o ruído ambiental, promove a melhoria da qualidade do sono e diminui os despertares durante a noite.

O ambiente de cuidado deve permitir um horário regular diário, para deitar e acordar, bem como a hora das refeições e da atividade física para promover a manutenção do ciclo circadiano⁽⁶⁾.

Os idosos apresentam maior tendência para dormir a sesta durante o dia, o que pode resultar na diminuição da qualidade do sono noturno⁽¹¹⁾. Pesquisas apontam que a duração da sesta é um fator que pode determinar a melhoria ou a diminuição da qualidade do sono⁽¹³⁾. Um grupo de idosos que dormia a sesta, em média de 43 minutos, apresentava maior eficiência e qualidade do sono, e não foi encontrada evidência de que a sesta inferior a 50 minutos impedisse o sono noturno⁽¹³⁾, sendo que a sesta, apresenta benefícios desde que seja de tempo reduzido.

As revisões sistemáticas^(8,14) contidas na amostra, concluíram não ser possível fornecer recomendações acerca das intervenções mais eficazes para a promoção do sono nos idosos, evidenciando como por exemplo, que a redução do ruído ou o aumento da atividade física de forma isolada não promovem a melhoria da qualidade do sono. Verificou-se num ensaio clínico randomizado⁽¹⁴⁾, a aplicação de um conjunto de intervenções promotoras do sono, como exercício físico e alterações ambientais e nos cuidados, observando-se no grupo experimental, um aumento significativo da duração do sono noturno. Outros estudos realizados não demonstram resultados consistentes e significativos, enfatizando a necessidade de mais investigação sobre a problemática, no entanto vários autores consideram que as intervenções multifatoriais ou combinadas são uma estratégia promissora^(8,14).

Tendo em conta a combinação de vários cuidados que promovem o sono, é referido em 3 artigos, o conceito higiene do sono^(2,6,9),

referente a um conjunto de hábitos e práticas que promovem a melhoria da qualidade do sono, reconhecendo e minimizando os fatores e comportamentos que têm impacto na qualidade do sono. Estas práticas incluem aspetos relacionados com o ambiente envolvente, atividade física, dieta, terapêutica, gestão do stresse e padrão de sono, que também já foram abordadas e reforçam novamente a importância de intervir de forma multidimensional e personalizada, no cuidado ao idoso, na promoção da qualidade do sono.

CONCLUSÃO

O sono é uma necessidade humana básica, essencial ao bem-estar da pessoa, e este pode ser perturbado por vários fatores, como físicos, psicológicos e ambientais. O idoso apresenta alterações na arquitetura do sono, que podem provocar fragmentação e diminuição da sua eficiência. A privação do sono que pode advir destas alterações, tem consequências significativas no idoso.

Perante a revisão integrativa de literatura realizada, foram identificadas inúmeras intervenções que podem ser realizadas pelos enfermeiros, nos diferentes contextos de cuidados de saúde. As intervenções de enfermagem identificadas referem-se a estratégias promotoras do conforto, nomeadamente, conforto físico, psicológico, espiritual e ambiental. Tendo em conta que o conforto é subjetivo, as intervenções de enfermagem promotoras do sono devem ser adequadas à individualidade do idoso, aos seus hábitos e preferências, para surtirem o efeito desejado.

Tendo em conta o conceito da higiene do sono, recomenda-se que as intervenções, para promover o conforto físico, psicológico, espiritual e ambiental, sejam combinadas, verificando-se assim, uma melhor eficácia na melhoria da qualidade do sono do idoso, institucionalizado ou hospitalizado.

REFERÊNCIAS

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. - *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

BÉPHAGE, G. - Clinical skills. Promoting quality sleep in older people: the nursing care role. *British Journal of Nursing*. 2003, 14:4, p.205-210. ISSN: 0966-0461

FERNANDES, R. M. F. - O sono normal. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, Abril-Junho 2006, 39:2, p.157-168. ISSN: 2176-7262

GEIB [et al.] - Sono e Envelhecimento. *Revista de Psiquiatria de Rio Grande do Sul*. Setembro-Dezembro 2003, 25:3, p.453-465. ISSN: 0101-8108

NAGEL [et al.] - Sleep Promotion in Hospitalized Elders. *MEDSURG Nursing*, Outubro 2003, 12:5; p.279-290. ISSN: 1092-0811

ROSE, K. M.; LORENZ, R. - Sleep Disturbances in Dementia: what they are and what to do. *Journal of Gerontological Nursing*. 2010, 36:5, p.9-14. ISSN: 0098-9134

GILSENAN, I. - Nursing Interventions to Alleviate Insomnia. *Nursing Older People*, Maio 2012, 24:4, p.14-18. ISSN: 1472-0795

DOWSON [et al.] - Sleep in residential aged care: A review of the literature. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2012, 29:4, p.11-18. ISSN: 0813-0531

ALLEN [et al.] - Factors associated with sleep disturbance among older adults in inpatient Rehabilitation Facilities. *Rehabilitation Nursing*, Setembro 2013, 38:5, p. 221-230. ISSN: 0278-4807

LAI, H.; GOOD, M. - Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, Janeiro 2006, 53:1, p.134-144. ISSN: 0309-2402

NEWSON, P. - Sleep: Knowledge for practice.

Nursing & Residential Care. Abril 2007, 9:4, p.146-150. ISSN: 1465-9301

AKYAR, I.; AKDEMIR, N. - The effect of light therapy on the sleep quality of the elderly: an intervention study. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Dezembro 2013/ Fevereiro 2014, 31:2, p. 31-38. ISSN: 0813-0531

LAI, H. - Self-Reported Napping and Nocturnal Sleep in Taiwanese Elderly Insomniacs. *Public Health Nursing*, Maio/ Junho 2005, 22:3, p.240-247. ISSN: 0737-1209

KOCH [et al.] - Effectiveness of sleep management strategies for residents of aged care facilities: findings of a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, Outubro 2006, 15, p.1267-1275. ISSN: 0962-1067

TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO: 30 ANOS DE EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO



CECÍLIA DO ROSÁRIO MARTINS DOS SANTOS

Licenciatura em Enfermagem / Especialidade Saúde Infantil e Pediatria; Mestrado em Ciências de Enfermagem / Pós Graduação em Supervisão clínica; Professor adjunto no CESPU- Instituto Politécnico de Saúde Norte

JOSÉ MANUEL MONTEIRO

Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediatria a exercer funções no Serviço Cuidados Intensivos Pediátricos do Centro Materno-Infantil

RAQUEL AMORIM NEVES

Enfermeira Especialista Saúde Infantil e Pediatria a exercer funções no Serviço Cuidados Intensivos Pediátricos do Centro Materno-Infantil

ANDREA CRISTIANA SILVA OLIVEIRA SANTOS

Enfermeira Especialista Saúde Infantil e Pediatria a exercer funções no Serviço Cuidados Intensivos Pediátricos do Centro Materno-Infantil

RESUMO

O transplante renal é uma opção efectiva para o tratamento da insuficiência renal crónica em adultos e crianças com doença renal terminal. Objectivo: conhecer a experiência de 30 anos de transplante renal do Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do CHP. Foi realizado um estudo retrospectivo por consulta dos processos clínicos e de uma base de dados informáticos cedida pelo Serviço de Nefrologia Pediátrica. Resultados: Foram realizados 147 transplantes de Janeiro de 1984 até Dezembro de 2014, sendo 86 doentes do sexo masculino e 61 do sexo feminino, com uma média de idades de 13 anos. Quanto à etiologia da IRC verificou-se que a sua maioria correspondem a malformações urológicas (83 dos casos), sendo as outras etiologias menos frequentes. Dos 147 transplantes realizados 137 dos casos são de dador cadáver e apenas 10 de dador vivo; estes são na sua maioria dadores do sexo masculino (102 casos) e apenas 41 do sexo feminino. A taxa de percentagem de rejeição aguda encontrada foi de 24%, tendo-se verificado a perda do enxerto em 44 dos casos. Relativamente à mortalidade, em todos estes anos de transplantação verificaram-se 6 óbitos. O sucesso do transplante renal está directamente relacionado com a actuação da equipa multidisciplinar. Os Cuidados de Enfermagem, devem ser altamente qualificados e bem treinados, com o objectivo de promover, manter e recuperar a saúde dos pacientes. No sentido de facilitar o planeamento dos cuidados, no período pós-operatório imediato do transplante renal e desta forma uniformizar a prestação de cuidados procuramos identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e as intervenções associadas

Conclusão: O transplante renal vislumbra proporcionar uma condição social e biológica mais aceitável. O desenvolvimento da técnica terapêutica tem elevado a qualidade de vida dos transplantados.

Palavras-chave: insuficiência renal crónica; transplante renal pediátrico; cuidados enfermagem

INTRODUÇÃO

A população pediátrica representa um menor número de pacientes com insuficiência renal crónica em relação à população adulta, este grupo representa um desafio por apresentar características únicas, decorrentes quer das manifestações da doença, quer do desenvolvimento neurológico e emocional, quer da sua inserção social (Gonçalves, 2013).

DESENVOLVIMENTO

O termo insuficiência renal terminal aplica-se quando a disfunção renal progride ao ponto de o rim nativo ser incapaz de manter

ABSTRACT

Renal transplantation is an effective option for the treatment of chronic renal failure in adults and children with an end-stage renal disease.

Objective: to know the experience of 30 years of renal transplantation of the Paediatric Intensive Care Service of CHP. A retrospective study was conducted by consulting the clinical processes and consulting the database provided by the paediatric nephrology service. Results: 147 transplants were carried out from January 1984 until December 2014, being eighty-six patients male and 61 female, with an average age of 13 years. As to the etiology of the chronic renal failure, it was verified that the majority correspond to urological malformations (83 of the cases), the other etiology being less frequent. From the 147 transplants performed 137 were cadaver donor and only 10 of live donor; They are mostly male donors (102) and only 41 are female. The percentage of acute rejection found was 24%, it was verified the graft loss in 44 cases. In relation to mortality, in all these years of transplantation there were 6 deaths. The success of kidney transplantation is directly related to the performance of the multidisciplinary team. Nursing Care must be highly qualified and well trained, aiming to promote, maintain and recover the patient's health. In order to facilitate care planning in the immediate postoperative period of renal transplantation and thus to standardize care delivery, we seek to identify the most frequent nursing diagnoses and associated interventions.

Conclusion: renal transplantation glimpses providing a more acceptable social and biological condition. The development of the therapeutic technique has raised the quality of life of transplanted patients.

Keywords: chronic renal failure; Paediatric renal transplantation; nursing care

a homeostasia do organismo tornando-se imperioso o recurso a técnicas de substituição da função renal (Castro, 2003).

A doença renal crónica terminal é uma entidade pouco frequente em idade pediátrica, apresentando uma incidência na Europa de 5,8 casos por milhão de habitantes da mesma faixa etária, tendo, no entanto, elevada morbidade e uma mortalidade cerca de 30 vezes superior à das crianças da população geral emparelhadas para idade e sexo (Gonçalves, 2013).

O prognóstico da criança com insuficiência renal crónica grave depende muito da disponibilidade de recursos para tratamento.

As modalidades de substituição da função renal actualmente disponíveis são a diálise peritoneal e a hemodiálise, a hemofiltração e a hemodiafiltração e o transplante renal. As três modalidades garantem uma sobrevida expressiva para estes doentes e, em muitos casos, uma boa qualidade de vida (Castro, 2003).

O transplante renal consiste em transplantar um rim de um dador vivo ou cadáver humano para um receptor que possui doença renal em fase terminal. Os transplantes renais a partir de dadores vivos compatíveis são geralmente melhor sucedidos que aqueles a partir de dadores cadáver (Carvalho, 2009)

O transplante renal constitui o tratamento de eleição nas crianças e jovens, já que é o único meio de garantir a recuperação e a manutenção do crescimento e desenvolvimento adequados (Gonçalves, 2013).

METODOLOGIA

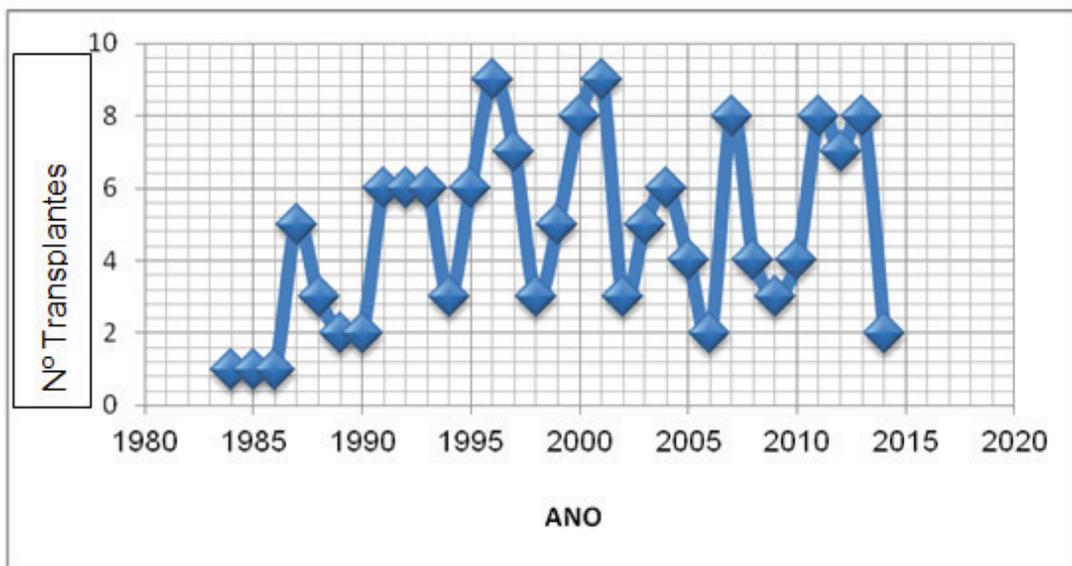
Com o objectivo de dar a conhecer a experiência de 30 anos de transplante renal do Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIP) do Centro Hospitalar Porto, foi realizado um estudo retrospectivo

por consulta dos processos clínicos e consulta de uma base de dados informáticos cedida pela equipa de nefrologia da mesma instituição. A população em estudo corresponde a todas as crianças submetidas a transplante renal e internadas no SCIP no período de Janeiro de 1984 a Dezembro de 2014; avaliando-se os seguintes parâmetros: idade (à realização do transplante), género, etiologia da IRC, tipo de dador, taxa rejeição e número de óbitos.

Após colheita de dados, procedeu-se à análise estatística descritiva simples (média, mínimo, máximo, mediana) através do programa informático Excel for Windows. Os dados foram apresentados em números absolutos e percentuais, por meio de gráficos.

RESULTADOS / DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Foram realizados 147 transplantes de Janeiro de 1984 até Dezembro de 2014; verifica-se um aumento significativo de transplantes ao longo dos anos, sendo que temos um máximo de 9 transplantes renais em 1996 e 2001 (Gráfico 1).



A maioria dos transplantes renais são 1º transplantes, cerca de 139, 7 são 2º transplantes e apenas 1 o 3º transplante. Relativamente ao género 86 doentes eram

do sexo masculino e 61 do sexo feminino, a criança mais nova a ser transplantada tinha 3 anos e a mais velha 18 anos com uma média de idades de 13 anos (Gráfico 2).

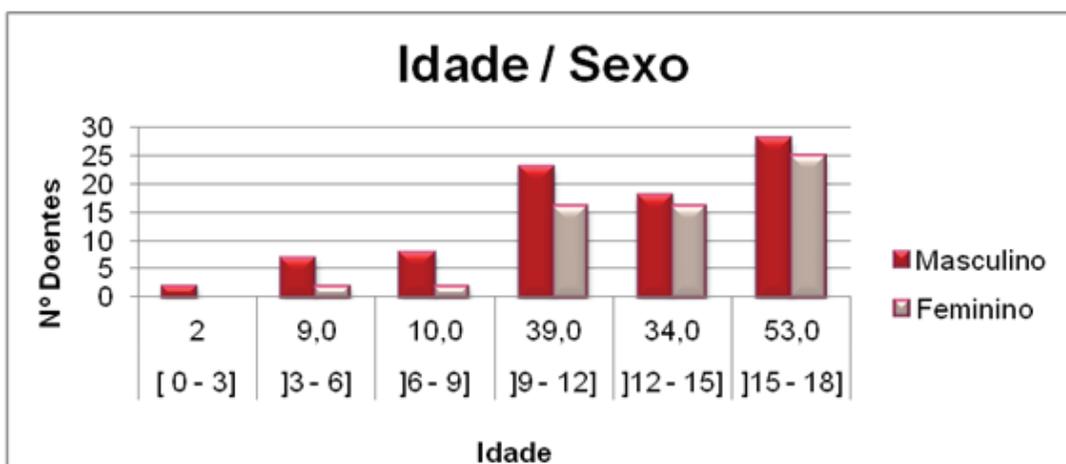


Gráfico 2: Distribuição dos doentes por idade e sexo

A faixa etária com maior número de transplantes é a dos 15-18 anos; assim como uma grande percentagem na faixa dos 9-12 e dos 12-15. Como era de esperar é nas crianças mais pequenas que o número de transplantes é menor.

Relativamente ao tempo de espera desde o início do tratamento de substituição e a realização do transplante renal constatamos que a maioria das crianças esteve em diálise menos de um ano antes da realização do transplante; e que cerca de 10 crianças não

necessitaram de realizar qualquer técnica de substituição da função renal.

As causas de insuficiência renal crónica (IRC) em crianças e adolescentes diferem das descritas para os doentes adultos; as causas congénitas responsabilizam-se pela grande percentagem de causas de doença renal crónica na infância. Quanto á etiologia da IRC verificou-se que a sua maioria correspondem a malformações urológicas em 83 casos, sendo as outras etiologias menos frequentes (Gráfico 3).

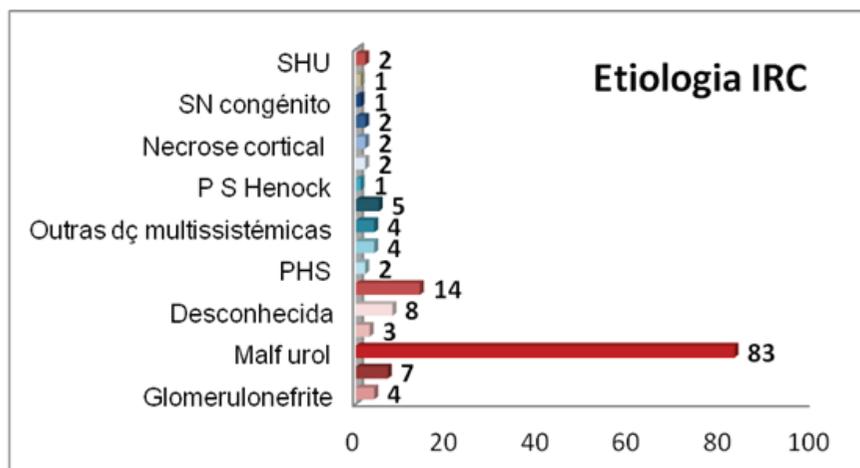


Gráfico 3: Etiologia IRC

Dos 147 transplantes renais realizados a grande maioria foi de dador cadáver, 137 dos casos e apenas 10 de dador vivo (Gráfico 4).

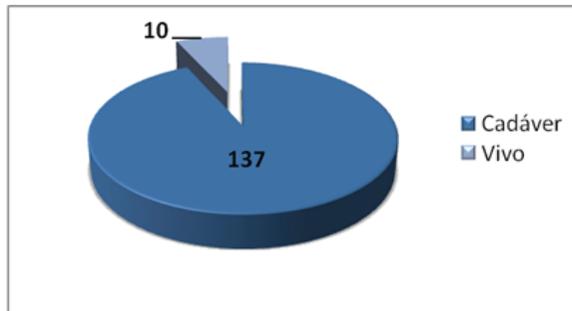


Gráfico 4: Tipo de dador

São na sua maioria dadores do sexo masculino, 102 e apenas 41 do sexo feminino; uma média de idade de 20 anos com limites entre 1 ano de vida e os 58 anos. A taxa de percentagem de rejeição aguda encontrada foi de 24% sendo mais frequente nos primeiros anos como se pode ver no gráfico 5. Em termos evolutivos desde o início da transplantação observa-se uma franca redução na taxa de rejeição, tornando-se actualmente quase inexistente facto que se relaciona com a crescente utilização de imunossuppressores cada vez mais eficazes.



Gráfico 5: Rejeição aguda

Nos 147 transplantes realizados verificou-se a perda do enxerto em 44 dos casos; perda essa com causas diversas mas sendo as mais frequentes, a rejeição aguda ou crónica do rim e a trombose. A rejeição aguda ocorreu em 35 crianças (24%) sendo mais frequentes nos primeiros anos, verificando-se um decréscimo significativo nos últimos 30 anos.

Relativamente á mortalidade, em todos estes anos de transplantação verificaram-se 6 óbitos; com causas diversas (Gráfico 6).

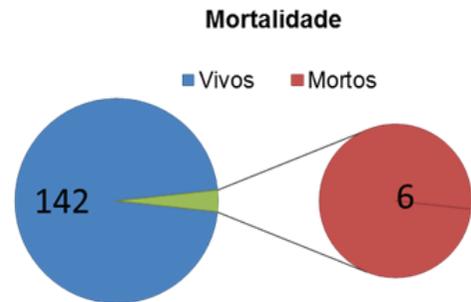


Gráfico 6: Mortalidade

A média de duração do internamento após transplante foi de 18 dias, sendo os primeiros 3 dias no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, e os restantes no Serviço de Internamento médico-cirúrgico de pediatria. O máximo de dias de internamento foi de 60 dias, enquanto o mínimo foi de 7 dias.

Na última década, houve um aumento significativo na sobrevida do paciente transplantado devido à melhoria dos cuidados pós-operatórios e no tratamento imunossupressor, resultando na redução da frequência e severidade da rejeição aguda, aumentando a sobrevida do enxerto (Carvalho, 2009).

O sucesso do transplante renal está directamente relacionado com a actuação da equipa multidisciplinar. Os Cuidados de Enfermagem devem ser altamente qualificados e bem treinados, com o objectivo de promover, manter e recuperar a saúde dos pacientes.

O cuidar está implícito na prática de enfermagem; como instrumento de trabalho o diagnóstico de enfermagem é a forma de expressar as necessidades de cuidados identificados; tais diagnósticos propiciam a base para as intervenções que visam à obtenção dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

No sentido de facilitar o planeamento dos cuidados no período pós-operatório imediato do transplante renal e desta forma uniformizar a prestação de cuidados procuramos identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e as intervenções associadas (Quadro1)

Focos Atenção	Intervenções Enfermagem
Susceptibilidade Infecção	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliar susceptibilidade à infecção <input type="checkbox"/> Monitorizar sinais vitais <input type="checkbox"/> Utilizar medidas protecção (luvas, máscara) <input type="checkbox"/> Incentivar uso de máscara por parte da criança / pais
Ferida cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vigiar penso da ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Executar tratamento à ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Vigiar sinais inflamatórios na ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Vigiar perda sanguínea pelo local da ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Otimizar sonda vesical; cistostomia (se for o caso); dreno (se for o caso) <input type="checkbox"/> Otimizar CVC e cateteres periféricos
Dor	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliar a dor segundo escala adequada idade da criança <input type="checkbox"/> Administrar analgesia em horário fixo e SOS <input type="checkbox"/> Executar medidas de controlo dor (farmacológicas e não farmacológicas) <input type="checkbox"/> Ensinar sobre gestão analgesia criança (PCA) <input type="checkbox"/> Avaliar resposta à gestão da dor
Ingestão Nutricional Metabolismo Energético	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manter pausa alimentar <input type="checkbox"/> Monitorizar glicemia capilar horária nas primeiras 24h <input type="checkbox"/> Administrar soroterapia de acordo com valor de glicemia <input type="checkbox"/> Administrar insulina em SOS <input type="checkbox"/> Planejar a dieta (logo que possível) <input type="checkbox"/> Monitorizar vômitos / Vigiar vômitos
Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Posicionar a criança / Otimizar posicionamento <input type="checkbox"/> Movimentar a criança de acordo com a sua tolerância <input type="checkbox"/> Ensinar a criança a executar movimentos passivos <input type="checkbox"/> Manter grades da cama <input type="checkbox"/> Massajar partes do corpo / Manter pele limpa e seca <input type="checkbox"/> Incentivar deambulação precoce (após 24h)
Papel Parental Conforto	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Promover os papéis parentais <input type="checkbox"/> Facilitar /Promover o envolvimento da família <input type="checkbox"/> Explicar os tratamentos aos pais <input type="checkbox"/> Incentivar papel parental durante a hospitalização <input type="checkbox"/> Gerir ambiente físico <input type="checkbox"/> Promover agrupamento de cuidados
Volume líquido	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorizar diurese horária e reposição da mesma conforme prescrição médica <input type="checkbox"/> Vigiar características urina <input type="checkbox"/> Monitorizar PVC e reposição de líquidos conforme prescrição <input type="checkbox"/> Monitorizar entrada e saída de líquidos (4/4h) <input type="checkbox"/> Monitorizar / vigiar eliminação de líquido através dreno <input type="checkbox"/> Vigiar edema <input type="checkbox"/> Vigiar sinais de retenção urinária
Dependência do auto cuidado - higiene	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dar banho da cama <input type="checkbox"/> Ensinar a criança sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene <input type="checkbox"/> Promover o auto cuidado <input type="checkbox"/> Assistir no auto cuidado: higiene <input type="checkbox"/> Aplicar creme

CONCLUSÃO

O transplante renal vislumbra proporcionar uma condição social e biológica mais aceitável. O desenvolvimento da técnica terapêutica tem elevado a qualidade de vida dos transplantados a um nível tão satisfatório, que as crianças e seus familiares imaginam a possibilidade de cura da insuficiência renal crônica, o que ainda não é uma realidade nos nossos dias (Silva, 2011).

FONTES

Lusivotto MM, Carvalho R, Galdeano LE. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. São Paulo, Brasil. 2007; 5(2): 117-122;

Protocolo de cuidados de enfermagem em Transplante de Órgãos. Assistência de enfermagem ao paciente submetido ao transplante renal. Departamento de enfermagem da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - Brasil. 2008;

Silva FS. História oral de vida de pacientes transplantados renais: novos caminhos a trilhar. Tese de mestrado em enfermagem. Nata, Brasil. 2011;

Carvalho K, Garcia CA. Cuidados intensivos de enfermagem para pacientes pediátricos submetidos a transplante renal. Revista Enfermagem UNISA. 2009; 10(1): 30-3;

Conselho Internacional de Enfermeiras. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Versão beta 2. Lisboa. 2003.

Gonçalves, C. et al. Complicações da transplantação renal em idade pediátrica, Acta Médica Portuguesa 2013. Setembro/Outubro; 26(5): 517- 522

Castro I. Insuficiência renal crônica – casuística de 16 anos (1986-2001) da Unidade de Nefrologia do Hospital Dona Estefânia. Ver Port Nefrol Hipert. 2003;17(4): 199-212

DISTANÁSIA: A PRINCIPAL INIMIGA DA DIGNIDADE NO FIM DE VIDA



SOFIA ISABEL OLIVEIRA MOTA

Enfermeira Licenciada a exercer funções no serviço de Ortopedia/Neurocirurgia Hospital de Dona Estefânia – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

RESUMO

Os avanços tecnológicos da segunda metade do século XX despoletaram alterações significativas nas sociedades modernas. Com o aumento da longevidade e a diversidade de doenças crónicas, os limites da ciência tornaram-se imprecisos, a medicina tornou-se um culto, assim como o corpo e a vida. Houve um afastamento da morte, a qual se tornou interdita, tendo

a mesma passado a ser tabu e a ser alvo de negação. Com esta idolatria pela vida aliada ao paternalismo do modelo biomédico, o doente perdeu autonomia e, consequentemente, a dignidade no fim de vida. Este artigo visa esmiuçar o tema da distanásia, mergulhando no mundo prático, onde ela é tão prevalente, ao invés de se quedar apenas pela sua conceptualização. Na defesa pelos princípios bioéticos, e pela integridade do doente, muitos autores defendem a prática da ortotanásia, desde que devidamente associada a cuidados paliativos eficazes. É imperativo o regresso ao paradigma do cuidar e à humanização dos cuidados como realidade efectiva e, especialmente no fim da vida, possibilitando ao doente uma morte digna.

Palavras-Chave: Distanásia, obstinação terapêutica, ortotanásia, dignidade, testamento vital, morte digna

ABSTRACT

The 20th century's second half technological improvements triggered significant modification in modern society. With longevity and chronic illness' diversity increase, science limitations became imprecise, medicine has become a cult as well as body and life. There was

a turning away from death, which became forbidden, and also became taboo and a target of denial. With the idolatry for life allied with biomedical model's paternalism, patient has lost autonomy and, thus, dignity at the end of life. This article, rather than analyzing only its conceptualization, aims to analyze dysthanasia's theme, by immersing into practice's, where it became so prevalent. In defense of bioethical principles' and patient's integrity, many authors advocate the use of orthothanasia, as long as it is properly associated to effective palliative care.

It's imperative to return to caring's paradigm and to care's humanization as an effective reality, specially, at the end-of-life, enabling the patient to a dignified death.

Key Words: Dysthanasia, medical futility, orthothanasia, dignity, living will, dignified death

INTRODUÇÃO

Este artigo, realizado no âmbito da pós-graduação em Cuidados Paliativos, tem o objectivo de sistematizar a temática da Distanásia. Dessa forma, foi efectuada uma revisão integrativa em diversas bases de dados científicas, nomeadamente, b-ON, Scielo, PubMed, EBSCO e Google Académico e na consulta de periódicos, como a revista Sinais Vitais. Esta pesquisa foi levada a cabo durante o mês de Janeiro 2017, com os descritores: distanásia, dysthanasia, obstinação terapêutica, medical futility e terminally ill, tendo dela resultado 23 artigos, dos quais apenas foram utilizados os mais atuais e pertinentes para esta temática. Antes de enveredar pela temática a que me predispos, considero pertinente clarificar os conceitos de eutanásia, ortotanásia e distanásia. Eutanásia, amplamente discutida nos últimos anos e muito mediatizada, etimologicamente deriva do grego: eu – verdadeiro, bom e thanatos – morte, remetendo para uma boa morte¹. Paiva et al (2014) apoiando-se no trabalho de Bizatto define-a como a atitude do médico “destinada a abreviar a vida de pessoas em estado grave de sofrimento proveniente de doença incurável e sem perspectivas de melhora, estando o doente condenado à morte progressiva” (p.555)².

Já ortotanásia por sua vez, deriva de orto – correta, certa e thanatos – morte, logo a morte correta, no tempo certo³. Kovács (2014) distingue-as, referindo que embora a ortotanásia possa por vezes ser erradamente confundida com o apressamento da morte, ela procura a morte com dignidade no tempo correto, controlando a dor e sintomas físicos, psíquicos e de âmbito social e espiritual; caracteriza-a a “atitude de profundo respeito à dignidade do paciente.”⁴. Felix et al (2013) associam-na à morte digna, à morte desejável⁵.

A ortotanásia possibilita “uma morte sem sofrimento, que dispensa a utilização de métodos desproporcionais de prolongamento de vida (...) A finalidade primordial é não promover o adiamento da morte, sem entretanto, provocá-la; é evitar a utilização de procedimentos que aviltem a dignidade humana na finitude da vida”⁵ (p.2734).

Segundo Paiva et al na ortotanásia respeita-se o tempo de sobrevivência do doente terminal, a morte ocorre no seu ritmo e circunstâncias próprias, não adiando a morte. E neste sentido, passam a ser oferecidos os cuidados paliativos, necessários para uma morte com dignidade, não submetendo a pessoa a sofrimento inútil². A ela estão intrínsecos os elementos fundamentais de morte iminente e inevitável, consentimento informado do doente e a administração de cuidados paliativos⁶.

A distanásia, tema deste artigo, deriva dos vocábulos gregos dis – dificuldade, privação e de thanatos – morte; referir-se-á à prorrogação exagerada do processo de morrer, prolongando uma vida em agonia, dor e sofrimento quando não existe possibilidade de melhoria ou cura do doente². Cruz (2013) conceptualiza-a “como o prolongamento artificial do estado de degenerescência praticado pelo médico por meio de tratamentos extraordinários”, distinguindo-a da ortotanásia na medida em que nesta última não existe intervenção no processo da morte natural em doentes terminais, nos quais a morte se apresenta iminente e inevitável⁶. Toffoletto et al (2005) caracterizam-na como um termo pouco usado no meio hospitalar, associada a uma morte lenta, com ansiedade e repleta de sofrimento. Relembra-a ainda como um dilema ético⁷. A distanásia prolonga a sobrevivência do doente mas relega a sua qualidade de vida para segundo plano, e não deriva, regra geral, da atitude do doente mas da do médico, pelo que também é

conhecida como obstinação terapêutica⁶. Jean-Robert Debray referindo-se a ela como *l'acharnement thérapeutique*, definiu-a nos anos 50, como “comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado, é menor que os inconvenientes previsíveis” (Pessini, 1996, p.31)⁸. Nos Estados Unidos este conceito surge como *medical futility*.

Os avanços técnico-científicos das últimas décadas, em particular, a partir da segunda metade do século XX, permitiram tornar doenças até aí mortais em doenças curáveis, especialmente as infecciosas. Estas conquistas no âmbito da saúde levaram ao aumento da esperança média de vida e ao, conseqüente, envelhecimento populacional. Existe maior prevalência de doenças crônicas nesta população envelhecida e um aumento da necessidade de recurso a cuidados médicos prolongados⁹. Associadas à longevidade estão doenças do envelhecimento cada vez mais complexas e difíceis de tratar e com custos mais elevados¹⁰. Estima-se que nos EUA, dos 47 anos de esperança média de vida em 1900 se tenha passado para os 83 anos no final do milénio¹¹. Já em Portugal, a esperança média de vida passou dos 67 anos em 1970, para os 80, em 2014¹².

Este desenvolvimento levou a um impreciso limite da possibilidade terapêutica¹¹. E como tal, difunde-se na sociedade o pressuposto de que “enquanto há vida, há esperança”. Lima (2006) afirma que “O fim da vida, ou seja – a morte – é a medicina fracassada” (p. 80); exige-se a utilização de tecnologia cara e que nem sempre se ajusta à condição do doente, que na sua terminalidade, é submetido a tratamentos que, embora o mantenham vivo durante mais algum tempo, lhe provocam sofrimento, dor, solidão e angústia. Assim se estabeleceu a lógica da obstinação terapêutica⁹.

À primeira vista, poderíamos ingenuamente pensar que a morte nas mãos da moderna tecnologia médica seria um evento menos sofrido, mais benigno, enfim, mais digno do que o foi na antiguidade. (...) Mas não, este conhecimento não tornou a morte num evento digno. O conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas serviram para tornar nosso morrer mais problemático; difícil de prever, mais difícil ainda de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difícilíssimas, geradoras de angústia, ambivalência e incertezas” (Pessini, 1996, p. 32).

Romano et al (2006) conclui que a ciência procura a fórmula da juventude, tenta manter as pessoas jovens e saudáveis, aumenta a esperança média de vida, mas parece esquecer-se que por mais que o consiga, existe um ciclo básico a todos os seres vivos e a morte é certa¹¹.

A sociedade exige uma vida cada vez mais longa mas, simultaneamente, qualidade e bem-estar, e o que leva ao investimento contínuo da medicina e, à conseqüente, despersonalização dos cuidados. Essa mesma sociedade recusa aceitar a morte e surpreende-se quando a mesma ocorre¹³. “Os serviços de saúde dos países desenvolvidos têm estado mais focados em prevenir a morte do que procurar que a mesma aconteça sem dor, desconforto ou stress.”(p.10)¹⁰. Fernandes (2014) refere mesmo que no século XX, a morte e o sexo, temas controversos, terão sofrido uma inversão de papéis, passando a morte a ser tema tabu na sociedade. No estudo da Economist Intelligence Unit: Qualidade da Morte (2010) foram descritas algumas reacções à morte em diferentes culturas, sendo que na cultura chinesa, a morte é tabu ao ponto de não se pronunciar determinadas palavras só porque o som é semelhante ao da própria palavra morte, acreditando-se que, deste modo, a pessoa

pode chamá-la para junto de si e dos seus. Na maioria das culturas africanas, por seu turno, o facto da morte ser vivenciada com familiaridade devido à morte de entes queridos pelo flagelo HIV/SIDA, leva a que a mesma seja aceite com mais naturalidade, ocorrendo a morte em casa, junto de cuidadores, o que leva a uma maior proximidade do acontecimento¹⁰.

Na sociedade ocidental a morte associa-se ao fracasso e à impotência, passando a ocorrer numa situação de isolamento no hospital, longe de casa e dos que são próximos ao doente, a chamada morte hospitalizada¹³. A morte é, pois, um tema a evitar. "Morte, doença e velhice: eis os temas em que não se deve tocar na conversação civilizada, e nos quais é melhor nem pensar"¹⁴. Nas civilizações modernas a morte passou a fenómeno contrário à vida, prevalecendo uma postura antiética. Esta deve ser combatida "a todo o custo senão na sua inevitável realidade, pelo menos na sua representação mental e social."¹⁴. Este é um assunto politicamente incorrecto e socialmente evitado¹⁵. Esta morte interdita foi incentivada pela medicalização da vida moderna, onde se acredita que a Medicina consegue combater todo o tipo de doenças. Os profissionais de saúde sentem-se responsáveis pela morte do doente e lutam para o manter vivo mais uns dias ou semanas, na ânsia de não serem responsabilizados¹⁴. A interdição da morte vislumbra-se ainda na atitude dos profissionais que, bombardeados com inovações tecnológicas, vêem-se demasiado ocupados para conversar e ouvir as emoções e ânsias do doente, que deixam de ser prioridade no processo de curar⁴. Esta hipermedicalização levou a uma mudança radical no paradigma do cuidar para o de curar. "A morte tornou-se distante, asséptica, silenciosa e solitária. Se a morte é vista como fracasso ou indignidade, o profissional se vê perdendo batalhas e derrotado" (p. 95)⁴. A esta problemática junta-se o paternalismo

médico, no qual o médico acredita saber o que é melhor para o doente, tomando decisões por ele e impedindo-o de exercer a sua autonomia¹³. Segundo Lima (2006) "a beneficência paternalista ainda domina a medicina; recorreremos frequentemente ao alibi de que o doente «não quer saber a verdade» e que, entre nós a iliteracia e falta de cultura impedem o exercício da autonomia e de uma escolha consciente."(p.81).

A distanásia é comparada a "tratamento degradante e desumano, mesmo que decorra de sentimento nobre do médico que pretende prolongar a vida do paciente, e deve ser impedida por acarretar morte dolorosa e sofrida"¹² (p.556). A necessidade de desresponsabilização perante a morte e o paternalismo médico estão na base da obstinação terapêutica. Sendo que a distanásia não é mais do que a "obstinação terapêutica com a finalidade de retardar a morte inevitável" (Silva et al, p. 359)¹⁵. No estudo levado a cabo pelos autores, visando analisar a percepção dos familiares sobre orto e distanásia, descobriu-se ainda que, aliado ao "dogma de que a função do médico é sempre de salvar vidas" (p.362), se encontra a dificuldade que os familiares têm em desistir de lutar pela vida do ente querido, procurando sempre alternativas, à excepção dos cônjuges, que no estudo, optaram pela ortotanásia, uma vez que se conseguiam colocar no lugar do outro¹⁵.

Jecker (2014) declarou como consequências da obstinação terapêutica: o aumento da dor e desconforto do doente nos últimos dias ou semanas de vida; dar aos doentes e família falsas esperanças; atrasar os cuidados paliativos; e, desperdício de recursos médicos que são finitos¹⁶. Silva et al (2014) também abordam esta questão, referindo que a prática de distanásia "acaba por alocar recursos para tratamentos desnecessários, que poderiam ser utilizados por pacientes com patologias potencialmente curáveis" (p. 360). Hilton et al (2013) especificam,

afirmando que um doente terminal que esteja a receber tratamento fútil com intuito curativo nos cuidados intensivos ocupa e consome recursos que se tornam indisponíveis a outros doentes. O que pode negar, atrasar ou diminuir a alocação de recursos nos cuidados intensivos a doentes que poderiam deles beneficiar¹⁷. Fernandes (2014) relata a utilização de antibióticos de última geração, introdução de cateteres, realização de diálise e reanimação cardio-respiratória de doentes em processos distanásicos¹³. Assim, além de desrespeitar o Princípio da Dignidade Humana consagrada na Carta dos Direitos Humanos, a distanásia também desrespeita os princípios bioéticos da Autonomia, Beneficência e Não maleficência e, o da Justiça¹⁸.

Paiva et al (2014) vêem na obstinação terapêutica uma "agressão à dignidade da pessoa, comprometendo a qualidade de vida do enfermo e de sua família"² (p. 556). Morrer com dignidade é manter fiéis as crenças e valores essenciais na vida da pessoa⁴. A autora defende ainda ser fundamental para o doente: saber da aproximação da morte, ter controlo, ter intimidade e privacidade, o alívio e conforto dos sintomas que possam ser incapacitantes, poder escolher o lugar da morte, ter informação/esclarecimento, suporte emocional e espiritual, acesso a cuidados paliativos, pessoas com que compartilhar esse processo, acesso a diretivas avançadas de vida, poder decisório e possibilidade de se despedir, assim poderá partir sem impedimentos. A isto, se poderá chamar morte domada⁴. O princípio da Autonomia, intimamente relacionado com o direito à verdade¹⁴, está na base da moralidade relacionada com o respeito mútuo e diz respeito a um dos direitos fundamentais do homem como ser autodeterminado¹⁸. A situação de doença pode ser uma ameaça à autonomia do doente, facilitando o paternalismo e a superprotecção da família e profissionais de

saúde⁴. Segundo o estudo da Economist Intelligence Unit, em 2010, é comum a família tentar esconder do doente o seu prognóstico, e vice-versa¹⁰. Nesta conspiração silenciosa é ocultada a sua condição terminal, não se sabendo como lidar com ele, sendo que, por vezes, é o próprio doente que finge¹⁴. Na relação entre o doente e o médico deve existir o máximo de transparência para que se possa proceder a um consentimento esclarecido por parte do doente. No estudo, Qualidade de Morte, 2010, descobriu-se que é no Reino Unido que os médicos comunicam de forma mais honesta o prognóstico ao doente, prescrevem analgesia mais eficaz e priorizam os cuidados paliativos no fim de vida¹⁰. No reconhecimento pela autonomia e autodeterminação do doente, afastando-se da passividade do modelo biomédico, procura-se que o mesmo assuma uma postura proactiva no processo de tomada de decisão dos cuidados que lhe são prestados, no entanto para isso será necessária, uma maior dedicação, informação, tempo e esclarecimento da parte do profissional de saúde¹⁹. Deste modo, poderão ser corretamente aplicados instrumentos ou diretivas avançadas de vida, como o Consentimento Informado e o Testamento Vital.

O Testamento Vital foi pensado, em 1969, nos EUA, como um instrumento de direito de recusa de tratamentos no âmbito da obstinação terapêutica, em casos de estado vegetativo permanente e/ou terminalidade⁴. Silva (2008) enfatiza o facto deste documento poder ser criado numa situação de lucidez mental da pessoa e de poder ser tido em conta, quando esta não consiga expressar a sua vontade. Segundo o Ministério da Saúde português: «O Testamento Vital é um documento, registado eletronicamente, onde é possível manifestar o tipo de tratamento, ou dos cuidados de saúde, que pretende ou não receber, quando estiver incapaz de expressar a sua vontade. O Testamento Vital

permite, também, a nomeação de um ou mais procuradores de cuidados de saúde.»²⁰ A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho regulamenta as diretivas antecipadas de vontade, sob a forma de testamento vital, e possibilita a nomeação de procurador de cuidados de saúde, criando ainda o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)²¹.

Bandouin e Blondeau cit. por Silva (p.39, 2008) classificam-no como “um nobre e louvável esforço de humanização e uma tentativa da reapropriação da morte, porque possui um objetivo último, a preservação da dignidade humana do fim de vida”¹⁸. O seu objetivo é respeitar os valores e escolhas da pessoa, enfatizando a autonomia da mesma e protegendo ainda o médico em situação de conflito⁴. A autora salienta ainda a importância deste tipo de diretiva antecipada de vontade na melhoria da comunicação entre médicos, doentes e família, evitando que a família tome decisão contrária à vontade do doente⁴. Silva et al (2014) consideram a manifestação da vontade antecipada um mecanismo para reduzir a distanásia¹⁵. Fernandes (2014) acrescenta que ao definir até onde a medicina pode ir, em caso de doença terminal, paragem cardio-respiratória ou suporte artificial de vida, o testamento vital salvaguarda a hipótese de ocorrer distanásia¹³.

Sem nunca quantificar a real dimensão deste problema, são vários os estudos que abordam a percepção dos profissionais de saúde no seu local de trabalho relativamente à distanásia e obstinação terapêutica. A maioria destes estudos foi levada a cabo, em Unidades de cuidados intensivos, as quais Pessini (1996) apelidou de “as modernas capitais do sofrimento humano” (p.31)⁸.

Heland (2006) realizou um estudo no qual descobriu que os enfermeiros percebiam a obstinação terapêutica “como a continuação de tratamentos quando a morte

estava claramente iminente” (p.29). Os enfermeiros mostraram-se preocupados com os processos de obstinação terapêutica porque a determinada altura poderão ter de administrar os tratamentos a ela subjacentes, entrando em conflito com os seus próprios valores morais e a sua visão do benefício que o tratamento pode ou não proporcionar ao doente²². Estes percebem os tratamentos fúteis como algo que adia a morte, causando imenso sofrimento e agonia, dando à família esperanças infundadas e que impedem adequados cuidados paliativos, uma vez que os familiares não aceitam a condição de terminalidade do doente²³.

Clark e Dudzinski (2013) enfatizam os sentimentos vivenciados pelos pais das crianças, os quais, após semanas e meses a lhes serem efectuados pedidos de autorização para administração de tratamentos invasivos e dolorosos que ofereciam esperança de cura, eram depois confrontados com a proposta firmemente contrastante de remover ou renunciar aos meios de suporte de vida de forma a permitir que o seu filho morresse o mais pacífica e confortavelmente possível²⁴.

No mesmo estudo, o tratamento fútil foi reconhecido como fonte de stress moral por parte de vários enfermeiros, especialmente porque dele decorreu o prolongamento excessivo e desnecessário da vida, a realização de exames e tratamento a doentes terminais e o ter de mentir ao doente²². Segundo Fernandes (2014), este investimento que é realizado e a opção de reanimar doentes com idade avançada e em situação de internamento prolongado produz nos enfermeiros de cuidados intensivos, sentimentos de revolta e inconformidade; apoiando-se no princípio de beneficência e não maleficência autora defende plausível não reanimar o doente em fim de vida¹³. Contudo, houve participantes que defenderam que a provisão de tais tratamentos fúteis, em carácter de

excepcionalidade, podem trazer benefícios a outros, nomeadamente, para dar tempo da família chegar ao pé do doente e, nos casos de colheita de órgãos²². Similarmente, Jecker (2014) defende que nalguns casos esporádicos, poderá ser apropriado disponibilizar um tratamento fútil, por forma a assistir temporariamente, o doente ou família no processo de luto e aceitação da sua condição de terminalidade.

Na percepção dos profissionais de saúde, na origem da obstinação terapêutica e, conseqüentemente, da distanásia estão: o pedido frequente tanto do doente como da família^{7,25}, a comunicação deficiente entre os consumidores de cuidados de saúde e os profissionais de saúde; os valores individuais do médico, entre os quais, os seus próprios valores e as suas aptidões comunicacionais²⁵; e, mesmo a falta de comunicação entre os diversos profissionais⁷. Os enfermeiros sentiram como dificuldades: o facto de não serem ouvidos no processo de decisão, perdendo-se assim informação pertinente que só eles detinham e compreendiam^{13,22}; o facto de, receberem indicações de tratamento contraditórias, num mesmo turno ou ao longo de várias semanas, sendo que conforme o médico que estivesse de serviço, era dada indicação para cessar ou resumir um tratamento sobre o qual não existia consenso dentro da equipa médica, criando-se um ciclo vicioso^{7,22,23}; segundo Heland (2009), os enfermeiros também consideraram desafiante o facto de decisões de vida ou morte serem feitas por uma pessoa sobre outra, a autora acrescenta mais à frente que os enfermeiros sentiram o facto de, não conhecerem previamente a perspectiva do doente em relação à limitação de tratamentos como uma dificuldade²².

Neste sentido, urge que o enfermeiro assuma o seu papel de advogado do doente, como intermediário, perante o doente/família e o médico, muitas vezes interpretando a informação após as reuniões com o clínico,

defendendo a perspectiva do doente/família e mediando entre as partes de modo a clarificar o que está a ser delineado²². O doente e a família procuram o enfermeiro para explicar e desmistificar o que está a acontecer. Esta comunicação entre o enfermeiro e a díade doente-família pode assim, evitar situações de distanásia, prevenindo o sofrimento, a frustração e a inquietação⁵. O papel de enfermagem é assim, reconhecido como significativo na promoção de um processo de morte atempada e tranquila, tanto para o doente como para a sua família²².

Diversos autores ^{5,7,13,18,22} defendem que os enfermeiros devem ser envolvidos no processo decisório, devido à sua ligação ao doente/família, sendo capazes de apresentar uma perspectiva representativa dos valores morais do doente em relação à limitação dos tratamentos, assim como de providenciar uma opinião clínica informada sobre a condição do doente, uma vez que estes são os profissionais que mais tempo passam junto dele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O avanço tecno-científico que possibilitou a cura de inúmeras doenças, fez com que a medicina mudasse o seu foco, do cuidado para a busca obstinada do processo de cura¹¹.

As transformações da sociedade moderna, cuja idolatria pela vida, nos trouxe uma desapropriação e um afastamento da morte, como se a imortalidade para o Homem fosse algo pensável e exequível, possível já na próxima descoberta científica; aliadas à visão do fracasso do profissional quando não atinge a cura e ao paternalismo do modelo biomédico, potenciam processos distanásicos, promotores de sofrimento exagerado no fim de vida, numa terminalidade que é tabu nessa mesma sociedade. Esta não aceitação do processo de morrer afasta o doente de uma boa morte, mantendo-o

refém de uma cama de hospital rodeado de máquinas, luzes e apitos, longe de familiares, entes queridos e do lugar a que sente pertencer. A morte tornou-se assim, dispendiosa, isolada e solitária; o doente foi desapropriado da sua própria morte, numa perda de autonomia subjacente ao paternalismo do médico e dos seus familiares que não lhe permitem uma escolha informada pelos cuidados que lhe proporcionariam um mais digno fim de vida, desprovido de tempo mas mantendo a sua integridade como pessoa autónoma e autodeterminada. A distanásia é uma das questões fundamentais da bioética nos tempos modernos. Ela pode ser entendida como a atitude médica, que utiliza meios desproporcionais e por isso fúteis, que acarretam enorme sofrimento físico e psicológico ao doente, pois na tentativa de lhe prolongar a vida, não valorizando a qualidade da mesma, acabam por, simultaneamente, prolongar-lhe também o processo de morrer. Esta atitude tem subjacente a negação da mortalidade humana¹¹. E é essa negação da morte que abre as portas à obstinação terapêutica²⁶. Os familiares também apresentam a sua quota-parte de culpa nestes processos distanásicos, pois muitas vezes, na sua despreparação para o processo de luto e no seu egoísmo, próprio de quem nutre amor pelo ente querido que está a morrer, imploram pela manutenção de tratamentos que permitam ao doente estar com eles nem que seja mais um dia. Desta forma, Graham (2016) alerta que tanto os profissionais de saúde como as famílias devem manter o melhor interesse da criança/doente no centro de cada decisão de tratamento. O autor argumenta que “prestar cuidados fúteis não é simplesmente uma questão de neutralidade, mas sim um erro moral, porque tal cuidado causa algum grau de dor e sofrimento sem oferecer uma esperança razoável de benefício”²⁷

(p.290). Deste modo, evitando a distanásia poderemos proporcionar ao doente uma morte digna, proporcionando-lhe os adequados cuidados paliativos. Diversos autores de entre os revisados, defenderam, ao invés da distanásia, a prática da ortotanásia, ou, seja a morte no seu processo natural, desde que apoiada por cuidados paliativos, que permitam devolver ao doente a sua autonomia e dignidade, através da humanização de cuidados e do correcto alívio de sintomas, afastando assim o tão temido sofrimento veiculado na obstinação terapêutica. Cruz (2013) entende a ortotanásia como a humanização do processo de morte do doente, procurando a morte com conforto e desprovida de sofrimento, garantindo sempre a sua dignidade. Acrescenta ainda que a morte digna deve advir de uma decisão consciente e informada do doente. Este último tem direito a, no fim da vida, receber cuidados destinados à preservação da sua dignidade, tendo por isso, o direito de optar pelo caminho que julgar mais benéfico, mesmo que isso signifique a renúncia a tratamentos extraordinários, de forma a não prolongar sua vida⁶.

Como enfermeiros devemos sempre manter na nossa prática, o paradigma da humanização do cuidar, olhando para o doente numa perspectiva holística, pois “... não é somente o corpo que morre; é o homem que morre. O homem todo, corpo e alma, inteligência e liberdade, compromisso e amor vê-se arrastado e levado pela morte”¹⁴ (Gevært cit. por Marques, s.d., s.p.). Concluo com a sucinta mas sábia expressão de Paiva et al (2014, p.556): “O importante é viver com dignidade e, quando chegar o momento, morrer também com dignidade.”²

BIBLIOGRAFIA

1. Dicionário etimológico: Etimologia e Origem das Palavras. (2017). [Em linha]. Disponível em <<http://www.dicionarioetimologico.com.br/eutanasia/>> [Consultado em 24/01/07].
2. PAIVA, Fabianne; JÚNIOR, José Jailson; DAMÁSIO, Anne Christine – Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Revista Bioética*. [Em linha]. Vol. 22, nº 3 (2014), p.550-560. [Consult. Em 11/01/2017]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223038>. ISSN 1983-8042.
3. Origem da Palavra – Site de Etimologia (2017). [Em linha]. Disponível em <<http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/ortotanasia/>> [Consultado em 24/01/2017].
4. KOVACS, Julia - A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*. Brasília. ISSN 1983-8042. Vol. 22, nº 1 (Jan/Abr. 2014), p.94-104.
5. FELIX, Zirleide Carlos [et al.] – Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. [Em linha]. Vol.18, nº 9 (2013), p. 2733-2746. [Consult. Em 07/01/2017]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>. ISSN 1413-8123.
6. CRUZ, Maria Luiza; OLIVEIRA, Reinaldo de – A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. *Revista Bioética*. [Em linha]. Vol. 21, nº 3 (Sept/Dec. 2013), [Consult. Em 11/01/2017]. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422013000300004>>. ISSN 1983-8042.
7. TOFFOLETTO, Maria Cecília [et al.] - A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*. [Em linha]. Vol.18 nº 3 (2005), p. 307-312. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a12v18n3.pdf>. ISSN 1982-0194
8. PESSINI, Léo - Distanásia: Até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*. [Em linha]. Vol. 4, nº 1 (1996), p. 31-43. Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357.
9. LIMA, Cristina – Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia. *Revista SPMI Medicina Interna*. [Em linha]. Vol.13 nº 2 (Abr/Jun. 2006), p.79-82. Disponível em http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf.
10. ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT – The Quality of death: Ranking end-of-life across the world. [Em linha]. *The Economist*, 2010 Disponível em http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/qod_index_2.pdf.
11. ROMANO, Bellkiss; WATANABE, Cintia; TROPMAIR, Sabine - Distanásia: vale a pena? *Revista da SBPH*. [Em linha]. Vol.9 nº2 (Jan/Dec. 2006), p.67-82. ISSN 1516-0858.
12. INE - Esperança de vida à nascença: total e por sexo (05/2016). [Em linha]. Pordata: Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consultado em 28/01/2017]. Disponível em [http://www.pordata.pt/Portugal/Espanan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](http://www.pordata.pt/Portugal/Espanan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418).
13. FERNANDES, Ana Sá; COELHO, Sílvia – Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Cuidarte*. Bucaramanga. ISSN 2216-0973. Vol.5, nº 2 (July/Dec. 2014), p. 813-819.
14. MARQUES, Paula – Artigo de Reflexão: Cuidar ético ao doente terminal: quando ainda há muito a fazer. *Sinais Vitais*. [Em linha]. s.d. [Consult. em 25/01/2017]. Disponível em <http://www.sinaisvitais.pt/>

index.php/documentosuteis/ARTIGOS/Cuidar-etico-do-doente-terminal/.9

15. SILVA, José Antônio [et al]. – Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. *Revista Bioética*. Brasília. ISSN 1983-8042. Vol. 22, nº 2 (2014), p. 358-366.

16. JECKER, Nancy S. – Medical Futility, Ethics in Medicine. [Em linha]. University of Washington: School of Medicine. [Last update March 2014]. Disponível em <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/futil.html>

17. HILTON, Andrew K.; JONES, Daryl; BELLOMO, Rinaldo - PubMed [Em linha]. Australia. Clinical review: the role of the intensivist and the rapid response team in nosocomial end-of-life care. *Critical Care*. Vol. 17, nº2. (April 2013) Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23672813>.

18. SILVA, Mariana Azevedo - Os alunos de Enfermagem do 4º ano da Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade Fernando Pessoa perante as práticas de Distanásia num doente em fase terminal. Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde, Porto. 2008. Monografia. 19. VIEIRA, Ana Natália – Distanásia: Promover a vida no seu final. *Sinais Vitais*. ISSN 0872-8844. Nº 95, p. 15-22.

20. Ministério da Saude – Testamento Vital: Um direito dos cidadãos. Plataforma de dados em saúde – Área do Cidadão. [Em linha]. [Consul. em 28/01/2017] <https://servicos.minsaude.pt/utente/Info/SNS/RENTEV>.

21. Diário da República, Lei nº 25/2012 de 16 Julho. [Em linha]. Disponível em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1765&tabela=leis.

22. HELAND, Melodie – Fruitful or futile: intensive care nurses’ experiences and perceptions of medical futility. *Australian Critical Care*. Vol. 19, nº 1 (Feb. 2006), p.25-31.

23. MENEZES, M. B.; SELLI, L.; ALVES, J.S. - Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 1518-8345. Vol.17, nº 4 (2009), p. 443-448.

24. CLARK, Jonna D.; DUDZINSKI, Denise – The Culture of Dysthanasia: Attempting CPR in Terminally Ill Children. *Pediatrics*. ISSN 1098-4275. Vol. 131, nº 3 (March 2013), p. 572-581.

25. PALDA, Valerie [et al]. Futile care: Do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. Elsevier. *Journal of Critical Care*. [Em linha]. Nº 20 (2005), p. 207-213. Disponível em [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883-9441\(05\)00050-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883-9441(05)00050-X).

26. SARAIVA, Ana Maria P. – Acesso à tecnologia biomédica: perspectiva bioética dos enfermeiros portugueses. *Revista Bioética*. [Em linha] Vol. 22, nº 1 (Jan/Apr 2014), p.161-170. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a18v22n1.pdf>. ISSN 1983-8042.

27. GRAHAM, Eric M. – Infants with Trisomy 18 and Complex Congenital Heart Defects should not undergo Open Heart Surgery. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. [Em linha]. Nº 44 (2016), p. 286-291. https://dx.doi.org/10.1177/1073110516654122__

DICOTOMIA DA ARTE: LIBERTAÇÃO VERSUS PERTURBAÇÃO



Fig. 1. - Adelino Ângelo "Riso de Louco", óleo sobre tela 64x50 cm

MARIA DE JESUS CARDOSO OLIVEIRA MARTINS¹

Enfermeira na unidade de psiquiatria de Breede Vliet, Argos Zorggroep, Hoogvliet na Holanda, Licenciatura em História de Arte e em Enfermagem e Pós graduação em História da Arte Portuguesa.

RESUMO

A Arte e a loucura podem não caminhar de mãos dadas. Porém, muitas vezes se verifica que o artista é portador de um transtorno mental, ou mesmo que a Arte retrata a loucura (não apenas o indivíduo louco, como também o seu ambiente e até o seu tratamento). Mas mais do que isto, a Arte possui a dualidade de "libertar" o indivíduo doente - pois este através dela encontra um meio de expressão singular. Pode também revelar-se perturbadora ao levar um indivíduo a perder o seu equilíbrio mental/emocional desenvolvendo um quadro patológico, como no síndrome de Stendhal, e necessitar - ainda que temporariamente de assistência médico-farmacológica.

Palavras-chave: Arte, doença mental, síndrome de Stendhal.

ABSTRACT

Abstract. Art and madness often come together. This happens, on the one hand, because the artist often has a mental disorder himself, and on the other hand because art often portrays madness (the crazy individual, his environment and even his treatment).

Moreover, the sick individual can be "liberated" by using art as a way of expressing himself. On the other hand, art can induce the development of an emotional and pathological condition, such as Stendhal's syndrome and might even (temporarily) require medical or pharmacological care.

Keywords: Art, mental illness, Stendhal's syndrome

Introdução

“A Arte é uma garantia de sanidade”

Louise de Bourgeois.

De facto, Arte e loucura não caminham necessariamente de mãos dadas, mas em determinadas circunstâncias os transtornos mentais podem abrir caminhos inesperados para a criação e criatividade. A existência de artistas afetados pela loucura não é invulgar e sempre ocorreu ao longo da

História. A arte ao propiciar a expressão do ser, aflorar sentimentos, inquietações, possibilitar diferentes modos de ver, sentir e interpretar o mundo real, imaginário e espiritual, conduziu a um número cada vez maior de artistas que se sentiu atraído pela combinação Arte/Loucura. E por esse motivo “a loucura constituirá um tema particularmente pregnante na História de Arte, presente em todas as suas formas, na pintura, na fotografia e no cinema” (Samuel de Jesus) (Fig.1 e 2).



Fig. 2. - Cláudio Edinger, "Juqueri" 1989-1990 Franco da Rocha SP gelatina/prata tonalizada

No seu livro “História da Loucura na Idade Clássica”, Foucault cita um quadro de Hieronymus Bosch “A Cura da Loucura” (1475-1480) (Fig.3).

Na Idade Média acreditava-se que os doentes mentais possuíam uma pedra na cabeça que necessitava ser retirada. A pedra da loucura foi um tema bastante habitual dentro da pintura da época. Tornou-

se comum a partir da Idade Média e chegou inclusive até à Re-nascença, representando, mediante alegorias pictóricas, a tentativa de encontrar es-se “cálculo craniano” (através de trepanação) - que seria similar aos cálculos renais - que obstruía a razão e conduzia à loucura (Fig.4 “O cirurgião” de Jan Sanders van Hemessen, extraindo a pedra da loucura).

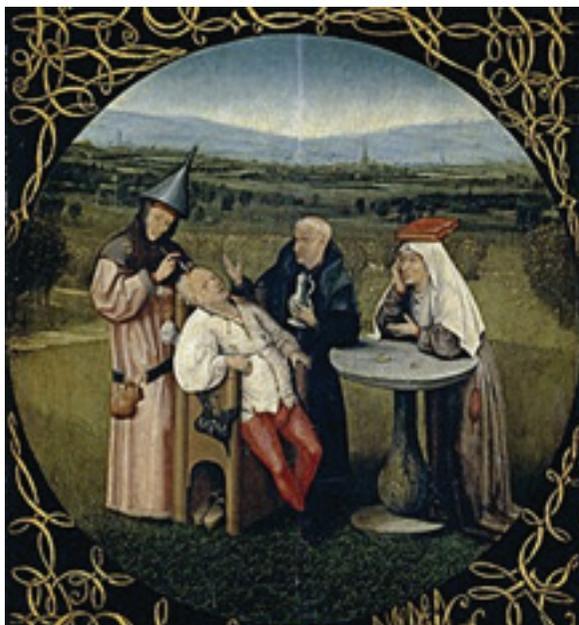


Fig. 3. - Hieronymus Bosch, "A Cura da Loucura" (1475-1480), óleo, Museu del Prado – Madrid, Espanha

No seu livro "História da Loucura na Idade Clássica", Foucault cita um quadro de Hieronymus Bosch "A Cura da Loucura" (1475-1480) (Fig.3).

Na Idade Média acreditava-se que os doentes mentais possuíam uma pedra na cabeça que necessitava ser retirada. A pedra da loucura foi um tema bastante habitual dentro da pintura da época. Tornou-se comum a partir da Idade Média e chegou inclusive até à Re-nascença, representando, mediante alegorias pictóricas, a tentativa de encontrar esse "cálculo craniano" (através de trepanação) - que seria similar aos cálculos renais - que obstruía a razão e conduzia à loucura (Fig.4 "O cirurgião" de Jan Sanders van Hemessen, extraindo a pedra da loucura).



Fig. 4. - Jan Sanders van Hemessen, "O Cirurgião", óleo 100x141cm – 1555 (Museu del Prado – Madrid, Espanha)

A trepanação (Fig.5) (do grego *trupanon*, perfuração), procedimento cirúrgico que consiste na retirada de uma porção do crânio (Blos, 2003) foi muito utilizada durante a Antiguidade e Idade Média e largamente utilizada durante os séculos XVIII e XIX com fins terapêuticos (Gross, 1999b; Jensen & Stone, 1997; Mariani-Costantini, Catalano, di Gennaro, di Tota, & Angeletti 2000; Wagner, 1890).

Mas mais do que a loucura ser um tema frequentemente representado na Arte, o mais interessante e objeto de pesquisas em todo o mundo é o facto de indivíduos com transtornos psiquiátricos se expressarem tão bem através das artes. São inúmeros os exemplos nas diferentes manifestações artísticas, como na literatura, na música e na pintura.

Nomes como Virginia Woolf, Edvard Munch, Vincent Van Gogh, Robert Schumann, Friedrich Nietzsche e Francisco de Goya são alguns dos artistas acometidos por algum trans-torno psiquiátrico.

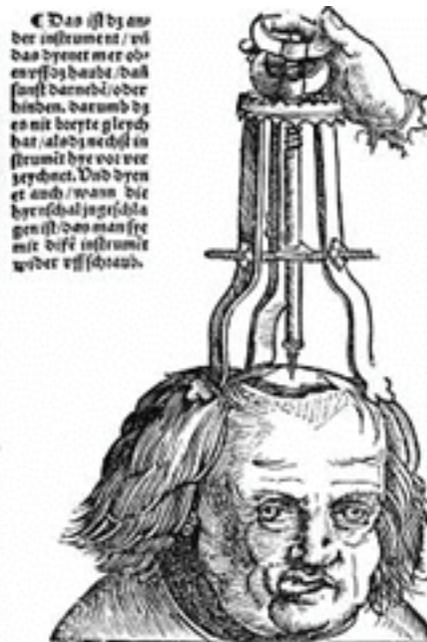


Fig. 5. Trepanação (Desenho de 1517)

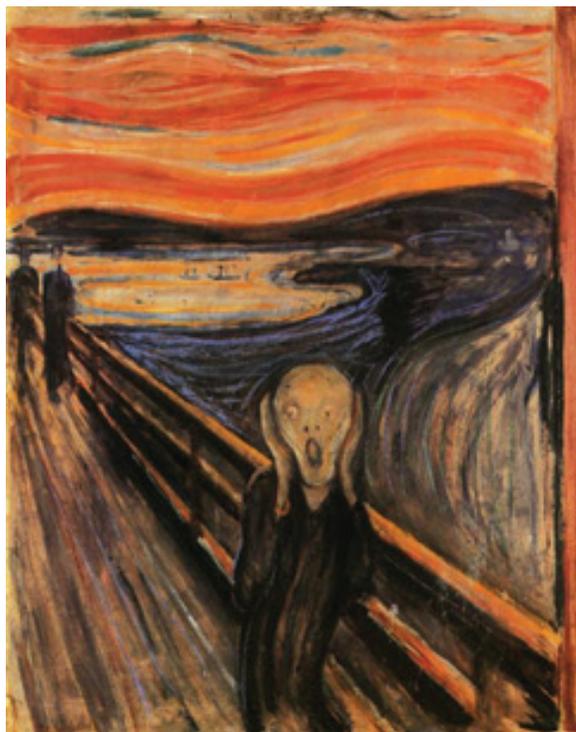


Fig. 6. - Edvard Munch "The Scream" 1893, Óleo, têmpera, pastel e carvão, National Gallery, Oslo, Noruega.

Edvard Munch (1863-1944), pintor norueguês, tem uma obra artística que caracteriza a vida turbulenta e a perturbação mental que o acometia. "A doença, a loucura e a morte foram os anjos negros que velaram sobre meu berço", escreveu o pintor, cuja mãe morreu tuberculosa, quando este tinha apenas cinco anos de idade. A irmã mais velha morreu tísica, aos 15 anos. Uma outra irmã, mais nova, foi internada com o diagnóstico de esquizofrenia. O pai tinha surtos de depressão e delírios de fanatismo religioso. Aos 35 anos, o próprio Munch foi vítima de um colapso nervoso, agravado pelo alcoolismo e por uma desilusão amorosa. A sua obra é caracterizada por temas como a doença, a angústia e o delírio (Fig. 6). "Eu não me posso desfazer das minhas enfermidades, pois há muita coisa na minha arte que só existe por causa delas", reconhecia

Yayoi Kusama (1929-) é uma artista japonesa que vive há mais de 30 anos numa insti-tuição psiquiátrica. Considerada um dos maiores nomes da arte contemporânea, além de um ícone de moda, a “Princesa das Bolinhas” como é conhecida, sofre de transtorno obsessivo compulsivo e alucinações desde a infância. Desde cedo os transtornos mentais da menina traduziram-se em arte e na criação de uma identidade visual bem peculiar. “Por sorte, quando eu

ainda era muito jovem, fui a um psiquiatra que entendia de arte. Desde então, eu luto contra a minha doença; embora no meu caso, a cura estivesse em criar arte baseada na doença. Desenvolver a minha criatividade foi a minha cura”, declarou a artista numa en-trevista dada a um canal de televisão brasileiro. A sua produção artística ajudou-a, segundo a artista mesmo diz, a canalizar as suas ideias e a manter-se viva (Fig. 7).



Fig. 7. - Yayoi Kusama

“Desenhar, pintar, esculpir, bordar, fazer misturas, é o melhor tratamento, o único mesmo, para as angústias mentais”, confirma a pintora portuguesa Paula Rego.

Winnicott (1975, p. 95) afirma ainda que “é através da percepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida”.

Não há dúvida que a Arte pode ser em si libertadora de emoções, de ideias, mas ela mesma pode assumir também características perturbadoras que abalam a estabilidade psíquica e levam, ainda que temporariamente, a sintomas psicossomáticos.

Exemplo disso é o síndrome de Stendhal ou Síndrome da Sobredose de Beleza que

se caracteriza pela presença de sintomas num indivíduo sensível quando este se encontra diante de obras artísticas. Foi descrita em 1979, por Graziella Magherini, na época chefe do serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria Novella, em Florença. A psiquiatra obser-vou que muitos turistas que visitavam Florença, quando portadores de grande sensibilidade emocional, eram afetados por um transtorno psíquico repentino. Foram identificados alguns sintomas comuns nessas pessoas, principalmente taquicardia, dispneia e vertigem, que duravam desde momentos a alguns dias.

Embora psiquiatras há muito se debatam

se realmente existe este síndrome, os seus efeitos sobre alguns indivíduos são graves o suficiente para que exijam tratamento hospitalar e medicação (antidepressivos).

O nome para o distúrbio foi inspirado no escritor francês Marie-Henri Beyle, com o pseudônimo Stendhal (1783-1842), que descreveu no seu diário o transtorno emocional que sofreu quando visitou a Igreja de Santa Croce em Florença em 1817.

"Ao chegar a Florença, o meu coração batia com força... numa curva da estrada, o meu olhar mergulhou na planície e percebi, de longe, como uma massa escura, Santa Maria Del Fiori e sua famosa cúpula, obra-prima de Brunelleschi. Eu me dizia: 'É aqui que viveram Dante, Michelangelo, Leonardo da Vinci! Eis esta nobre cidade, a rainha da Idade Média! É nesses muros que começou a civilização'... as lembranças comprimiam-se no meu coração, sentia-me sem condição de raciocinar e entregava-me à minha loucura como junto de uma mulher a quem se ama... Eu já me encontrava numa espécie de êxtase pela ideia de estar em Florença e pela vizinhança dos grandes homens dos quais eu acabava de ver os túmulos [Michelangelo, Alfieri, Machiavel, Galileu]... Absorvido na contemplação da beleza sublime que via de perto, eu a tocava, por assim dizer. Tinha chegado ao ponto da emoção onde se encontram as sensações celestes proporcionadas pelas belas-artes e os sentimentos passionais. Saindo de Santa Croce, o meu coração batia forte, o que em Berlim chama-se "nervos"; a vida esgotara-se em mim, eu andava com medo de cair..." STENDHAL ("Nápo-les e Florença: Uma viagem de Milão para Reggio").

Descrevendo os pacientes que observou, Magherini disse que eram pessoas sensíveis e emocionais que sofreriam uma "overdose" de arte. Mas porquê em Florença é descrito o maior número de casos? Alguns

casos de síndrome de Stendhal ocorreram noutras cidades italianas com obras de arte deslumbrantes, mas Magherini diz que Florença é o locus porque tem a arte mais renascentista, que é superficialmente bonita e reconhecível, mas muitas vezes contém detalhes mais escuros e perturbadores. Magherini observou que a arte pode provocar sentimentos subconscientes e memórias em espectadores sensíveis. Depois de alguns dias de descanso, ou em último caso saindo da Itália e retomando as suas vidas normais, os pacientes geralmente recuperam completamente.

O facto de Florença ter tantas obras de arte famosas em exibição, os turistas tendem a visitar tanta arte quanto possível nos poucos dias que têm. Os pacientes são tipicamente pessoas solteiras entre 26 e 40 anos de idade, que viajam sozinhos ou em pares, que se encontram stressados e cansados pela viagem e podem sofrer com o jet lag. Dos pacientes que Magherini observou e que foram hospitalizados, cerca de metade tinha tido tratamento prévio para doença mental, embora "tratamento prévio" pudesse simplesmente significar que teria frequentado sessões de terapia semanais.

O espectro de sintomas é variado. Segundo Magherini, algumas pessoas sofrem de alucinações e até mesmo alteração da percepção, outras manifestam desequilíbrio afetivo ou depressão, angústia e ataques de pânico, entre outros. A remissão costuma ser rápida, mas depende do tipo de sintoma. Dissociações psicóticas, mania de perseguição ou alucinações têm mais probabilidade de não se recuperarem rapidamente, comparados aos que tiveram apenas distúrbio afetivo ou sintomas depressivos.

Embora o síndrome de Stendhal esteja bem descrito na literatura científica italiana, ainda não aparece no DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da Associação Americana de Psiquiatria. No

entanto, os psiquiatras têm documentado o síndrome em revistas médicas e chegam a aconselhar os turistas que visitam museus de Arte a descan-sarem o suficiente entre as visitas.

Conclusão

Embora a comunidade científica ainda se debata acerca da existência deste síndrome, é certo que, sendo a Arte um meio privilegiado de expressão (nas suas mais variadas mani-festações) pode apresentar-se como um meio através do qual um indivíduo experiencia uma espécie de catarse que o liberta e ao mesmo tempo num outro indivíduo desencadear um estado de desequilíbrio e perturbação mental que o torne, ainda que temporariamente, alvo de cuidados médicos e farmacológicos.

Bibliografia e referências bibliográficas:

AMANCIO, Edson José - Dostoevsky and Stendhal's syndrome. Arq. Neuro-Psiquiatr. [online]. 2005, vol.63, n.4 [cited 2010-01-04], pp. 1099-1103;

ALTIMARI, D.C. - A Síndrome de Florença ou "Síndrome de Stendhal"; FCMSCSP

AMANN, Einführung von Per – Edvard Munch. Published by Padre Publishers, San Die-go, California, U.S.A., 1990, ISBN 10: 1571330380 / ISBN 13: 9781571330383;

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5, American Psychiatric Association, ISBN-10: 0890425558;

FOUCAULT, M. - História da Loucura na Idade Clássica, Editora Perspectiva S.A., S.Paulo, Brasil, 2007, ISBN 978-85-273-0109-1;

FRIED, RI. - The Stendhal syndrome. Hyperkulturemia. Ohio Med 1988; 84: 519–20, PMID: 3419757;

LOUREIRO, Inês – Notas sobre a fruição estética a partir de sua experiência limite: a

síndrome de Stendhal, Psyche nº 16, 2005, pág. 97-114;

MAGHERINI, G. - La Sindrome di Stendhal. Il malessere dei viaggiatori di fronte alla grandezza dell'arte. Ponte alle Grazie, 2003, ISBN 8879286145;

MAGHERINI, G. - La Sindrome di Stendhal. Feltrinelli Editore, Milan, 1992, EAN: 9788879286145;

PRELINGER, Elizabeth – Edvard Munch: Master. Editora National Gallery of Art, U.S., 2010, ISBN 3791350595, 9783791350592;

STENDHAL – Rome, Naples and Florence. G. Braziller, New York, 1960;

WINNICOTT, D. - A Criatividade e suas origens. In: _____. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 95-103; -

<http://www.yayoi-kusama.jp/e/information/> (visitado a 10/12/2016)

FUMO CIRÚRGICO NO BLOCO OPERATÓRIO



FERNANDO PINTO

CO-AUTORES:

GONÇALO GERALDO

MANUELA GARIMPO

PEDRO PINTO

Enfermeiros do Bloco Operatório do IPO Coimbra

RESUMO

O fumo cirúrgico é o sub-produto gasoso criado pela utilização de equipamentos cirúrgicos no Bloco Operatório, sendo a exposição transversal a todos os profissionais perioperatórios. O fumo cirúrgico é constituído por elementos tóxicos mutagénicos e cancerígenos e a sua nocividade está comprovada. O profissional pode apresentar sintomatologia como: irritação ocular, cefaleias, tonturas, náuseas, fadiga, dermatite, cólicas, processos inflamatórios agudos e crónicos nas vias respiratórias. A exposição ao fumo cirúrgico é um risco profissional e como norma de atuação devem ser utilizados equipamentos de proteção individual (óculos, máscara de alta filtragem, bata e luvas) e sistemas centrais de evacuação de fumos ou sistemas de extração portáteis que usados corretamente permitam remoção de 95% das partículas do fumo cirúrgico. Os profissionais perioperatórios devem implementar protocolos e recomendações específicas para a prevenção dos riscos da exposição ao fumo cirúrgico e promover a sua consciencialização através de formação organizacional.

PALAVRAS-CHAVE: fumo cirúrgico, risco, segurança, bloco operatório.

ABSTRACT:

Surgical smoke is the gaseous by-product created by the use of surgical equipment in the operating room, being the exposure transversal to all perioperative professionals. Surgical smoke consists of mutagenic and carcinogenic toxic elements and its harmfulness is proven. The professional may present symptoms such as: eye irritation, headache, dizziness, nausea, fatigue, dermatitis, cramps, acute and chronic inflammatory processes in the respiratory tract. Exposure to surgical smoke is a professional hazard thus standard regulations must include personal protective equipment (goggles, high filter mask, gown and gloves) and central smoke evacuation systems or portable extraction systems that allow removal of 95 % of surgical smoke particles. Perioperative professionals should implement specific protocols and recommendations to prevent the risks of exposure to surgical smoke and promote their awareness through organizational training.

KEYWORDS: Surgical smoke, risk, safety, operating room.

INTRODUÇÃO:

O Bloco Operatório é por excelência uma unidade diferenciada tecnologicamente, que dispõe de recursos humanos especializados expostos diariamente a riscos decorrentes da própria tecnologia, como no caso do fumo cirúrgico gerado por dispositivos médicos ativos, que merece especial atenção pelo seu potencial de perigo para a saúde dos profissionais.

A problemática do fumo cirúrgico enquanto risco profissional para todos os membros da equipa perioperatória, era já uma preocupação em 1975, patente na necessidade de realização de estudos para analisar os constituintes do fumo produzido pelos equipamentos cirúrgicos de modo a avaliar o risco potencial da exposição (Rothrock, 2008). Atualmente esta temática está cada vez mais na ordem do dia, tendo sido escolhida para a celebração do dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório (15/02/2017).

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) estima que existam cerca de 5 mil Enfermeiros perioperatórios expostos ao fumo cirúrgico em todo o país, para além de anestesiólogistas, cirurgiões, assistentes operacionais e outros elementos da equipa cirúrgica.

Segundo a Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 95% das cirurgias produzem fumo, por isso, é fundamental alertar os profissionais peri-operatórios para a problemática do risco profissional que representa o fumo cirúrgico. Para tal, é fundamental o esclarecimento sobre os mecanismos que levam à sua produção, constituição, efeitos nocivos e estratégias que reduzam o seu potencial nocivo, nomeadamente com a introdução de práticas de segurança.

DESENVOLVIMENTO:

A utilização de energia em cirurgia remonta aos anos 20 quando Bovie introduziu a eletrocirurgia. Usada quer em cirurgia aberta quer laparoscópica, permite corte por vaporização dos conteúdos intracelulares e coagulação profunda ou superficial por dessecação ou fulguração, respetivamente (Luciano, et al 1994). O aquecimento celular até à temperatura de ebulição e combustão provoca rotura celular e induz a libertação de partículas finas que se dispersam no ambiente sob a forma de vapores, gases e partículas celulares (Massarweh, 2006).

O termo fumo cirúrgico é usado para descrever o sub-produto gasoso resultante da destruição térmica tecidual no processo de corte e coagulação provocada por dispositivos médicos ativos como electrobisturi monopolar e bipolar, laser, equipamentos ultrassónicos ou equipamentos de alta velocidade (brocas, serras, etc) (Alp et al, 2006).

A quantidade, características e tamanho das partículas constituintes do fumo cirúrgico dependem do tipo de procedimento, do gerador, nível de potência usada, tempo de utilização e tipo de tecido. O fumo resultante é composto por cerca de 95% de vapor de água e 5% de produtos de combustão, que podem conter até cerca de 150 produtos químicos (Ulmer, 2008). Os produtos de combustão incluem compostos orgânicos (benzeno, tolueno, formaldeído, cianeto de hidrogénio entre outros), compostos inorgânicos (CO, CO₂, NO₂ e SO₂) e microrganismos como bactérias fungos e vírus (Gonzalez, 2006).

A disseminação ambiental das partículas do fumo cirúrgico pode alcançar valores entre 24 a 400 mil partículas/cm³ nos primeiros 5 minutos após a activação dos equipamentos de eletrocirurgia, só regressando aos níveis iniciais 20 minutos após terminar a cirurgia desde que mantidas as recomendações

da assepsia progressiva e o sistema de renovação de ar.

A exposição ao fumo cirúrgico composto por estas substâncias com características tóxicas, mutagénicas e cancerígenas está associada à seguinte sintomatologia nos profissionais: irritação ocular, cefaleias, tonturas, náuseas, fadiga, dermatite, cólicas, processos inflamatórios agudos e crónicos nas vias respiratórias (Alp et al, 2006).

Como medida de protecção é importante a verificação periódica da qualidade do ar das salas operatórias (concentração de partículas, pressão, recirculação, velocidade do ar e validação do filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance)), no entanto, a análise da qualidade do ar nem sempre reflete o período do procedimento cirúrgico onde os limites são ultrapassados momentaneamente, (Summerville et al, 2014).

O aspirador de fluídos cirúrgicos, tem uma potência de sucção insuficiente para os fumos cirúrgicos e não tem filtro ULPA (Ultra Low Penetration Air). Para minimizar os efeitos nocivos, a Association of PeriOperative Registered Nurses (2012) nas suas práticas recomendadas para electrocirurgia, aconselha a utilização de aspiradores de fumo cirúrgico adequados.

Sistemas centrais de evacuação de fumos ou sistemas de extração portáteis, asseguram a remoção dos constituintes nocivos que não são extraídos pelo sistema de ventilação convencional do bloco operatório, através de filtros ULPA partículas até 0,1 µm e absorventes de carvão ativado para gases e vapores. O sistema de aspiração pode estar integrado ou separado do punho do bisturi eléctrico e deve ser colocado a 2-5 cm do local de produção do fumo extraído até 95% do mesmo sem interferir com o procedimento cirúrgico.

A utilização de máscaras cirúrgicas de alta filtração (N95), permite reter partículas até

0,1 µm desde que utilizadas de acordo com as práticas recomendadas. Na opinião de Benson et al. (2013), é também importante proteger os olhos com óculos de protecção e a pele pelo uso de bata e luvas.

Através da pesquisa bibliográfica efetuada, considerou-se fundamental a consciencialização dos profissionais perioperatórios para as seguintes recomendações:

- 1.Reconhecer a exposição ao fumo cirúrgico efectivamente como um risco profissional;
- 2.Identificar que a exposição ao fumo cirúrgico traz consigo a possibilidade da bio-contaminação;
- 3.Utilizar equipamentos de protecção individual, segundo as práticas recomendadas;
- 4.Evacuar o fumo cirúrgico através da aspiração, a 2 cm do local de emissão, com equipamento de aspiração dotado de filtração ULPA.

As recomendações anteriormente referidas deverão ser suportadas por formação, condição fundamental para o sucesso da sua implementação em contexto real.

CONCLUSÃO:

As organizações de saúde devem identificar os materiais e resíduos que necessitam de tratamento especial por representarem risco para os utentes e profissionais e implementar procedimentos que minimizem esses riscos. No caso do fumo cirúrgico o risco está identificado e existem estratégias preventivas recomendadas devendo ser promovida a sua implementação.

Ainda existe algum desconhecimento sobre esta temática e resistência das organizações de saúde, no que se refere, à aquisição de equipamentos de evacuação de fumos. Por isso, os profissionais perioperatórios devem implementar protocolos e recomendações específicas para a prevenção dos riscos da

exposição crónica ao fumo cirúrgico, através de formação organizacional e promoção da utilização de equipamentos de evacuação de fumos, utilizando a mesma cultura de segurança usada para o doente cirúrgico.

A exposição ao fumo cirúrgico é um risco profissional inerente à atividade em bloco operatório, sendo transversal a toda a equipe multidisciplinar, não existindo forma de medir a exposição individual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP] (2006). *Enfermagem Peri operatória: da filosofia à prática de cuidados*. (1ª Edição). Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5

Alp E, Bijl D, Bleichrodt RP, Hansson B, Voss A. "Surgical smoke and infection control." *Journal of Hospital Infection*. (2006); 62:1-5.

AORN (2010): "Recommended practices for electrosurgery. In: Perioperative Standards and Recommended Practices". Denver, CO, Inc:105-126.

Benson, S.M., Novak, D.A., Ogg, M.J. (2013). "Proper use of surgical N95 respirators and surgical masks in the OR". *AORN Journal*, 97(4), 458-467.

Eickmann, Udo et al (2007): "Surgical smoke: Risks and preventive measures". ISSA Hamburg. ISBN 978-92-843-1194-1 http://prevencion.umh.es/files/2012/04/2-surgical_smoke.pdf [18-02-2017]

González-Bayón L, González-Moreno S, Ortega-Pérez G. (2006): "Safety considerations for operating room personnel during hyperthermic intraoperative intraperitoneal chemotherapy perfusion." *European Journal of Surgical Oncology*. ;32(6):619-24. DOI:10.1016/j.ejso.2006.03.019.

Luciano Anthony et al. (1994): "Essential principles of electrosurgery in operative laparoscopy." *The Journal of the American*

Association of Gynecology Laparoscopists. 1994;1(3):189-95.

Massarweh, Nader; Cosgriff Ned, Slakey DP. (2006) "Electrosurgery: History, principles, and current and future uses". *Journal American College Surgeons* ;202(3):520-30.

Shirley M. Tighe e Jane C. Rothrock (2008) : "Alexander's care of the patient in surgery. St. Louis ISBN: 9780323052221 Elsevier, 2008

Schultz, L – (2014): An analysis of surgical smoke plume components, capture, and evacuation." Feb; 99(2):289-98 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24472591>[18-02-2017]

Summerville, Scott; Moon, Kevin; Howard, Dale. (2014) "Operating Room air quality." *The Australian Hospital Engineer*:48-55

United States Departmente of Labour, Occupational Safety and Health Administration: "Laser/Electrosurgery Plume". <https://www.osha.gov/SLTC/laserelectrosurgeryplume/> [18-02-2017]

United States Departmente of Labour, Occupational Safety and Health Administration: "Surgical Plume". <https://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/surgical/surgical.html> [18-02-2017]

Ulmer, B. (2008). The hazard of surgical smoke. *AORN Journal* 87(4), 721-734

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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