



**DESAFIOS EMERGENTES EM ENFERMAGEM:
DA ATUALIDADE PARA O FUTURO**

III JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM
V JORNADAS DE ENFERMAGEM

COORDENADORES CIENTIFICOS DO E-BOOK:
SÉRGIO DEODATO, PATRÍCIA PONTÍFICE-SOUSA E CRISTINA MARQUES-VIEIRA



III JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM

V JORNADAS DE ENFERMAGEM

©Instituto de Ciências da Saúde – Lisboa | Universidade Católica Portuguesa

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Unidade de Ensino de Enfermagem de Lisboa
Palma de Cima
1649-023 Lisboa
Telefone: 214.269.834
Email: servicosacademicos.enf@ics.lisboa.ucp.pt
ISBN: 978-989-97041-5-2.



CONTEÚDOS

- NOTA INTRODUTÓRIA
- PROGRAMA DAS JORNADAS
- COMISSÕES DO EVENTO

COMISSÃO CIENTÍFICA

COMISSÃO ORGANIZADORA

- AUTORES
- RESUMOS

CONFERÊNCIAS

- CUIDAR EM HUMANIDADE
- A PESSOA NO CONTEXTO MULTICULTURAL
- CHINESES: TÃO PERTO E TÃO LONGE
- A VIVÊNCIA DA DOENÇA CRÓNICA: IMPACTO NA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA
- DINÂMICA ESCOLA-MEIO: PARCERIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE
- CUIDAR NA COMUNIDADE: A REALIDADE DO PARADIGMA

POSTERS

- ACEITA-TE: ABORDAGEM DE ENFERMAGEM PERANTE A ALOPÉCIA NO ADOLESCENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS
- DESAFIOS NO CUIDAR DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: PRESENÇA DE ACOMPANHANTES NA SALA DE REANIMAÇÃO



- COMUNICAR COM UMA PESSOA EM FIM DE VIDA- UMA REVISÃO DA LITERATURA
 - PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA COM ALZHEIMER NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL: PERSPETIVA DAS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA
 - VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO – INDICADORES CLÍNICOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM
 - MRSA ESBL- NÃO AS VEMOS, MAS ELAS EXISTEM! COMO COMBATE-LAS?: UMA REALIDADE DO SERVIÇO DO INTERNAMENTO DE MEDICINA DO HOSPITAL DOS SAMS
 - TRANSPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS: A VIVÊNCIA FAMILIAR DESTE PROCESSO E A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
 - AMBIENTES FAMILIARES SAUDÁVEIS
 - INDICADORES CLÍNICOS DE PALADAR COMPROMETIDO EM DOENTES A REALIZAR QUIMIOTERAPIA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
-
- NOTA CONCLUSIVA
 - APOIOS E PATROCÍNIOS



NOTA INTRODUTÓRIA

O presente E-Book integra a conferência inicial, o conjunto das comunicações, assim como o resumo dos posters, que preencheram o programa das III Jornadas Internacionais de Enfermagem (V Jornadas de Enfermagem) organizadas pela unidade curricular de *Seminário* do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, no ano letivo 2015/2016 da Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Uma vez que este programa se mostrou de uma riqueza científica muito assinalável, este E-Book acompanha esta elevação, em resultado da extraordinária qualidade dos trabalhos apresentados.

O tema escolhido – *Desafios emergentes em enfermagem: da atualidade para o futuro* – convida-nos a uma abordagem das diversas temáticas numa perspectiva futura, a partir da análise das circunstâncias atuais. E foi este olhar que foi feito na conferência inaugural e nas comunicações. A partir de uma análise do “cuidar em humanidade” na conferência de abertura, proferida pelo Senhor Professor Doutor Mário Simões, discutiram-se alguns desafios que estão atualmente colocados à enfermagem e que marcarão o seu desenvolvimento no futuro. O *cuidado multicultural*, *os desafios ao envelhecimento*, *o cuidado na família e na escola* e *a saúde mental na comunidade*, foram as temáticas escolhidas para estas jornadas e que deram origem a comunicações científicas por diversos especialistas.

Nesta obra, publicam-se os textos que resultaram destas abordagens, tornando-os assim acessível a todos. A sua leitura e análise constituem um excelente contributo para o enriquecimento da discussão sobre a enfermagem de hoje e o seu desenvolvimento futuro. Uma análise científica com uma forte componente ética, como é marca da enfermagem da Católica.

A todos os que participaram nestas jornadas e nesta obra, deixo o meu profundo agradecimento e desejo a todos uma boa leitura.

Professor Doutor Sérgio Deodato

(Coordenador da Escola de Enfermagem de Lisboa - Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa)



PROGRAMA DAS JORNADAS



III JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM
DO ICS DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
V JORNADAS DE ENFERMAGEM

DESAFIOS EMERGENTES EM ENFERMAGEM: DA ATUALIDADE PARA O FUTURO

| | | | |
|-------------|---|-------------|--|
| 08h30-09h00 | ABERTURA DO SECRETARIADO | 14h15-15h45 | "CUIDADO NA FAMÍLIA E NA ESCOLA" ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: DOS CUIDADOS DE PROXIMIDADE AO DESAFIO SOCIAL HENRIQUETA FIGUEIREDO (PbD, ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM PORTO) O ENFERMEIRO NA ESCOLA - UM OUTRO OLHAR PARA A SAÚDE ESCOLAR CONSTANÇA FESTAS (PbD, ESCOLA DE ENFERMAGEM UCP PORTO) DINÂMICA ESCOLA-MEIO: PARCERIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE FILIPA ANDRADE (MEd, ESCOLA DE ENFERMAGEM UCP LISBOA) A ENFERMAGEM NO MUNDO EMPRESARIAL RICARDO MARQUES (Ra, UICUIDAR) |
| 09h00-09h15 | CERIMÓNIA DE ABERTURA | 15h45-16h00 | COFFEE BREAK |
| 09h15-10h00 | CONFERÊNCIA INAUGURAL "CUIDAR EM HUMANIDADE" MÁRIO SIMÕES (PbD, CHUC) | 16h00-17h30 | "SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE" CUIDAR NA COMUNIDADE: A REALIDADE DO PARADIGMA PAULO SEABRA (PbD, ESCOLA DE ENFERMAGEM UCP LISBOA) DESAFIOS DE HOJE E AMANHÃ ELSA GASPAR (CCSMO-ENPL) CO-CREATING OPPORTUNITIES IN COMMUNITIES BEYOND THE PSYCHIATRIC PARADIGM: THE CASE OF HEARING VOICES SUPPORT GROUPS HARRY GJBELS (PbD, SCHOOL OF NURSING AND MIDWIFERY-UNIVERSITY COLLEGE CORK) |
| 10h00-10h30 | COFFEE BREAK | 17h30 | SESSÃO DE ENCERRAMENTO ENTREGA PRÉMIO MELHOR POSTER ATUAÇÃO PAULITUNA MOSCATEL DE NONRA |
| 10h30-12h00 | "CUIDADO MULTICULTURAL" A PESSOA NO CONTEXTO MULTICULTURAL AMÉRICO PEREIRA (PbD, FCM UCP) DEIXAR DE SER QUEM SE É MATILDE SALEMA (ESTUDANTE DE ENFERMAGEM ICS UCP LISBOA) CHINESES: TÃO PERTO E TÃO LONGE FERNANDA LUIS (MEd, HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER) | | |
| 12h00-13h00 | "DESAFIOS AO ENVELHECIMENTO" ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO: UMA TEORIA DE ENFERMAGEM M^o JOÃO SOARES FERNANDES (PbD, ERISA) A VIVÊNCIA DA DOENÇA CRÓNICA: IMPACTO NA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA ANABELA DA GRAÇA MENDES (PbD, ESEI) | | |
| 13h00-14h15 | ALMOÇO LIVRE | | |

27 JUNHO 2016 - AUDITÓRIO 2 DO CAMPUS UCP PALMA DE CIMA
INSCRIÇÃO: GRATUITA ESTUDANTE ICS-UCP - 5€ ESTUDANTE - 10€ PROFISSIONAL DE SAÚDE | PÚBLICO GERAL

SITE
<http://jornadasenfermagem.wix.com/vjornadasucp>

Comissão organizadora
Paulina Pereira Sousa (PbD, ICS-UCP Lisboa)
Cláudia Marques (MEd, ICS-UCP Lisboa)
Teresa Z. Estêvão (Estudante de Curso de Licenciatura em Enfermagem do ICS)

POSTERS (COM PUBLICAÇÃO DE RESUMOS EM E-BOOK)
<http://jornadasenfermagem.wix.com/vjornadasucp#fbblank-1/c1rz>

Comissão científica
Clara Baquete Viana (MEd, ICS-UCP Lisboa), Isabel Roberto (PbD, ICS-UCP Lisboa), Sérgio Oliveira (PbD, ICS-UCP Lisboa), Paulina Pereira Sousa (PbD, ICS-UCP Lisboa) e André Chagas (PbD, ICS-UCP Lisboa).

INSCRIÇÃO
<http://jornadasenfermagem.wix.com/vjornadasucp#fbblank/cee5>

Apoios e Patrocínios:





COMISSÕES DO EVENTO

COMISSÃO CIENTÍFICA

Sérgio Deodato (PhD, ICS-UCP Lisboa)
Patrícia Pontífice-Sousa (PhD, ICS-UCP Lisboa)
Zaida Charepe (PhD, ICS-UCP Lisboa)
Isabel Rabiais (PhD, ICS-UCP Lisboa)
Clara Roquette Viana (MSc, ICS-UCP Lisboa)

COMISSÃO ORGANIZADORA

Patrícia Pontífice-Sousa
Cristina Marques-Vieira

Estudantes da Turma 7:

Ana Catarina Antunes
André Bajanca
André Ribeiro Ramos
Andreia Martins
Aracy do Rosário
Carla Silva
Carolina Themudo
Catarina Monteiro
Catarina Oliveira
Diana Subtil
Elenilda Reis
Filipa Borges
Filipa Jerónimo
Francisca Morais-David
Inês Costa
Inês Pombo
Jéssica Silva

Joana Nogueira
Joana Teixeira
Lisete Silva
Maria do Céu Barros
Maria Isabel Câncio
Mariana Gonçalves
Mariana Matias
Mariana Marques
Rita Barreiro
Rita Ferreira
Sandra Gancinho
Sandra Marques
Sara Dias
Sara Roseira
Sofia Rodrigues
Sofia Silva
Sofia Soares
Susana Henriques
Susana Oliveira
Tânia Coelho
Telma Alves



CONFERENCISTAS

Anabela da Graça Mendes

Américo Pereira

Constança Festas

Elsa Gaspar

Fernanda Luís

Filipa Andrade

Harry Gjibels

Henriqueta Figueiredo

Maria João Soares Fernandes

Mário Simões

Matilde Salema

Paulo Seabra

Ricardo Marques

Rory Doody

EDITORES

Cristina Marques-Vieira

Inês Alves da Costa



RESUMOS

CONFERÊNCIAS

CUIDAR EM HUMANITUDE

MÁRIO SIMÕES (PHD, CHUC)

Após a minha preparação técnico-científica a vontade de aplicar a técnica na ajuda ao outro era enorme! Iniciei funções no Serviço de Urgência do Hospital da Universidade de Coimbra (HUC) onde rapidamente senti a inquietação por aumentar o meu conhecimento e melhorar a minha competência.

Ingressei na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica lecionada pela Faculdade de Ciências Humanas nas instalações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, em Braga. Este curso complementava uma forte componente técnico-científica com uma forte componente centrada nas ciências filosóficas e humanas. Complementaridade que me fez sentir nova inquietação, pois... o nosso dever não se esgota na prestação técnico-cientificamente correta, uma vez que ela só será verdadeiramente correta quando equilibrada com a vertente humana. Prestação que a pessoa doente verdadeiramente paga e à qual tem direito e que nós verdadeiramente lhe devemos.

Finda a especialidade e com esta nova inquietação, ingressei num Serviço de Medicina Interna dos HUC como Enfermeiro especialista. Este serviço tinha constantemente muitas pessoas internadas com grande dependência e vulnerabilidade que ocupavam muito do nosso tempo na prestação direta de procedimentos de enfermagem. No entanto, era vivida por nós uma angústia, pois aquando das passagens de turno ao transmitirmos a informação das pessoas ao nosso cuidado aos colegas que iniciavam o turno seguinte, sentíamos frequentemente que, apesar da quantidade de procedimentos prestados em contacto direto com as pessoas doentes, “não tínhamos conseguido estar com elas”, “não tínhamos conseguido equilibrar o técnico com



o humano”. Sentimento que era angustiante, uma vez que no nosso legado teórico e prático da enfermagem, encontramos um vasto campo de conhecimento, sobre humanização de cuidados, construído por diferentes escolas, nomeadamente: a definição de enfermagem (Henderson, 1955) e a teoria do défice de autocuidado de enfermagem (Orem, 1959) da escola das necessidades, o modelo de relação Pessoa-Pessoa (Travelbee, 1964) da escola da interação, o modelo dos Seres humanos unitários (Rogers, 1970) e a teoria do tornar-se humano (Parse, 1981) da escola Ser humano unitário, a teoria da diversidade e da universalidade do cuidar cultural (Leininger, 1978) e a Filosofia e Ciência do Cuidar (Watson, 1979) da escola de cuidar. Contudo, também os estudos de Montezuma de Carvalho publicados em 1996 se referiam à crise do humanismo na enfermagem, pela perda da visão global da pessoa doente, pela instalação da rotina tecnicista ao longo dos anos da ação do enfermeiro com faltas progressivas na comunicação/relação. Nem mesmo os enfermeiros cuidadores de proximidade, conseguiam sempre ficar imunes à tendência de desvalorização do fator humano em função da ditadura da ciência e da técnica. Tendo eu, na altura, a minha responsabilidade e na minha enfermaria, estudantes em ensino clínico de enfermagem médico-cirúrgica enveredei com esta inquietação angustiante para o Mestrado em Filosofia, área Axiologia e Ética, na especialidade Bioética da Faculdade de Filosofia da Católica em Braga e refleti com os estudantes em campo clínico a Humanização de Cuidados de Saúde e Educação Reflexiva em Ensino Clínico com Recurso ao Debate em Grupo ancorado no Método Pedagógico Interativo em Contexto de Ensino Clínico de Carlos Ferreira (2007). Esta graduação permitiu-me alcançar elevado nível de conhecimentos e viver significativas experiências no ensino da clínica, assim como se me declarou uma aprendizagem preciosa para o trabalho que era necessário desenvolver com os profissionais, os nossos colegas, tendo em conta a inquietação e angústia vividas durante a realização dos procedimentos de enfermagem.

O Biólogo, Músico, Filósofo, Teólogo e Geneticista Luís Archer (2002), numa das nossas aulas de mestrado, referiu que tinha saudades de um futuro, de um regresso informado do tecnocosmos à humanidade holística que coloca a técnica ao serviço do humano e não o humano ao serviço da técnica. Esta inquietação crescia em mim de tal forma que a levei comigo para Doutoramento em Enfermagem na procura de uma operacionalidade da humanização dos



cuidados trabalhando junto com os colegas, particularmente motivado pela descoberta da obra de Gineste e Pellissier (2007), “humanitude, comprendre la vieillesse prendre soins dès hommes vieux”. Estes autores desenvolveram a “philosophie de soins”, que nos interrogava sobre o que é uma relação de cuidados entre as pessoas e colocava em relevo o trabalho de Gineste e Marescotti, a partir da filosofia de humanidade de Albert Jacquard, desenvolvida com doentes idosos com demência desde 1975.

Este excerto da minha história pessoal que vos apresentei, caros colegas, tem como objetivo fazer-vos dois pedidos. Primeiro: seja qual for o serviço onde futuramente forem trabalhar, deixem-se inquietar por aquilo que pertencer à nossa área disciplinar, sejam crítico-reflexivos e proactivos, pois só assim contribuirão para o enriquecimento científico da enfermagem e para a melhoria da nossa resposta às pessoas. Segundo: sempre que realizarem uma técnica equilibrem-na com a ética, pois se assim não o fizerem o serviço ao outro é prestado pela metade e portanto também só devem receber metade da remuneração.

Após estes dois pedidos, passo a apresentar o cuidar em humanidade que certamente já conhecerão pelo trabalho já divulgado em Portugal. Abordando o conceito humanidade, o cuidar em humanidade, a sequência estruturada de procedimentos cuidativos humanidade (SEPCH), resultados de estudos realizados e uma conclusão.

Humanitude, palavra escrita pela primeira vez em 1980 pelo Jornalista Chefe de Redação suíço, Freddy Klopfenstein referindo-se a “Inquietude, solitude, habitude: humanitude”.

Em 1986 o Filósofo e Geneticista Albert Jacquard na sua obra “L’héritage de la liberté: de l’animalité à l’humanitude”, elabora uma reflexão crítica sobre a filosofia da humanidade. Todo o ser humano participa de um grande desígnio coletivo, a construção da humanidade. Do ponto de vista filosófico, é a contribuição de todos os homens com a sua diferença para a riqueza do universo e a sua ligação entre si e o mundo numa perspetiva ecológica. O autor reflete sobre a cultura da diferença e as questões da negritude, explicadas por Léopold Senghor e salienta que a humanidade é “a contribuição de todos os Homens, de outrora ou de hoje, para cada homem” (p. 175). Do ponto de vista prático, de acordo com o autor, a humanidade representa o tesouro de compreensões, de emoções e sobretudo de exigências, que existem



graças a nós e que desaparecerá se nós desaparecermos, pelo que, o Homem tem a tarefa de aproveitar esse tesouro já acumulado, continuando a enriquece-lo. Esta perspetiva de Jacquard acerca das oferendas que os homens dão uns aos outros depois de terem consciência de ser e que se podem fazer mutuamente num enriquecimento sem limites, conjuga-se com a ideia central de Archer (2002, p. 8) que propõe o regresso a uma ética da lembrança da humanidade holística, através da triangulação de ciência, tecnocosmos e humanidade, dando valor ao mistério humano enquanto domínio do sagrado. Assim sendo, a humanidade enquanto filosofia e ética, assume um valor teórico e prático no contexto dos cuidados de enfermagem oferecidos em espaços de intimidade, a pessoas doentes vulneráveis e dependentes em condições de respeito e igualdade (Simões, 2005, p. 9).

A obra de Gineste e Marescotti, realizada no contexto dos cuidados e publicada por Gineste e Pellissier em 2007 e traduzida para português em 2008, apresenta-nos o conceito humanidade como um conjunto de técnicas, que utilizam os pilares da humanidade palavra, olhar, toque, sorriso, vestuário e verticalidade, expressas por atos simples da pessoa cuidadora que estimulam estes mesmos pilares na pessoa cuidada, colocando-a numa relação de humanidade que a faz sentir um ser humano. Nesta perspetiva, Margot Phaneuf em 2007 diz que o conceito humanidade se refere a comportamentos e ações simples que vão ao encontro do ser no que ele tem de mais essencialmente humano, os pilares da humanidade, e a sua eficácia advém-lhe da correspondência com o nosso desenvolvimento arcaico.

Neste desenvolvimento percebemos que os pilares da humanidade são os operacionais da rede de relações significativas, que quando integrados com intenção, levam a pessoa a uma dignidade experiencial humana fundamental (Simões, 2005, 2013, 2014; Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2011a). Visão relevante para potenciar a construção da primeira obra do Homem... a sobrevivência e desenvolvimento do próprio Homem (Simões, 2005, 2013, 2014; Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008, 2011b, 2012). Pois, dizer que a dignidade humana está na pessoa, compromete-me no Dever Ser, isto é, num saber que, mas não me apresenta envolvido numa ação de Dever Ser Sendo, ou seja, num saber como. Ação que encontrámos na operacionalização integrada e intencional dos pilares da humanidade do cuidar em humanidade (Gineste & Pellissier, 2007, 2008; Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008).



O cuidar em humanidade é o agir em interação da pessoa cuidadora com a pessoa cuidada, utilizando técnicas justificadas, precisas, minuciosas e intencionais de comunicação (ligação, comunhão) pelos pilares da humanidade através da execução dos procedimentos dos cuidados que potenciem, mantenham ou recuperem os pilares da humanidade, concorrendo para a satisfação das necessidades orgânicas, para o reconhecimento humano, para a personalização e para a realização das pessoas presentes na relação (Gineste & Pellissier, 2007, 2008), devendo ser, fazendo ser e sendo pessoa, isto é, elevando as pessoas, em relação de cuidados, à altura da dignidade humana (Vielva, 2002). Como percebemos, os pilares da humanidade são o foco do cuidar em humanidade.

Estudos realizados em França e no Canadá sobre a prática diária deste cuidar com pessoas dementes, vulneráveis e dependentes, foram demonstrando que:

- Em 15 anos de utilização do cuidar em humanidade, de 1987 a 2002, nenhuma pessoa se tornou imobilizada/acamada (Gineste & Pellissier, 2007, p. 239);
- Em 4 anos de utilização do cuidar em humanidade, de 2005 a 2008, o consumo de neuroléticos diminuiu em 88,50% (Luquel *et al.*, 2010);
- Em 6 meses de estudo, de janeiro a junho de 2009, houve uma diminuição de 46,51% na agitação das pessoas dementes durante os cuidados e 79,67% no aumento do bem-estar dos cuidadores (Luquel *et al.*, 2010);
- Em 15 dias de estudo, de 1 a 15 dezembro de 2009, o bater à porta do quarto dos residentes pelo cuidador, antes de entrar para a realização dos cuidados, e esperar a sua resposta aumentou o número de residentes que respondem e acolhem os cuidadores com um sorriso (Caussignac *et al.*, 2011).

Incentivados e fundamentados neste cuidar em humanidade, e no sentido do contributo para a sua evidência científica, elaboramos e validámos em Portugal a Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH) (Simões, 2013, p. 128-139; Simões, 2014, p. 107-122) base da criação dos instrumentos de gestão racional e objetiva, questionário SEPCH



2009 e grelha de observação SEPCH 2010, com os quais se sabe da aceitação do cuidar em humanidade pelos enfermeiros e se monitoriza a sua implementação.

A SEPCH descreve uma sequência de procedimentos que respeitam a filosofia da humanidade e os seus princípios, os eixos da metodologia de cuidados de Gineste e Marescotti, os pilares da humanidade e assenta nas 4 etapas da captura sensorial propostas por Gineste e Marescotti. É constituída por comportamentos observáveis, realizados pelo cuidador na prestação dos cuidados, seguindo uma sequência estruturada de execução técnica e ética, onde o próprio enfermeiro é a principal tecnologia na instrumentação dos pilares da humanidade nos cuidados, tendo em vista a funcionalidade e a interação humana. Evolui em duas fases (da Aproximação/Sintonia à Consolidação/Proação) prosseguindo cinco etapas (Pré-preliminar Preliminar, Rebouclage Sensorial, Consolidação Emocional e Proação) integrando e combinando técnicas precisas e determinantes para a consolidação emocional e proação.

A dimensão Aproximação/Sintonia é um processo progressivo de construção de relação e cuidado, numa dinâmica de aproximação à linguagem dos sentidos da pessoa, que quando está afetada na sua emoção e cognição, defendendo-se reagindo aos estímulos e às pessoas com agitação/agressão, a relação terapêutica durante os cuidados exige uma sintonia com a memória emocional pela via afetiva, através de linguagens integradas, íntimas e subtis, explicitadas nos pilares da humanidade e integradas no desenvolvimento do procedimento, geradoras de sensação corporal positiva.

A dimensão Consolidação/Proação é uma exposição pessoal da pessoa cuidadora de associação à sensação corporal positiva da pessoa cuidada num processo de valorização da sua experiência e dos seus progressos, assegurando o compromisso na continuidade de cuidados.

Resultados da realização do primeiro estudo empírico em Portugal (Simões, 2013). No estudo inicial descritivo, onde os enfermeiros da Região Centro não só atribuíram grande importância a estes procedimentos (81,81%) como percecionavam que os aplicavam na sua prática de cuidados (73,04%), houve aceitação do cuidar em humanidade, não tendo sido manifestada rejeição de nenhum procedimento. No estudo consequente, para a implementação do cuidar em humanidade numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)



envolvendo os atores aos vários níveis, num projeto de investigação ação, observámos que havia desvio entre prática percebida (77,83% de importância atribuída e 69,79% percepção de realização) e prática efetiva (20,77%). A SEPCH apresenta um conjunto de valores preferências perfilhados pelos enfermeiros, no entanto a observação dirigida à sua prestação de cuidados não evidenciou os comportamentos cuidativos explicitados pela SEPCH, nem a sua forma sequencial estruturada.

A implementação da SEPCH na equipa de enfermagem da UCCI aumentou a evidência destes comportamentos observáveis na prestação de cuidados de 20,77% para 88,89%. Este aumento na evidência da SEPCH nos comportamentos cuidativos dos enfermeiros foi acompanhado por uma efetividade nos estados das pessoas doentes, nomeadamente por um ganho de diminuição de 70% nos estados de agitação durante os cuidados e aumento de colaboração das pessoas doentes com os cuidadores, que permitiu evoluir da realização das *toilettes* no leito ou em maca duche para a realização em cadeira sanitária com períodos de pé, que se traduziu num ganho de 33,33% na verticalidade. Os enfermeiros revelaram também que esta mudança nas suas práticas (ex. cuidados mais atentos, mais ternos, mais próximos, mais pormenorizados; explicam mais o que vão fazer; pedem consentimento e respeitam a decisão; gestos mais suaves, menos em força; mobilizam menos com força; solicitam mais a participação da pessoa doente; estimulam a pessoa; promovem a interação e a criar um laço, uma relação mais significativa; dão tempo para fazerem os gestos e para comunicarem; identificam as partes do corpo, anunciam e descrevem os gestos) leva a efeitos na pessoa doente (ex melhoria do seu estado: mais relaxada; mais atenta; mais desperta; mais ativa; mais metida comigo; menos contraída; menos rígida; menos tendência a agarrar. Colaboração nos cuidados: mais colaborativa; mais envolvida. Satisfação/agrado/feliz: pelos cuidados recebidos; pelos movimentos e sentir-se em função; por ter uma decisão a tomar e opções), leva a efeitos na pessoa cuidadora (ex senti-me mais tranquila, em paz e próxima da pessoa doente) e leva a efeitos no ambiente cuidativo (ex mais relaxado e integrado) que promovem a satisfação dos cuidadores (ex pela observação dos efeitos positivos no estado do doente; por cuidados mais fáceis; por verem o seu trabalho reconhecido; por um ambiente mais sereno e mais calmo) que os motiva a retroalimentarem esta mudança nas suas práticas.



Concluindo, o cuidar em humanidade tem-se demonstrado preditor da restituição, manutenção e/ou potenciação dos pilares da humanidade nas pessoas doentes dependentes com imobilidade no leito, sinais de agitação patológica, recusa aos cuidados e degradação física e mental progressiva.

A investigação atual e futura dos procedimentos SEPCH, permitirá compreender quais os complexos mecanismos que explicam porque estes procedimentos produzem as consequências positivas pretendidas nas pessoas doentes dependentes e vulneráveis... e da sua restituição à dignidade humana.

Neste âmbito: a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra tem em realização um projeto de integração do cuidar em humanidade no Curso de Licenciatura em Enfermagem com investigação a decorrer em Ensino Clínico integrada na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde domínio Enfermagem; o Instituto Gineste e Marescotti Portugal tem implementado o cuidar em humanidade em várias instituições portuguesas de cuidados. Nomeadamente numa delas, em Lisboa, o Centro Social Paroquial de São Jorge de Arroios, o seu diretor técnico, Dr. Pedro Cardoso, levou a dissertação de mestrado na Faculdade de Ciências Humanas da Católica, a (Re)Estruturação da resposta de Centro de Dia para Unidade de Humanidade, onde pertenci ao júri de provas de mestrado como arguente principal, sendo atualmente Unidade de Humanidade e onde decorre a sua tese de doutoramento; no Japão onde está atualmente Yves Gineste a trabalhar na Universidade de Tóquio com investigadores da Faculdade de Inteligência Artificial que analisam a realização do cuidar em humanidade e com investigadores da Faculdade de Medicina que identificam os efeitos desta forma de cuidar as pessoas doentes. Este trabalho trará resultados na investigação descritiva e explicativa e dará a perceber o alcance da investigação *preditora ou inibidora e prescritiva do cuidar em humanidade*.

Terminando caríssimos colegas, sublinho duas perspetivas dos efeitos do cuidar em humanidade. Nas pessoas doentes há efeitos de aceitação dos cuidados, diminuição da ansiedade e da agitação motora, autonomia de movimentos, comunicação com os cuidadores e verticalidade. Nas pessoas cuidadoras: recordam-se do sentimento de que vos falei de quando trabalhava no Serviço de Medicina Interna? Pois bem, nas instituições onde tem sido



implementado o cuidar em humanidade têm-se replicado efeitos de aumento de satisfação, de bem-estar e sentimento de autoeficácia do cuidador com diminuição do burnout e do absentismo. E com uma característica interessante e muito útil para a sustentabilidade das instituições, pois têm-se verificado estas melhorias nas instituições com os mesmos recursos e as mesmas condições que tinham antes de ser implementado o cuidar em humanidade.

Bem-hajam!

Referências

Archer, L. (2002). *Profecias do gene ético: confronto entre tecnocosmos e humanidade*. Cadernos De Bioética. Ano XII, Nº 30, Coimbra: Gráfica De Coimbra.

Carvalho, M. (1996). *A Enfermagem e o humanismo*. Loures: Lusociência.

Caussignac, I. et al. (2011). *La quinzaine du «toc toc» à marcols les eaux*. France. Disponível em: [Http://Www.Igm-Formation.Net/Index.Php?Option=Com_Content&Task=View&Id=242&Itemid=81](http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=242&Itemid=81)

Ferreira, C. M. S. F. (2007). *Validação de um método pedagógico interativo em contexto de ensino clínico*. Évora: Universidade de Évora. Tese De Doutoramento.

Gineste, Y. & Pellissier, J. (2007). *Humanitude, comprendre la vieillesse prendre soin des hommes vieux*. Paris: Armand Colin.

Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanitude, comprendre a velhice, cuidar dos homens velhos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Henderson, V. (2004). Definição de Enfermagem. In: Tomey, A. & Alligood. M. *Teóricas De Enfermagem e sua obra (Modelos E Teorias De Enfermagem)*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. p. 111-126.

Jacquard, A. (1986). *L'Héritage de la liberté: De L'animalité à l'humanité*. Paris: Éditions Seuil.

Jacquard, A. (1988). *A herança da liberdade da animalidade á humanidade*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, Lda.

Klopfenstein, F. (1980). *Humanitude*. Genebra: Ed. Labor et fides.

Leininger, M. (2004). Cuidar cultural, teoria da diversidade e da universalidade. In: Tomey. A. & Alligood. M. *Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. p. 563-592.

Luquel, L. et al. (2010). *Diminution sensible de la consommation des neuroleptiques avec l'approche dite «humanité» à l'hôpital gériatrique de ballainvilliers dans l'essonne*. 9ème Congrès International Francophone, 30ème Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie. 19-21 Octobre 2010 Nice, Acropolis, France. Disponível em: [Http://Www.Agevillage.Com/Actualite-5405-1-Diminutionsensible-De-La-Consommation-Des-Euroleptiques-Avec-L-Approche-Dite-Humanitude-A-Lhopital-Geriatrique-De-Ballainvilliers-Dans-L- Ssonne.Html](http://www.agevillage.com/actualite-5405-1-diminutionsensible-de-la-consommation-des-neuroleptiques-avec-l-approche-dite-humanitude-a-l-hopital-geriatrique-de-ballainvilliers-dans-l-essonne.html).



Orem, D. (2004). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In Tomey., A. & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. p. 211-236.

Parse, R. (2004). Tornar-se Humano. In Tomey., A. & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. p. 53-628.

Phaneuf, M. (2007). *Le concept d'humanité: une application aux soins infirmiers généraux*. Disponível em: [Http://Pagesperso-Orange.Fr/Cec-Formation.Net/Phaneuf.Pdf](http://Pagesperso-Orange.Fr/Cec-Formation.Net/Phaneuf.Pdf)

Rogers, M. (2004). Seres humanos unitários. In Tomey., A. & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. p. 253-278.

Simões, M. M. M. (2014). *Cuidar humanidade, enfermagem neurorelacional*. Coimbra: Edição De Autor.

Simões, M. M. M., Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(7). Coimbra. Esenfc: 97-105.

Simões, M. M. M., Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2011a). Humanidade, ligação interpessoal de relação e cuidado. *Revista Portuguesa De Bioética, Cadernos De Bioética*. 56(14):213-225.

Simões, M. M. M., Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2011b). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de cuidados de humanidade Gineste-Marescotti®. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(4):69-79.

Simões, M. M. M., Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2012). Cuidar em humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(6):80-93.

Simões, M. M. M. (2005). *Humanização de cuidados de saúde e educação reflexiva em ensino clínico com recurso ao debate em grupo*. Braga: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado.

Simões, M. M. M. (2013). *Cuidar em humanidade, método de Gineste e Marescotti aplicado a pessoas internadas em cuidados continuados*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese De Doutoramento.

Travelbee, J. (2004). Modelo de relação pessoa-a-pessoa. In Tomey., A. & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. p. 467-480.

Vielva, J. A. (2002). *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer, S.A.

Watson, J. (2004). Filosofia e ciência do cuidar. In Tomey., A. & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. p. 163-184.



A PESSOA NO CONTEXTO MULTICULTURAL

AMÉRICO PEREIRA (PHD, FCH-UCP)

Foram precisos muitos anos de sofrimento e de reflexão para que a humanidade fosse capaz de forjar uma noção de pessoa que coincidissem com isso que define o ser do que cada um de nós é, independentemente de tempo, local, particularidades culturais.

A noção de pessoa é especial, pois, sendo, como toda a restante produção humana, cultura, em seu sentido mais profundo e forte, precisamente porque universal, é a única produção humana que verdadeiramente transcende a cultura como algo de sempre situado, afirmando, como afirma, uma realidade que ultrapassa toda a tópica cultural, histórica e de poder temporal. A noção de pessoa, no sentido aqui trabalhado, não se identifica com isso que qualquer cultura, de entre os muitos milhares que já existiram, considera ser a sua definição de humanidade.

Estas definições foram sempre uma forma negativa de definir o próprio humano. Tecnicamente designam-se como «etnocêntricas» e, como tal, negam a noção de pessoa, que é necessariamente algo de aplicável ao universo dos seres humanos de sempre, sem qualquer restrição possível. Podemos, então, perceber que a questão da multiculturalidade é tão antiga quanto a própria humanidade e que as grandes questões que hodiernamente se apresentam são paradigmaticamente as mesmas de sempre: que é esta «coisa» que se me depara e que tem aspeto humano? Eis a grande questão que sempre se pôs e que continua a pôr-se hoje e se porá enquanto existir algo como a humanidade.

A diferença própria dos dias que vivemos consiste não na essência ou substância da questão, isto é, da existência de uma multiculturalidade, mas na sua dimensão e complexidade. No entanto, os princípios a respeitar são os mesmos: só há uma humanidade – Gilgamesh, Job, Moisés, Tutankamon, Penélope, Antígona, Sócrates, todos são seres humanos, todos semelhantemente humanos em suas diferenças próprias, todos com a mesma dignidade humana fundamental. Nenhum mais ou menos humano do que o outro. Estas figuras são modelos para a compreensão do que está em causa: nas suas culturas, mas sempre para além



das suas culturas, todos os seres humanos são irredutivelmente pessoas, todos têm como intrinsecamente próprio o direito à vida e, nesta, o direito a poder ser o melhor que lhes é possível, no seio de uma humanidade que toda goza de tais mesmos direitos.

São estes os grandes direitos da pessoa, que fundamentam todos os outros, de que todos os outros, em absoluto, dependem, com o respeito pelos quais a humanidade pode não apenas ter futuro, mas ter um futuro digno de pessoas, não de bestas; sem o respeito pelos quais a humanidade se autocondena ou a um futuro de bestialidade ou a futuro nenhum.



CHINESES: TÃO PERTO E TÃO LONGE

FERNANDA LUÍS (MSN, HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER)

Tem-se assistido nas últimas décadas, a um maior entendimento da dimensão cultural, como uma componente da vida humana e a uma nova sensibilidade para cuidar, tendo em consideração as heranças sócio culturais dos indivíduos.

A área da saúde é particularmente sensível à diversidade multicultural, sentindo as instituições de saúde, necessidade de adequarem respostas a uma população de características heterogéneas (Lopes, 2009). De facto, recorrem às unidades de saúde, indivíduos e famílias com valores, crenças, costumes, formas de vestir, hábitos alimentares particulares, características por vezes desconhecidos ou até mal entendidas e interpretadas por parte dos profissionais de saúde.

A enfermagem tem procurado o desenvolvimento do conhecimento científico e humano, no sentido de oferecer “ajuda real” ao cliente. Está consciente de que o homem não é simplesmente um organismo biofísico e que de entre as dimensões que o caracterizam, se destaca a dimensão cultural.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros definiu a “prestação de cuidados culturalmente sensíveis”, como uma competência do enfermeiro de cuidados gerais em Portugal, sendo que essa sensibilidade à cultura do outro supõe, por um lado, que “(...) respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos (...)”, mas também, e fundamentalmente, “(...) reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados (...)” (OE, 2004).

Portugal acolhe indivíduos provenientes dos mais diversos locais do mundo, especialmente para integrar o mercado de trabalho. Esta situação tem um impacto considerável nas estruturas demográficas e sociais da população. São principalmente os grandes centros populacionais, com destaque para Lisboa e os concelhos próximos, os que acolhem uma maior diversidade.



A comunidade chinesa tem vindo a aumentar significativamente em número de residentes. No período 1995-2007 cresceu quase cinco vezes, sendo a nona comunidade com mais peso de população ativa (INE, 2011). Em 2016, os chineses, são já o quinto grupo cultural mais representativo e o que mais cresceu nos últimos anos (SEF, 2015).

No entanto, mesmo sendo desde há décadas, uma comunidade de imigrantes com presença significativa no nosso país, dos chineses, acerca dos seus hábitos de vida, costumes e práticas, nomeadamente relacionados com a saúde e a doença, pouco se sabe. Percebemos que procuram viver “discretamente”, quer seja nas grandes cidades, ou nos locais mais isolados do país. O não domínio da língua portuguesa, parece ser o maior entrave ao relacionamento com as pessoas fora da sua comunidade. O espírito de entreajuda dentro do seu grupo étnico, faz com que, para além do contato profissional (na restauração, comércio), não tenham necessidade de se relacionar com o exterior.

Segundo Meleis, as pessoas ao longo da sua vida experienciam diversas transições vivenciais, como por exemplo a migração, as quais nem sempre são acompanhadas de processos de adaptação. Torna-se então fundamental conhecer os contextos pessoais e ambientais que condicionam a transição, uma vez que estes contextos influenciam as percepções e os significados atribuídos às diferentes situações de vida, incluindo os de saúde (Meleis 2004, citado por Abreu 2008).

Ao contrário de outros grupos étnicos (por exemplo africanos, ciganos), os trabalhos de investigação sobre os chineses, principalmente sobre questões de saúde/doença, são reduzidos.

No sentido de identificar práticas, nomeadamente no que respeita à amamentação, alimentação da criança, educação, acesso a cuidados de saúde, estilos de vida, religião, morte, comunicação e com o objetivo de contribuir para melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao utente pediátrico da comunidade chinesa, foi realizada uma breve abordagem e intervenção, no contexto dos estágios no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.



No estágio de cuidados de saúde primários realizado no Centro de Saúde de Almada-ACES da península de Setúbal (junho/julho 2009), foi realizada uma entrevista semiestruturada a duas utentes chinesas e elaborado e implementado um folheto sobre “Reações adversas das vacinas” escrito em Mandarim. No estágio de Neonatologia, realizado na Unidade de Cuidados ao Recém-nascido, do Hospital Conde S. Januário em Macau (outubro de 2009) e dado o problema do não conhecimento da língua local (Cantonês), optou-se por se realizar entrevistas a profissionais de saúde portugueses (médicos e enfermeiros), todos a trabalhar em Macau to há mais de 10 anos.

O resultado deste trabalho, é descrito no respetivo relatório de estágio, apresentado e discutido, para a obtenção do grau de Mestre.

Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao utente de outra cultura, nomeadamente da cultura chinesa, passa não só pelo conhecimento das diferenças e semelhanças entre as culturas, mas também, do desenvolvimento nas dinâmicas das instituições de saúde, de formas permanentes de integrarem estes conhecimentos culturais nos processos de cuidados tendo em atenção não só a vida mas também o sentido dado “pelo outro” à vida. Este é o desafio que a diversidade cultural coloca às unidades de saúde e respectivos profissionais.

Referências:

Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.

Vários. (2009). *China, tradição e modernidade*. Círculo de Leitores.

Editor (1995). Cuidar de famílias de diferentes culturas. Arte de encontros. *Revista Servir*. 43(3): p.:130-133.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *População Estrangeira em Portugal. Destaque – informação à comunidade civil*. Disponível em: http://www.inec.pt/inec/inec2011/inec2011_03.pdf

Machado, M. C. (2009). Globalização, multiculturalidade e saúde. In LOPES, J. C. R. et al. *Multiculturalidade. Perspectivas da enfermagem. Contributos para melhor cuidar*. Loures: Lusociência. p. 47-54.



Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*. (10): 49-56.

Serviços de Estrangeiros e Fronteiras (2015). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo*. Disponível em: http://www.Sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2015.

A VIVÊNCIA DA DOENÇA CRÓNICA: IMPACTO NA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA



ANABELA MENDES (PhD, MNSc, RN, Professora Adjunta na ESEL)

Esta apresentação teve como objetivos analisar o modo como a vivência da doença crónica se revela no cliente pessoa idosa e família na qual se insere; perceber porque se tornam clientes de enfermagem; e qual a intencionalidade da intervenção terapêutica de enfermagem. Esta análise teve como recursos a teoria das transições de Afaf Meleis, a Teoria do défice de autocuidado de enfermagem de Dorothea de Orem e o Modelo de Calgary de avaliação da família.

Num registo de vivência de múltiplas transições, a pessoa idosa experimenta as mudanças associadas ao ciclo de vida, enquanto transição de desenvolvimento, mas de modo simultâneo a possibilidade acrescida de transição saúde-doença, decorrente das situações de alteração do seu estado de saúde e bem-estar que a visitam. Refere o observatório europeu de sistemas e políticas de saúde (2010) que as doenças crónicas aumentam significativamente os problemas de saúde e a necessidade de resposta em cuidados, o que implica uma necessidade de adaptação dos profissionais e dos sistemas de saúde, com mais qualificação e disponibilidade. Importa fazer um diagnóstico claro da situação e perceber sustentadamente as intervenções terapêuticas de enfermagem que subsidiam (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) a pessoa idosa, neste percurso, especificamente que intervenções a capacitam para as mudanças significativas encontradas no quotidiano. Reconhece-se que interessa delimitar, na individualidade de cada vivência os acontecimentos que a pessoa reconhece como relevantes, ou que se identificam como significativos (Mendes, 2015, 2016a), garantindo particularmente o alívio da exaustão decorrente da cronicidade. Numa matriz de avaliação de dinâmicas de vida quotidiana, considera-se pertinente trabalhar igualmente a família na qual esta pessoa idosa se insere (Mendes, Bastos, & Paiva, 2010) (Mendes, 2014). Sabendo-se que face ao compromisso de saúde, o foco é a pessoa doente (Mendes, 2014a), importa um acompanhamento efetivo dos membros da sua família que convivem diretamente com a situação de ter um dos seus doentes e que assumem de modo imediato ou posterior o papel de cuidador familiar (Pereira, 2011; Mendes, 2014). A transição saúde-doença,



nomeadamente de doença crónica, tem consequências significativas no quotidiano da pessoa idosa doente e família, revelando-se determinante na qualidade de vida e bem-estar, com repercussões significativas na funcionalidade da família.

Aos enfermeiros “...interessa particularmente o modo como podem facilitar as transições para aumentar a sensação de bem-estar...” (Meleis & Trangenstein, 1994, p. 257). No percurso de doença, em que se identificam e delimitam limitações no *status* funcional (Doran, 2011) e cognitivo, o exercício da equipa de cuidados pode ser essencial, indo da reeducação ao suporte parcial ou totalmente compensatório (Orem, 1985), tendo o enfermeiro que “...garantir que esta possa desenvolver as suas potencialidades e assumir o seu papel no processo de adaptação/recuperação”, tal como determina o Artigo 89.º, da humanização dos cuidados, do Código Deontológico do Enfermeiro. Numa perspetiva de cliente e contexto de cuidados, constata-se que o trabalho de proximidade com a família a capacita e pode contribuir decisivamente para o bem-estar emocional e físico da pessoa doente (Mendes, 2015). Sabe-se que a presença efetiva ou considerada da família, no âmbito dos cuidados, é sentida pela pessoa doente, referindo-se que a possibilidade de se sentir acompanhada subsidia a sua esperança, a sua confiança, capacitando-a (Swanson, 1991; Engström, Uusitaloa, & Engström, 2011; Pereira, 2011). Emergem assim, clientes diferentes mas interdependentes, designadamente a pessoa doente e a família na qual se insere. Estes clientes encontram os enfermeiros no processo terapêutico nomeadamente na capacitação da pessoa doente – exercício de autocuidado e ganho de confiança; no ajustamento da família à assunção do papel de cuidador familiar; na definição de papéis – construção de um plano de cuidados integrador; na transmissão de informação – facilitando a construção de estratégias e a organização familiar, no domínio da gestão de sintomas; na possibilidade de expressar as suas dúvidas, a vulnerabilidade encontrada e o isolamento social experimentado (Mendes & Sousa, 2014).

A intervenção de enfermagem considera a experiência da família ao longo do tempo e o tempo de experiência na situação; o contexto cultural da família e o seu projeto de vida; as relações entre os membros da família assim como a singularidade de cada um; e os recursos da família e dos seus membros individualmente (Lopes, 2005; Doran, 2011; Henriques, 2011; Figueiredo, 2012; Mendes, 2015). Deseja-se que encontrem conforto e bem-estar (Pontífice-



Sousa, 2014) e se permitam funcionar como família face às adversidades experimentadas, no sentido de ultrapassar as limitações, utilizar o potencial individual e coletivo e adquirir e desenvolver competências.

Importa claramente, num registo de transição saúde-doença crónica definir o “cliente” alvo de atenção; identificar a razão de ser cliente de enfermagem; planear intervenções de enfermagem que respondam a diagnósticos claros e respeitem os recursos humanos existentes; sustentar a tomada de decisão num quadro teórico consistente, na evidência científica produzida e nas normas deontológicas e leis que regem a profissão. Implica necessariamente revisitar intencionalmente o exercício clínico produzido (Mendes, 2016), a tomada de decisão e os recursos pessoais, no sentido de produzir respostas efetivas e congruentes face às necessidades das pessoas.

Referências:

- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes. The state of the science*. Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- Engström, B., Uusitalo, A. & Engström, A. (2011). Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and critical care nursing*, (27):1-9.
- European observatory on health systems and policies. (2010). *Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges*. Copenhagen.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Henriques, A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Lopes, M. (2005). *Os utentes e os enfermeiros: construção de uma relação*. Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transition: Redefinition of Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42:255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23(1):12-28).
- Mendes, A. (2014). *The meaning of the pain experience in the family context: Allowance for a nursing therapeutic intervention*. In 6th SIMPAR Meeting - Study in Multidisciplinary Pain Research. 27 a 29 de Março. In FP - Fighting pain. Combattere il dolore. Roma.



Mendes, A. (2014a). *The older people and the experience of pain: impact on self-care, self-esteem and quality of life*. . In 6th SIMPAR Meeting - Study in Multidisciplinary Pain Research. 27 a 29 de Março. In FP - Fighting pain. Combattere il dolore. Roma. 4

Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos: Desalojar o desassossego que vive em si*. Lisboa: Lusodidacta.

Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1): 1-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>.

Mendes, A. (2016a). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: a experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto Contexto Enferm*, pp. 5(1): 2-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>.

Mendes, A. & Sousa, P. (2014). Subsidiar a pessoa doente e família no quotidiano de cronicidade: Contributos de uma revisão sistemática da literatura. *Revista Nursing*. Disponível em: <http://www.nursing.pt/subsidiar-a-pessoa-doente-e-familia-no-quotidiano-de-cronicidade-contributos-deuma-revisao-sistemica-da-literatura/>.

Mendes, A., Bastos, F. & Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2): 7-16.

Orem, D. (1985). *Nursing concepts of practice* (3th ed. ed.). St. Louis: Mosby Year Book Inc.

Pereira, I. (2011). *Do hospital para casa: Estrutura da ação de enfermagem. Uma teoria de médio alcance*. Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa.

Pontífice-Sousa, P. (2014). *O Conforto da Pessoa Idosa*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of care. *Nursing research*, 3:161-166.



DINÂMICA ESCOLA-MEIO: PARCERIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

FILIPA ANDRADE (MSN) E JUDITE VAZ (MSN)

DOCENTES NA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA, UCP

O projeto dinâmica escola - meio: parceria para a promoção da saúde teve como premissa a mudança do paradigma da aquisição de conhecimentos para o desenvolvimento de capacidades e atitudes da pessoa pois grande parte do conhecimento adquirido se torna rapidamente desatualizado.

Portugal está em consonância com o referido, pois o Plano Nacional de saúde 2011-2016, refere que as organizações são responsáveis por um desempenho global e equitativo, pela capacidade de resposta, envolvimento do cidadão, da sociedade civil e do seu desenvolvimento contínuo.

O mesmo plano, em conformidade com o anterior, parte da verificação de um aumento dos comportamentos de risco dos jovens, nomeadamente aumento de sedentarismo; desequilíbrios nutricionais, condutas violentas; aumento da morbidade e mortalidade por acidentes; maternidade e paternidade precoce, comportamentos potencialmente aditivos (álcool, tabaco e drogas). Menciona ainda que a maximização dos ganhos em saúde, se consegue através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os atores, com foco na cidadania, equidade e acesso, políticas de saudáveis e qualidade.

O Sistema Nacional Educativo, também refere que a preparação para a vida futura, deve centrar-nos, tal como refere o artigo 2º da “Lei de Bases do Sistema Educativo” (Lei Nº 46/86, de 14 de Outubro, com as alterações introduzidas pela Lei Nº 115/97, de 19 de Setembro e pela Lei nº 49/2005 de 30 de agosto), numa relação pedagógica humana, aberta, dinâmica, incentivadora do trabalho e partilha de experiências, que promova o desenvolvimento do espírito democrático, pluralista e solidário, da responsabilidade, da autonomia e da consciência crítica, que torna o estudante capaz de trabalhar com e para o outro.



O relatório nacional do desenvolvimento da educação em Portugal resultante do compromisso assumido pelo Governo no âmbito da estratégia de Lisboa e da declaração de Bolonha, salienta que “Formar cidadãos competentes é missão fundamental de hoje, pelo que é necessário assegurar uma educação conjugada e que consolide as finalidades do aprender a viver juntos, aprender a estar, do aprender a conhecer, do aprender a fazer, do aprender a ser, do aprender a pensar e a aprofundarem autonomamente os saberes e competências” (Portugal, 2004, p. 5).

Os estatutos da Universidade Católica estão em conformidade com o anteriormente mencionado pois no artigo 3 da alínea g, refere a realização de atividades de extensão universitária. Foi com base nestes pressupostos que a unidade de ensino de enfermagem de Lisboa se encontra em curso com o projeto de extensão à comunidade - dinâmica escola-meio: parceria para a promoção da saúde. A elaboração deste projeto teve em atenção na definição dos objetivos três intervenientes: os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, os estudantes do secundário e a UCP.

Objetivos:

- 1 - Contribuir para a promoção da saúde do jovem adolescente através do serviço de extensão à comunidade;
- 2 - Desenvolver nos estudantes de enfermagem um papel de ator pró ativo e interveniente na comunidade, com vista à promoção da cidadania e empreendedorismo;
- 3 - Promover a visibilidade externa da Unidade de Ensino de Enfermagem de Lisboa do ICS/UCP.

Este projeto consiste numa parceria com escolas secundárias. A seleção das escolas surgiu do interesse demonstrado pelas mesmas no projeto, após uma reunião. Foram convidadas para a reunião, 56 escolas (públicas e privadas) da área de Lisboa. Destas compareceram 12 das quais seis demonstraram interesse nesta parceria. As atividades desenvolvidas nas escolas consistiram em ações de educação para a saúde, cujos temas foram identificadas pelos professores responsáveis pelos programas de educação para saúde como



áreas prioritárias de intervenção (promoção de uma sexualidade responsável, promoção de uma alimentação saudável e prevenção de consumos de substâncias psicoativas).

Foram realizadas até ao momento 205 sessões a 4.489 alunos por grupos de estudantes do 4 ano, do curso de licenciatura em enfermagem, no âmbito de ensino clínico.

O projeto teve várias fases. A primeira fase consistiu na apresentação de um único tema que incidiu sobre a prevenção de consumos de substâncias psicoativas, nas seis escolas mas só numa ou duas turmas. Na segunda fase foram realizadas 53 sessões em 6 escolas sobre os três temas identificados anteriormente como as áreas prioritárias. Na terceira fase (que é a fase em que se encontra o projeto), realizou-se sessões a praticamente todas as turmas do secundário das escolas que se mantêm parceiras. A avaliação do projeto baseou-se na análise de dois questionários e da reflexão individual pedida no relatório de atividades de ensino clínico. Estes dados foram tratados por análise descritiva e análise temática de conteúdo. Os questionários foram aplicados de forma anónima aos estudantes quer do ensino secundário quer do curso de licenciatura em enfermagem (CLE).

Como resultados verificou-se que estas sessões contribuíram para a promoção da saúde dos jovens uma vez que 90% referiu o tema como tendo sido muito importante e importante, 90% referiu que as sessões os motivaram a querer saber mais sobre os temas apresentados e 70% referiu querer refletir ainda sobre os temas com amigos, familiares e outros.

Ao ter sido realizado uma questão aberta verificou-se que os estudantes além dos conhecimentos adquiridos, consideraram ter sido muito importante a metodologia e a comunicação entre formandos e formadores uma vez que privilegiou o contato com os jovens em idades próximas.

A análise das respostas dadas pelos estudantes do CLE mostrou que este projeto contribuiu para o desenvolvimento das competências do saber, saber fazer e saber ser. No que se refere à “competência saber”, verificou-se que os estudantes conseguiram atingir estes processos cognitivos uma vez que referiram ter “aprofundado conhecimentos” nas várias temáticas abordadas. Contudo, deve existir a preocupação de despertar no estudante, não só estes processos em si, como o desejo de desenvolvê-los, a sede de conhecimento, a vontade de querer saber mais e melhor, a capacidade de construir as suas próprias opiniões e o seu próprio pensamento crítico que se encontra expressa nas seguintes asserções: “Perceber a



importância da educação para a saúde em meio escolar” e “Desenvolvimento do sentido crítico”.

“Competência saber fazer”, consiste em aplicar na prática, os conhecimentos teóricos em diversas experiências. Verificou-se esta aquisição através das asserções: “Adaptar o conhecimento adquirido aos diversos grupos de alunos de diversas idades” e o “Desenvolvimento de competências ao nível da promoção da saúde escolar”.

Nesta aprendizagem faz parte a competência da comunicação, valorizada pelos nossos estudantes nas asserções: “Desenvolvimento da comunicação” e “ Experiência diferente, que permitiu adequar estratégias consoante cada grupo”.

A unidade de contexto “aprender a viver com os outros” atua no campo das atitudes e valores.

Aprender a viver com os outros foi o mais valorizado pelo grupo de estudante, porque os estudantes deram importância à “Relação estabelecida entre formandos e formadores”.

Em relação à competência saber ser, foi a que apresentou menos unidades de enumeração, indo ao acordo do esperado, uma vez que esta corresponde ao desenvolvimento global do estudante, à aprendizagem de valores e atitudes sendo estes mais difíceis de alcançar e dependendo do desenvolvimento dos outros dois domínios de aprendizagem (saber e saber fazer). Pressupõe-se que o desenvolvimento global do estudante tenha como finalidade agir com cada vez maior autonomia, discernimento e responsabilidade. Este projeto contribuiu para o mesmo quando se verificou que alguns estudantes referiram que contribuiu para o “Crescimento e desenvolvimento profissional”.

O saber ser deve constituir-se como um guia explícito dos valores de enfermagem, expressando-se na forma de ser e estar na profissão (KÉROUAC *et al.*, 1996). Apesar de se considerar de difícil aquisição e não atingível num só momento, houve estudantes para quem esta prática foi importante porque o conduziu à reflexão do ser enfermeiro e das suas práticas ao terem verbalizado que “A reflexão desta temática e a sua prática proporciona no futuro intervir de forma mais elaborada e correta”. Apesar de não ser a Unidade de registo mais valorizada pelos estudantes, destaca-se: “Perceber a importância da enfermagem na promoção/educação para a saúde” porque considera-se que os estudantes já integraram e assumem os valores da profissão.



Como conclusão pode-se referir que este projeto é uma mais-valia, pois as atividades que lhe estão inerentes dão contributos para o ensino, prestação de serviços, investigação e visibilidade da unidade de ensino de enfermagem. Ensino pois estas sessões são um contributo para o desenvolvimento integral dos alunos, prestação de serviços à comunidade pois as sessões de educação para a saúde realizadas são um ato de enfermagem e investigação através da avaliação das sessões quer dos estudantes das escolas, quer dos estudantes da UCP o qual permite realizar trabalhos de investigação. Visibilidade da unidade de ensino de enfermagem da UCP não só pela presença efetiva dos professores e estudantes nas respetivas escolas mas, por ter contribuído para o desenvolvimento integral dos alunos assente no alicerce dos valores humanos e cristãos pela UCP.

Referências:

- Andrade, F., Vaz, J. & Vidal, T. (2013). Projeto dinâmica escola meio: parceria para a promoção da saúde. Trabalho apresentado em jornadas internacionais de enfermagem comunitária, in livro de resumos, Porto: ESEP.
- Assembleia da República (2005). Lei n.º 49/2005. D.R. i série i-a. 30-08. Pp. 5122-5138.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Delors, J. et al. (1998). *Educação um tesouro a descobrir: relatório para a unesco da comissão internacional sobre educação para o século XXI*. São Paulo: Cortez Editora.
- Kérouac, S. et al. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S. A.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: ordem dos enfermeiros.
- Ministério da saúde (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. [Lisboa]: [Direcção-Geral De Saúde].
- Ministério da ciência da inovação e do ensino superior (2004). *Desenvolvimento da educação em Portugal – Ensino superior: relatório nacional 2004-*.Volume II. [Lisboa]: DGES.
- Universidade Católica Portuguesa (2006). *Estatutos da Universidade Católica Portuguesa*. Disponível em: [Http://www.ucp.pt/site/resources/documents/reitoria/estatutos%20ucp.pdf](http://www.ucp.pt/site/resources/documents/reitoria/estatutos%20ucp.pdf)



CUIDAR NA COMUNIDADE: A REALIDADE DO PARADIGMA

PAULO SEABRA (PHD, DOCENTE NA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA-UCP)

O debater com os olhos no futuro o “cuidar na comunidade” importa começar no passado, olhar presente e projetar o futuro mas, importa, começar por pensar porque é este ainda hoje um desafio a ser vencido. De alguma forma, considero que esta temática, neste seminário, surge pela inquietação, que muitos temos, face às respostas que conhecemos. É este um desafio “a ser vencido” porque ele já é emergente há algumas décadas. Ele já emergiu da sensibilidade e da investigação de muitos profissionais e investigadores, já foi debatido em inúmeros organismos de referência quer internacionais quer nacionais, já foram elaboradas orientações para boas práticas e, ao longo dos anos, em relação aos cuidar em saúde mental vão se somando as recomendações para “cuidar na comunidade”. Daí surgir no título desta minha participação o termo “paradigma”, é este o paradigma atual, “cuidar na comunidade”, para promover a saúde mental, para prevenir a doença, para cuidar e para reabilitar pessoas com alterações da sua saúde mental de modo a adquirirem ou a estarem mais perto do conceito de “Saúde”.

Vou voltar a questão: Porque é hoje ainda um desafio a ser vencido? Não vou fazer uma retrospectiva histórica exaustiva mas recordo que pelo menos uma das conferências mais celebres da história da reflexão sobre os cuidados de saúde, a conferência de Alma Ata na sua declaração final, defendia que o “cuidado holístico” nunca será alcançado enquanto a saúde mental não for integrado e todos os níveis dos cuidados de saúde, nomeadamente nos primários. Portanto o que defendo é que “Cuidar na comunidade” é a melhor forma de promover, prevenir e respondermos às necessidades em saúde mental das populações.

O paradigma atual das políticas relacionadas com a saúde mental e psiquiátrica, que pretende visar a promoção da saúde mental das comunidades, facilitar a acessibilidade a melhores cuidados, o mais próximo possível dos cidadãos e promover a desinstitucionalização das pessoas com doença mental, tem um longo caminho já percorrido e inúmeros desafios para percorrer, daí sentirmos a necessidade de o debater, é que de facto há um longo caminho a percorrer. Estamos nesta problemática, partilhando com outras sociedades ocidentais e dos



países ditos mais desenvolvidos, que têm reconhecido e implantado, aos mais diversos ritmos, esse paradigma, e até, influenciado a mesma visão em outros países menos desenvolvidos. É assim uma visão globalizada (DGS, 2016; WHO, 2014).

Carga de Doença

Temos todos a percepção ou a evidência que quando falamos de ausência de saúde mental, é grande o peso deste problema e é grande a inquietação pois percebemos que múltiplos fatores estão interligados e percebemos a escassez de estratégias de promoção da saúde que pudessem prevenir o que os dados representam. Em Portugal as perturbações psiquiátricas afetam cerca de 25% da população, em cada ano e cerca de 50% já teve um problema de saúde mental ao longo da vida. Espera-se que em 2020 a depressão seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos. Atualmente suicidam-se na União Europeia 58.000 pessoas. São muitos os desafios. Relembro alguns face às faixas etárias:

- Desafios na população idosa
 - O envelhecimento da população e as comorbilidades associadas muitas vezes não diagnosticadas. Sobre estas, quando são alterações da saúde mental são muitas vezes mascaradas por fatores do próprio envelhecimento o que leva a que não sejam distinguidos e devidamente avaliados por parte dos profissionais (Stewart, 2005). Como exemplo há um aumento da prevalência da comorbilidade “demência” como diagnóstico secundário em internamentos hospitalares (ano 2010/14.281, ano 2014/15.708) (DGS, 2016). Dados epidemiológicos apontam para uma previsão nacional de 160.000 casos. Tendo em conta as projeções demográficas e da esperança de vida para as próximas décadas, estima-se que o número de pessoas com demência mais do que triplique até 2050, constituindo já uma das causas mais significativas de incapacidade dos mais idosos.
 - 35,9% de pessoas mais velhas (≥ 65 anos) que recorreram aos cuidados de saúde primários na região norte, apresentam problemas de saúde mental. Destes, 88,3% foram identificados como tendo défice cognitivo (défice cognitivo e demência) e por outro lado, a percentagem de demências graves em pessoas na comunidade é de 7,8%, valor que duplica relativamente aos



residentes em Lar (15,7%), havendo, como era de esperar, um número muito elevado de demências em estádios menos graves e défices cognitivos ligeiros, frequentemente associados a baixa funcionalidade, com elevado risco de institucionalização e hospitalização, com custos evidentes para os sistemas de saúde e sociais e baixa qualidade de vida e bem-estar para os próprios e suas famílias;

- Desafios na população adulta

- Aumento de casos de morbilidade de pessoas com psicose delirante (ano 2010/574, ano 2014/640). Aumento de casos de morbilidade de pessoas com psicose não orgânica (ano 2010/1019, ano 2014/1492). Aumento de casos de morbilidade de pessoas com neurose não depressiva (ano 2010/756, ano 2014/915). Aumento de casos de morbilidade de pessoas com perturbações de comportamento (ano 2010/352, ano 2014/443).

- 25,18% dos internamentos de pessoas com esquizofrenia em 2014, foram reinternamentos. 19,53% dos internamentos de pessoas com perturbações de humor em 2014, foram reinternamentos; 35,3% das pessoas com qualquer tipo de Perturbação de Humor tiveram consulta no ano do começo da doença, correspondendo a uma mediana da duração do atraso de 5 anos; 37,8% das pessoas com Depressões Major tiveram contacto para tratamento no ano do início da doença, correspondente a uma mediana da duração do atraso de 4 anos; apenas 27,1% das pessoas com Perturbação Bipolar acederam a tratamento no ano do início da doença, alcançando a mediana do atraso um período de 6 anos.

- Há uma continuação do acréscimo prescritivo em todos os grupos farmacológicos, com ênfase para os antidepressores, ansiolíticos, estimulantes inespecíficos.

- Desafios na população infanto-juvenil

- Aumento de casos de morbilidade de perturbações mentais da infância (ano 2010/391, ano 2014/498) e no que se refere à anorexia nervosa (ano 2010/132, ano 2014/154); Os motivos de ida ao SU foram, decrescentemente; perturbações de comportamento ($\pm 25\%$); comportamento autoagressivos (automutilações e tentativa de suicídio), perturbações de humor e perturbações de ansiedade, com cerca de 20% cada; perturbações psicóticas $\pm 4\%$; perturbações alimentares $\pm 2\%$. 10% ficam internados.



- Aumento de casos de morbilidade de perturbações mentais induzidas por drogas (ano 2010/313, ano 2014/465). Provavelmente resultarão do recrudescimento do consumo de substâncias psicoativas, comum em períodos de crise económica e social, como também tem sido alertado pelo Serviço de Intervenção para Comportamentos Aditivos de Dependências.

- No que se refere ao “estado de espírito” dos estudantes entre o 6º e 10º ano, entre 2010 e 2014 a percentagem daqueles que se sentem nervosos quase todos os dias aumentou de 6,2% a 8,4%. Os que se sentem tão tristes de uma forma que não aguentam de 3,8% para 5,5%, ter medo quase todos os dias de 3,4% para 4,3%. Entre 2010 a 2014 aumento o número dos que alguma vez se magoaram (15,6%/ 20,3%).

Estes dados fazem-nos pensar no que tem sido feito, no que se está a fazer, o que se pode fazer e, qual a conceção de cuidados recomendada e assumida.

O paradigma

Em Portugal, assumimos definitivamente esta visão dos cuidados centrados no cidadão e dos cuidados na comunidade, quando publicamos o Plano Nacional de Saúde Mental que 2007-2016 que surgiu após amplo debate sobre a reestruturação da rede de cuidados em saúde mental e psiquiatria. Foi um marco importante porque assumia esta visão para o futuro, mas outros marcos importantes foram criados e ainda antes do referido plano. Primeiro, a revisão da designada Lei da Saúde Mental que objetivava a defesa dos interesses das pessoas com doença mental (Portugal, 1998); depois o referido plano que objetivava a melhoria do acesso e das desigualdades das pessoas com alteração da sua saúde mental, a descentralização dos serviços de saúde mental e a integração dos serviços no sistema geral da saúde, tanto ao nível dos cuidados de saúde primários como para os cuidados continuados, promovendo a desinstitucionalização (Portugal, 2008); e a promulgação da legislação que cria a rede nacional dos cuidados continuados integrados em saúde mental, que tem como objetivo a implementação de equipas de apoio domiciliário, unidades sócio – ocupacionais e unidades residenciais (Portugal, 2010). Sobre isto, importa dizer que depois de sabermos que existem



estes documentos legislativos e outros de referência normativa profissional (OE e do ICN), percebemos, em 2016, que muito há a fazer e muitos desafios de avizinhos.

Recomendações

Os documentos que citei anteriormente traçavam objetivos, na sequência de outras recomendações internacionais, a implementação na comunidade, programas para doentes mentais graves, gestão de caso por terapeutas de referência, programas de articulação com a saúde familiar e apoio as perturbações mentais comuns, programas de apoio a doentes idosos, programas de prevenção nas áreas da depressão e suicídio. As recomendações operacionalizavam-se com a transição dos cuidados dos hospitais psiquiátricos para um sistema baseado nos hospitais gerais e nos serviços de saúde mental na comunidade (Integrar a saúde mental nos cuidados primários, Transferir o locus dos cuidados de saúde mental especializados, para serviços na comunidade (centros e equipas de saúde mental), Estabelecer ou aumentar o número de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, promovendo uma transição coordenada para cuidados na comunidade, assegurando a melhoria da qualidade dos cuidados e a proteção dos direitos humanos em todas as partes do sistema, assegurar que apoio psicossocial comunitário esteja disponível para pessoas com perturbações mentais severas, desenvolver serviços e programas na comunidade para populações específicas. Recomendavam o desenvolvimento dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. A desinstitucionalização tem que ser mais do que colocar as pessoas em lares ou ainda para sobrecarregar as famílias (por ser uma opção mais barata) mas mantendo-se esta como alvo de recomendações e nunca um parceiro da estratégia terapêutica. A desinstitucionalização abre as portas do hospital a reabilitação abre as portas da comunidade.

Dificuldades

Esta operacionalização tem encontrado no entanto, algumas dificuldades a que alguns chamam desinvestimento. Manutenção da centralização de recursos, falta de formação profissional, resistência à mudança por parte dos recursos humanos e da falta de consenso entre os diversos grupos de decisão ligados à saúde mental, falta de cooperação entre os sectores social e da saúde, dificuldades na integração da SM nos cuidados de saúde primários



(CSP), baixo apoio político e financiamento insuficiente e inadequado. Constatase que as estruturas da Rede vocacionadas para prestarem cuidados em casa das pessoas (UCC e ECCI) continuam a receber poucas referências, a referenciar pouco, a dar uma cobertura muito diminuta face a estas necessidades apesar de serem mais acessíveis, quer do ponto de vista financeiro, quer de distância. Mas a necessidade é evidente pois em Portugal, o número de camas para internamento em psiquiatria tem diminuído de 30,6/100.000 em 1998 para 5,5 em 2013. OU seja as pessoas têm que estar em algum lado.

Por outro lado estamos na fase posterior a reestruturação e reconfiguração dos serviços de saúde mental e dos cuidados de saúde primários com a criação dos ACES e das diferentes unidades funcionais que os compõem. Até ao momento, não há uma clara definição dos modelos de funcionamento dos serviços de saúde mental e não há uma clara definição das atribuições dos diferentes profissionais que os integram. O modelo de articulação e parcerias não está ainda encerrado. Complementarmente, a taxa de camas de internamento em hospitais gerais, em Portugal, é significativamente mais baixa quando comparada com a mediana Europeia (14/100.000), com valores a rondar os 10/100.000. Por outro lado assistimos a um crescimento de camas em residências do sector não-público, nomeadamente as que pertencem ao sector social (34/100.000) mas numa lógica mais próxima dos hospitais psiquiátricos do que residências na comunidade.

Sobre os recursos humanos de enfermagem, só nas regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, os números se aproximam do desejável, sendo particularmente baixos nas regiões do Alentejo e Algarve, não atingindo no Norte metade do desejável. Tarda portanto a concretização da Rede Nacional de Cuidados Continuados para a Saúde Mental, prevista desde 2010 (Decreto-Lei 8/2010 de 28 de janeiro). O Relatório Primavera do Observatório Português dos sistemas de saúde é muito claro quando afirma: Há um escasso investimento na saúde mental e que o número de enfermeiros limita a concretização do plano nacional de saúde mental (OPSS, 2015).

Operacionalizando recursos



A falta de capacidade dos sistemas de saúde para dar resposta às necessidades das populações tem conduzido vários autores a sugerir que os cuidados de saúde primários (CSP) devem ter um papel cada vez mais relevante na prestação de cuidados de saúde mental. Além disso, a oferta deste tipo de cuidados ao nível dos CSP permite aproveitar algumas vantagens como um melhor conhecimento da família e do meio socioeconómico envolvente, uma maior proximidade e uma menor estigmatização dos serviços (Luís & Sá, 2010). Os CSP parecem ser uma componente fundamental na diminuição/resolução das dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Articulação é defendida por variadas razões onde destacamos: a prevalência de doença mental na comunidade, o incremento do acesso, a diminuição do estigma, a diminuição de custos e a obtenção de bons resultados (OPSS, 2015).

As dificuldades para implementar as boas práticas recomendadas, surgem naturalmente, relacionadas com os recursos humanos existentes. Veja-se a necessidade de maior alocação de recursos para fazer face às necessidades das populações, podendo considerar-se um desinvestimento. Portugal, no que se refere ao número de enfermeiros a trabalhar na área da saúde mental na Europa a 27, somos dos que menos investimos, posicionando-nos em 23º lugar, menos do que 20 enfermeiros por 100.000 habitantes (World Health Organization, 2008a). No que se refere ao orçamento para a saúde, Portugal é o 4º país com menor fatia da despesa destinada à área da saúde mental, na Europa a 27. Olhando os números da maior instituição psiquiátrica de Lisboa o CHPL, o número de enfermeiros era em 2006: 262, em 2008: 243 e em 2014: 171 e em 2015: 158 (CHPL, 2015).

Decisão fundamentada

Este posicionamento além de uma visão pessoal é fundamentado naquilo que são as recomendações da própria OMS (2008) no que foi designado a pirâmide da combinação ótima dos serviços de saúde mental. Propõe a integração dos serviços de saúde mental com os cuidados de saúde gerais. Os cuidados primários de saúde mental integrados são um componente fundamental deste modelo, e são apoiados por outros níveis de cuidados incluindo serviços baseados na comunidade e serviços hospitalares. O modelo pressupõe o envolvimento da própria pessoa, e daí surgem os autocuidados na base da pirâmide, seguidos



de outros cuidados informais comunitários, e só depois destes, surgem na base, e diria no centro, os cuidados de saúde primários. Os cuidados mais elevados serão os de maior custo mas menor frequência. Os cuidados de saúde primários além da atenção e da promoção desses cuidados inferiores deverão: Identificar as perturbações mentais, tratar, as perturbações mais comuns, controlar ou assistir as pessoas mais doentes e referenciar para outros níveis de cuidado (OMS, 2008).

Mas porque defendemos os CSP como a base do sistema? Primeiro porque são a parte do sistema de saúde mais próxima dos cidadãos, pela maior flexibilidade e conhecimento do ambiente onde a pessoa se insere, realidade frequentemente desconhecida dos profissionais hospitalares, e considerada a forma mais eficaz de combater a falha de tratamento, de assegurar os cuidados de proximidade e de respeitar os direitos humanos (World Health Organization, 2008b). Continua-se a verificar uma organização deficiente dos serviços de psiquiatria, com concentração em grandes instituições centralizadas e pouco articuladas com os CSP. Veja-se os dados referentes a percentagem de doentes que receberam tratamento, 18,2% nos casos ligeiros, 35,1% nos moderados e 66,4% nos casos graves, variando o *treatment gap* entre 81,8% nos casos ligeiros as 33,6 nas perturbações graves, sendo estes dados preocupantes (OPSS, 2015). Existe atualmente evidência robusta que demonstra a relação do desemprego de longa duração com níveis de doença mais elevados, sobretudo problemas de saúde mental e o aumento da mortalidade por suicídio, em particular entre a população mais pobre e vulnerável (OPSS, 2015). Já hoje nos CSP os registos mais prevalentes em termos de saúde mental são referentes a pessoas com perturbações depressivas, seguidas das com perturbações de ansiedade e, finalmente, com demências. Então que recomendações, que propostas têm sido defendidas com base na evidência.

O Observatório Português dos Serviços de saúde, recomenda: Apostar na identificação de necessidades terapêuticas de saúde mental nos CSP; Fomentar a prevenção do suicídio, através da melhoria de capacidade de diagnóstico de situações depressivas nos CSP; Investimento na RNCCI para garantir o acesso de todos os doentes quer a camas, quer a cuidados domiciliários consoante a sua condição e para a efetiva implementação da Rede de



Cuidados Continuados de Saúde Mental, com o aumento dos cuidados domiciliários, mais acessíveis e de menor custo para estes doentes e respetivas famílias.

O contributo dos Enfermeiros especialistas em saúde mental

Emerge a necessidade de aceitar como recurso, nos CSP, a formação e experiência dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, numa lógica de parceria com os seus colegas generalistas, especialistas de outras áreas, com os médicos de família e até com os psicólogos. Ou seja, que haja maior sinergia entre os recursos humanos existentes e necessários para podermos, nos cuidados de saúde primários, de forma concreta e funcional, acolher, acompanhar e encaminhar quando necessário. O acompanhamento deve ser menos estigmatizado, mais integrado e integral realizado por todos os membros das equipas de saúde e se necessário, os cuidados mais diferenciados dos enfermeiros especialistas. Implementar a consulta de enfermagem de saúde mental, para contribuir para promover a saúde mental das pessoas, famílias e comunidades, o que permitirá a deteção e intervenção precoce e a melhoria do acesso aos cuidados de saúde mental, sem necessariamente recorrer aos serviços de psiquiatria, mas melhorando a sua articulação. Há evidência que esta consulta, em articulação interdisciplinar e multissetorial e, contando com o suporte familiar, contribui para a diminuição do número de internamentos, a redução do agravamento das situações de doença, e encaminhamento das situações mais graves a necessitar de internamento (Butt, 2009). Com base nesta evidência podemos aspirar a que os enfermeiros especialistas que desenvolvem a sua atividade dos CSP, funcionem como consultores de enfermagem para as equipas de saúde familiar nas USF; Acompanhem casos de indivíduos e famílias mediante pedido e referência, articulando com os serviços de psiquiatria e promovendo a continuidade de cuidados; Sejam elementos de ligação entre as unidades funcionais e entre agentes de saúde comunitária, para responder as necessidades das pessoas; Façam formação em serviço no âmbito da sua especialidade.



Para uma maior atenção dos profissionais de enfermagem à SM das pessoas, devemos ter em conta a realidade: consciência que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental, aqueles que deverão liderar a implementação de respostas de enfermagem perante estas necessidades, são no total dos enfermeiros especialistas inscritos na ordem dos enfermeiros, o menor número (1639). No total dos enfermeiros são 2,4%. Simplificando, o que se recomenda seria uma organização dos serviços em que os CSP estariam no centro do sistema, em que as outras estruturas seriam sempre um recurso do centro de saúde. No que se refere aos enfermeiros seria sempre o enfermeiro dos CSP o enfermeiro de referência, este sim, articulava com os seus colegas do hospital a continuidade de cuidados e não o inverso como se vê. O enfermeiro do centro de saúde e no que se refere aos cuidados na área da saúde mental e psiquiatria deveria constituir-se um verdadeiro Gestor de Caso (Sequeira & Lopes, 2009). A propósito disto, e falando do que venho aqui defender, atualmente são raros os enfermeiros a trabalhar nos CSP a área da saúde mental quer na promoção e aqui felizmente estamos melhor, quer no acompanhamento, e aqui, nos distritos de Lisboa, temos conhecimento de dois colegas.

Para terminar uma reflexão sobre a formação em enfermagem ao nível da licenciatura na Universidade Católica. No que se refere a capacitação dos estudantes para a prestação de cuidados nesta área, considero que o sucesso é garantido pelos resultados obtidos nas unidades curriculares onde se trabalham estas temáticas, mas principalmente pela forma como são avaliados, muito satisfatoriamente, por muitos orientadores de ensino clínico de variadíssimas instituições. Já sobre a sensibilização para esta área: Tenho refletido sobre a manutenção do estigma que os estudantes levam normalmente até ao momento que chegam ao ensino clínico, mesmo passando por vários momentos chave do percurso de formação (as aulas teórico-práticas, as práticas laboratoriais). Tenho apenas a sensação que após o ensino clínico a maioria reduz significativamente o estigma que os acompanha até aqui. Outra reflexão vai no sentido da sensibilização para a importância e responsabilidade, enquanto profissionais, que serão sempre agentes privilegiados para promover a saúde mental em múltiplos contextos onde venham a trabalhar. Já sobre aquilo que venho aqui defender, e face a este paradigma de futuro, é imprescindível questionarmos se os estudantes terminam a



licenciatura com a noção da importância de ir para os CSP, para aí, sim, influenciar verdadeiramente e positivamente a saúde das pessoas) e indo um pouco mais além, quantos estão sensibilizados para a intervenção na área da saúde mental nos cuidados de saúde primários?

Uma última frase: “Podemos não saber para onde vamos, mas devemos saber, pelo menos, por onde não devemos ir”. Com esta frase pretendo que pelo menos, quando olharmos os problemas das pessoas, o deixemos de fazer com os “óculos” do hospital e passemos a fazer com os “óculos” dos CSP que, é a resposta mais próxima dos cidadãos.

Referências:

- Butt, G. (2009). Articulação entre o plano de saúde mental e agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) em Portugal. In C. Sequeira & L. O. Sá (Eds.), *Saúde Mental e Equilíbrio Social* (pp. 119–126). SPESM.
- CHPL. (2015). *Relatório de atividades 2015*. Lisboa. Disponível em: <http://media.chpl.pt/multimedia/DOCUMENTOS/222/Relat%c3%b3rio de Gest%c3%a3o.pdf>
- DGS. (2016). *Saúde mental em números*. Lisboa.
- Luís, M., & Sá, A. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa.
- OMS. (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários Uma perspectiva global Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários*. (C. Nacional & para a S. Mental, Eds.). Lisboa.
- OPSS. (2015). *Relatório Primavera*. Lisboa.
- Portugal (1998). Lei n.º 36/98 de 24 de Julho de 1998. *Diário Da República*, (169), 3544–3550.
- Portugal (2008). Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. *Diário Da República*, 1ª série(47), 926–1029.
- Portugal (2010). Resolução N.º 466. *Diário Da República*, 1ª série(19), 257–263.
- Sequeira, A. & Lopes, J. (2009). Gestão de cuidados de enfermagem para uma assistência efectiva e integrada à pessoa com toxicod dependência. *Toxicod dependências*, 15(1), 67–76.
- Stewart, J. (2005). Por que razão os médicos não se lembram da depressão no idoso. *Postgraduate Medicine*, 23(1), 33–35.
- World Health Organization (2014). *Executive Summary. Mental Health Atlas 2014* (Vol. 6). doi:10.1093/jicru/ndl025
- World Health Organization (2008a). *Policies and practices for mental health in Europe: Meeting the challenges*.



Copenhaga. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf

World Health Organization. (2008b). *Policies and practices for mental health in Europe: Meeting the challenges*.
Copenhaga.



**ACEITA-TE: ABORDAGEM DE ENFERMAGEM PERANTE A ALOPÉCIA NO
ADOLESCENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE PROGENITORES
HEMATOPOIÉTICOS**

Gonçalves, P.*, Martins, I.*, Rodrigues, A.*, Santos, S.*, Mendes, A**

*Nursing Student, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL]

**PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL; UI&DE; Orientadora do trabalho

INTRODUÇÃO: A adolescência é uma transição de desenvolvimento caracterizada pela transição vivenciada entre sermos crianças e sermos adultos. É uma altura marcada pela construção da identidade, sendo a autoimagem, os papéis sociais e a sexualidade aspetos primordiais. Mas como é esta transição vivenciada quando concomitantemente a uma transição de saúde-doença? O transplante de progenitores hematopoiéticos (TPH) é uma modalidade terapêutica com aplicação crescente na medicina hemato-oncológica, sendo, contudo, um processo complexo, de elevada morbidade e uma mortalidade significativa, suscetível de provocar efeitos relevantes do ponto de vista físico, psicológico e social.

MATERIAL E MÉTODOS: No âmbito do curso de licenciatura em enfermagem, foi realizado um trabalho de monografia tendo por objetivo, conhecer a repercussão que um TPH tem no adolescente e família onde este está inserido. Realizou-se neste sentido uma pesquisa bibliográfica sistematizada sustentada num protocolo de pesquisa revisto por um perito. Foram selecionadas cinco bases de dados na área da saúde da plataforma EBSCO (CINAHL, MEDLINE, COCHRANE, ASC, HTA). A pesquisa foi realizada de acordo com os descritores em ciências da saúde *Medical Subject Headings*. Considerou-se também como referenciais teóricos para análise da situação experienciada pelo doente e família a Teoria das Transições, de Afaf Meleis e das alterações das NHF, Teoria das NHF, de Virgínia Henderson. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, dos 288 artigos encontrados inicialmente emergiram 10 artigos. A estes juntaram-se outras referências bibliográficas consideradas pertinentes relativamente à temática abordada. Devido à vasta informação e pertinência dos



conteúdos optámos por nos focar, para o presente póster, naquela que é a vivência do processo do ponto de vista da alteração corporal no adolescente, nomeadamente a alopecia.

RESULTADOS: Reunida e analisada a amostra bibliográfica obtida, foi possível elencar um conjunto de constatações que demonstram que, quando submetidos a um TPH, os adolescentes podem experienciar inseguranças, intimamente ligadas com a alteração da imagem corporal e a necessidade de pertença e comparação entre grupos de pares. Esta corresponde à representação mental que é feita do próprio corpo e reflete as experiências de vida, sentimentos, ideias e valores. Quando comprometida afeta a dignidade e amor-próprio do adolescente (Valério, s.d.), interferindo na construção da identidade e personalidade própria da idade. Esta é uma preocupação constante, mesmo quando o tratamento termina, uma vez que é necessário lidar com os efeitos colaterais da terapêutica, devido ao tempo que o corpo precisa para recuperar a aparência anterior à doença. A alopecia designa uma das suas maiores dificuldades físicas, como consequência deste processo, por deixar os adolescentes fisicamente diferentes dos outros elementos do grupo e mostrando assim a vulnerabilidade perante uma situação de doença (Anders & Lima, 2004). Assim, tal como referido por Valério, E. (s.d), as sequelas de uma doença ou tratamento induzem na pessoa uma modificação perceptível de alteração da sua imagem corporal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em suma, importa salientar que, ao identificar estas vivências, baseada nos quadros de referência expostos, isto é, do ponto de vista das transições vivenciadas e das alterações das NHF, torna-se possível atuar perante as mesmas, no âmbito de enfermagem, com o intuito de minimizar as consequências nas várias dimensões do adolescente e intervir enquanto agente facilitador neste processo de transição.

REFERÊNCIAS

Anders, J. & Lima, R. (2004). Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Revista Latino-Americana em Enfermagem*, 866-874.

Valério, E. (s.d.). *Mantenha-se Bonita! Conselho Prático*. Instituto Português de Oncologia, E.P.E.

DESAFIOS NO CUIDAR DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: PRESENÇA DE ACOMPANHANTES NA SALA DE REANIMAÇÃO



Fernanda Loureiro e Mafalda Fortuna

INTRODUÇÃO: A presença de acompanhantes junto das crianças nas situações críticas surge pela primeira vez, enquanto recomendações pela American Heart Association em 2000, salientando que os serviços devem promover a presença dos pais. Trata-se de uma temática emergente, recente e controversa (Ferreira *et al.*, 2014) no entanto, a literatura nesta área é escassa, sobretudo no contexto nacional. As publicações encontradas analisam as perspetivas de profissionais de saúde e familiares (Ferreira, 2011), experiências de implementação (Meeks, 2009) e a influência no desempenho dos profissionais (Bergese & Frigerio, 2012). As famílias manifestam o desejo de estar presente com menores níveis de angústia e maior satisfação (Ferreira, 2011; Ferreira *et al.*, 2014). Quanto aos profissionais de saúde existe alguma controvérsia (Ferreira, 2011; Bergese & Frigerio, 2012). Por um lado, identifica-se a presença como negativa pela possibilidade de os pais interferirem nos procedimentos de reanimação (Bergese & Frigerio, 2012). Por outro, como positiva, sendo vantajosa tanto para os familiares como para a própria criança (Ferreira *et al.*, 2014). Da pesquisa bibliográfica realizada sobre o tema, os estudos encontrados não retratam situações em contexto nacional.

MÉTODO: Foram selecionados todos os registos de situações ocorridas na sala de reanimação, de uma urgência pediátrica no ano 2015. Estes registos foram submetidos a análise retrospectiva, descritiva e tratamento estatístico simples.

RESULTADOS: Verificamos que em 2015 houve um total de 105 situações na sala de reanimação, das quais 62% são do género masculino (n=65). As crianças/jovens recorrem trazidas pela família (45%; n=47), INEM (18%; n=19) e bombeiros (13%; n=14). Em 14 situações de admissão na sala de reanimação, a criança/jovem já se encontrava no espaço físico da urgência (13%). No que diz respeito à presença de acompanhantes em 90% das situações (n=94) estiveram presentes acompanhantes na sala. Em 73% (n=68) dos casos esteve presente 1 acompanhante, em 26% (n=24) estiveram 2 acompanhantes e em 2% (n=2) estiveram presentes 3 acompanhantes. São sobretudo os pais, maioritariamente a mãe (73% n=68) mas também outros familiares como a avó (10% n=9) e tio (5% n=5). O pai esteve presente em 31%



das situações (n=29). Identificam--se ainda funcionários de instituições, como as educadoras de infância ou assistentes, como acompanhantes (10% n=9).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: A presença dos pais está inerente nos cuidados em pediatria, mesmo em situação crítica, o que se verifica quer na nossa realidade quer descrito na literatura (Ferreira, 2011; Ferreira *et al.*, 2014). A aceitação e sensibilidade dos profissionais à presença de acompanhantes, no nosso contexto, está patente pela elevada taxa obtida. No entanto, em outras realidades é descrita como inadequada por interferir nos procedimentos e pelas possíveis implicações legais (Bergese & Frigerio, 2012). Os pais, sobretudo a mãe, surgem como os principais acompanhantes em situações emergentes o que vai ao encontro da literatura (Meeks, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Verificamos que o acompanhamento da criança/jovem em situação crítica por familiares é uma realidade. Como sugestão, a investigação acerca da análise da atuação da equipe de saúde no apoio aos acompanhantes.

Referência:

American Heart Association & Internacional Liaison Committee on Resuscitation (2000). Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, p. 136-139.

Bergese, I. & Frigerio, S. (2012). La RCP nel bambino: la presenza dei genitori può migliorare l'assistenza infermieristica? *Italian Journal of Pediatric Nursing Sciences*, p. 136-140.

Ferreira, A. (2011). A presença dos pais em situação de ressuscitação. *Salutis Scientia Revista de Ciências Da Saúde Da ESSCVP*, 3.

Ferreira, C. A. G., Balbino, F. S., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. (2014). Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. *Revista Paulista Pediátrica*, 32(1), 107-113.

Meeks, R. (2009). Parental presence in pediatric trauma resuscitation: one hospital's experience. *Pediatric Nursing*, 35(6), 376–380.



Pereira, I.*; Sardinheiro, S.*; Alves, A.**; Viana, C.**

*Estudantes de Enfermagem Escola de Enfermagem UCP Lisboa

** RN, Professora Adjunta Escola de Enfermagem UCP Lisboa

INTRODUÇÃO: A comunicação em conjunto com as técnicas de controlo de sintomas são a base dos cuidados paliativos. Através de estratégias de comunicação verbal e não-verbal consegue-se transmitir confiança e conforto necessário nesta altura difícil de vida da pessoa e permite compreender adequadamente os sentimentos, dúvidas e ansiedades da pessoa, bem como a compreensão e esclarecimento de gestos, expressões, olhares e linguagem simbólica da pessoa. A empatia, humildade, honestidade e compaixão são os elementos chave nos cuidados paliativos. O medo da morte, da solidão e da restante família que fica para trás são preocupações que geram *stress* ao doente, pelo que o uso da comunicação interpessoal é o meio para identificar estas preocupações e assim reduzir o *stress*.

METODOLOGIA: Foi utilizada como base de dados a Biblioteca do conhecimento *online* e Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal, com as palavras-chave: *Nursing and Communication and Cancer*. Critérios de inclusão: Artigos, artigos em Inglês e Português. Critérios de exclusão: Menores de 18 anos, teses, artigos anteriores a 2010. A partir das palavras-chave obtivemos 6 artigos; Após leitura dos títulos obtivemos 2; Após leitura dos resumos mantivemos os 2; Após leitura íntegra de cada artigo ficamos com 2 aos quais procedemos a análise.

RESULTADOS: Estratégias verbais: Questionar sobre os seus conhecimentos sobre o seu estado; Perguntar como se sente e encorajar a partilha de sentimentos; Verbalizar a disponibilidade para ajudar, falar e esclarecer dúvidas; Perguntar as expectativas que tem relativamente ao tratamento; Ser clara e objetiva na linguagem; Ser sincero de forma prudente quando se transmite informações; Verbalizar compreensão das emoções e dos sentimentos; Envolver família nos cuidados. Estratégias não-verbais: Toque; Olhar; Sorriso; Proximidade psicológica; Escuta ativa; Confirmação da linguagem verbal com a não-verbal (Aceno positivo da cabeça); Proximidade do corpo para com o paciente; Expressão facial encorajadora, positiva e



interessada; Gestos positivos (Aceno de mão); Respeitar o espaço pessoal do utente; Eliminar obstáculos psicológicos; Respeitar os momentos de silêncio; Tom de voz delicado e tranquilo.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: Ambos os artigos referem a importância dada pelos enfermeiros à comunicação na área dos cuidados paliativos, e ambos referem a falta de ensino e de preparação dada nesta área relativamente a estratégias de comunicação verbal e não-verbal com os doentes/família. Além da comunicação denotamos a ausência de preparação emocional dos enfermeiros/estudantes nesta área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com esta lacuna no ensino, deparámo-nos assim com a falta de estratégias de comunicação da maioria dos enfermeiros abordados em ambos os artigos. No entanto, e apesar desta lacuna, deparámo-nos também com as estratégias já definidas por parte de alguns enfermeiros, e que tal como nos ajudou a nós, esperamos que este póster ajude outros enfermeiros/estudantes de enfermagem; O paradigma que verificamos só denota a importância de mais material de apoio, e de formações nesta área da comunicação.

Referências:

Da Silva, M. J. P. & De Araújo, M. M. T. (2012). Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 46(3):623-9.

Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de Investigação. Loures: Lusodidacta.

De Andrade, C., Da Costa, S. & Lopes, M. (2013). Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal” *Ciência & Saúde coletiva*. 25(5):2523-30.



PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA COM ALZHEIMER NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL: PERSPETIVA DAS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA

Ferreira, J. *; Pontífice-Sousa, P**.

*Educadora Social, Chefe de equipa da ERPI – Santa Casa da Misericórdia de Alenquer. Estudante Mestrado em Cuidados Paliativos UCP, Lisboa, Portugal. Correio eletrónico: jferreira990@gmail.com.

** Phd, Professora Auxiliar, Universidade Católica Portuguesa. Correio eletrónico: patriciaps@ics.lisboa.ucp.pt

INTRODUÇÃO: Com base no envelhecimento da população a nível europeu, a incidência e prevalência da doença de Alzheimer (DA), assim como a institucionalização da Pessoa idosa em Lar de Idosos, atualmente designado por Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) surgiu a seguinte inquietação: “Como se constrói o processo de cuidar da Pessoa idosa com DA institucionalizada numa ERPI, na perspetiva das Ajudantes de Ação Direta (AAD)?”. Perante isto, apresenta-se o estudo de abordagem qualitativa, com dez AAD, tendo como objetivo geral: compreender o processo de cuidar da pessoa idosa com DA, vivenciado pelas AAD em contexto ERPI.

MÉTODO: Estudo de tipo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, que permitiu explorar a perspetiva do interior das AAD com o máximo de respeito pela sua perspetiva e espaço (Streubert & Carpenter, 2011; Bogdan & Biklen, 2013). Selecionou-se as informantes, com base em determinados critérios: o tempo de serviço ser igual ou superior a 1 ano na ERPI; ter prestado/prestar cuidados a doentes com DA. Após a validação do guião orientador da entrevista (pré-teste a duas AAD) numa ERPI em Alenquer, realizaram-se 10 entrevistas semiestruturadas audiogravadas e submetidas à análise de conteúdo (Bardin, 2011). Posteriormente, procedeu-se à sua audição integral e à transcrição em *verbatim* (verificação por membros).

RESULTADOS: Das dez informantes, apenas duas tinham formação na área na geriatria antes da sua entrada na ERPI e as restantes adquiriram formação posteriormente. Na perspetiva das AAD, as necessidades da pessoa idosa com DA, são: fisiológicas, afetivas, de segurança, relacionais/sociais, ocupacionais e de cuidados totais. Nas dificuldades no cuidado emergiram aspetos relacionados com: as características definidoras do doente (agressividade),



do próprio cuidador (gestão das emoções e sentimentos), os saberes do cuidador e os aspetos organizacionais (gestão do tempo, formação). Nas estratégias de intervenção evidenciaram: o conforto (toque), a segurança do doente, a comunicação, a orientação no tempo e espaço e o direito à informação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O processo de cuidar entre a Pessoa idosa com DA e a AAD é constituído pelas necessidades do doente, pelas dificuldades no cuidado, assim como, pelas estratégias de intervenção utilizadas. No entanto, verificou-se a necessidade de formação, para desenvolver as competências destes profissionais, visto que se trata de uma profissão de relação humana (Sousa, 2011).

Referência:

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Bogdan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Sousa, M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. Príncipe Editora, Lda.

Sousa, P. (2014). *Conforto da pessoa idosa*. Coleção: Investigação; Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. 5ª Edição. Lusodidacta – Soc.Port. de Material Didático, Lda. Loures.



VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO – INDICADORES CLÍNICOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Antunes, Ana *; Bajanca, André*; Braguez, Liliana**

*Estudante Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa UCP

**RN, MSc, CNS, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem UCP Lisboa

INTRODUÇÃO: O equilíbrio hidroeletrolítico é essencial no processo de vida, sendo que o volume irregular de líquidos e concentrações de eletrólitos no corpo podem modificar a homeostasia fisiológica, causando risco de morte. Volume de Líquidos Excessivo, diagnóstico de Enfermagem pela NANDA, define-se como “retenção aumentada de líquidos isotónicos”. Este diagnóstico está relacionado com o mecanismo regulador comprometido, a ingestão excessiva de sódio e de líquidos, e tem sido verificado com grande frequência em utentes em contexto hospitalar.

METODOLOGIA: O presente estudo tem como objetivo identificar os indicadores clínicos de presença de volume de líquidos excessivos no utente, descritos na literatura. Trata-se de uma revisão da literatura: pesquisa realizada a 8/12/2015, na plataforma EBSCO (Academic Search Complete; CINAHL Plus; MEDLINE), com os descritores: TI (*water electrolyte imbalance OR water electrolyte balance OR fluid balance*) AND TX (*nurs**). Critérios de inclusão: estudos científicos com texto integral, disponíveis gratuitamente em inglês, espanhol e português, sem friso temporal definido.

RESULTADOS: Os resultados surgem com base numa amostra final de 13 artigos, sendo 2014 o ano de maior publicação (com 3 artigos em 13, aproximadamente 23,08%)^{5,7,10}.

Inglesa^{3-4,6,11,13,15} é a nacionalidade predominante dos autores dos artigos (6 em 13 artigos, aproximadamente 46,16%). Identificámos 20 indicadores clínicos nos artigos selecionados. Edema^{3-5,7-15} foi o indicador clínico mais frequente, estando presente em 12 artigos (20%). Outros indicadores clínicos que foram identificados com mais frequência foram o weight gain^{3,5,8,11-12,15} (ganho de peso) com 10%, dyspnea^{5-6,8-9,15} (dispneia) com 8%, e electrolyte disturbances^{3,6,10,13} (distúrbios eletrolíticos), heart failure^{10,12-13,15} (insuficiência cardíaca) e pulmonary oedema^{4,6,12,15} (edema pulmonar) com 7%.

CONCLUSÃO: Conclui-se que a identificação de indicadores clínicos assume uma componente imprescindível no que diz respeito à elaboração correta de diagnósticos de enfermagem, sendo um ponto de partida para a avaliação das necessidades do utente e, posteriormente, uma adequada



intervenção e avaliação dos cuidados prestados. A subjetividade de alguns dos indicadores clínicos identificados, levam-nos a compreender a necessidade da existência de maior investigação nesta área.

REFERÊNCIAS:

1. Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. & Green, C. (2010). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (8ª ed.). Loures: Lusodidacta.
2. Boery, R., Barros, A. & Lucena, A. (2005). Características definidoras do diagnóstico de enfermagem: volume de líquidos excessivos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(3), 326-332.
3. Woodrow, Philip (2002). Assessing fluid balance in older people: fluid needs. *Nursing older people: The RCN journal incorporating Elderly Care*, 14(9), 31-32.
4. Woodrow, P. (2003). Assessing fluid balance in older people: fluid replacement. *Nursing older people: The RCN journal incorporating Elderly Care*, 14(10), 29-30.
5. Seon, B. H., et al. (2014). Control of fluid balance guided by body composition monitoring in patients on peritoneal dialysis (COMPASS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15:432. Recuperado em 28 setembro, 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233087/>
6. Cleaver, N. (2004). Drugs used to promote diuresis: a treatment for fluid balance charts? *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 9(2), 80-85.
7. Milanovic, D., Groselj-Grenc, M. (2014). Fluid balance in critically ill neonates – ways to improve it. *Signa Vitae*, 9(1): 33–36.
8. Charra, B. (2007). Fluid balance, dry weight, and blood pressure in dialysis. *Hemodialysis International*, 11: 21–31.
9. Goertz, S. (2006). Gauging fluid balance with osmolality. *Nursing2006*, 36(10), 70-72.
10. Schmidt, M. et al. (2014). Impact of fluid balance on outcome of adult patients treated with extracorporeal membrane oxygenation. *Intensive Care Med*, 40:1256–1266. Recuperado em 28 setembro, 2016, de <http://link.springer.com/article/10.1007/s00134-014-3360-2>.
11. Casey, J. et al. (2002). Impact of stepped verbal and written reinforcement of fluid balance advice within an outpatient haemodialysis unit: a pilot study. *The British Dietetic Association Ltd, J Hum Nutr Dietet*, 15, 43–47.
12. Manka, A. et al. (2003). Monitoring Hyperhydration during high-dose Chemotherapy: Body Weight or Fluid Balance? *Acta Haematologica*, 109:163–168.
13. Scales, K., Pilsworth, J. (2008). The importance of fluid balance in clinical practice. *Nursing Standart*, 22(47), 50-57.
14. Schramko, A. (2014). The use of balanced HES 130/0.42 during complex cardiac surgery; effect on blood coagulation and fluid balance: a randomized controlled trial. *SAGE Pub, Perfusion*, 30(3), 224–232.



15. Hughes, R. (2013). Treatments to achieve fluid balance in heart failure. *MA Healthcare Ltd, British Journal of Cardiac Nursing*, 8(11), 537-540.

MRSA ESBL- NÃO AS VEMOS, MAS ELAS EXISTEM! COMO COMBATE-LAS?: UMA REALIDADE DO SERVIÇO DO INTERNAMENTO DE MEDICINA DO HOSPITAL DOS SAMS



Barreto, M. R.* , Bernardo, S. * , Duarte, B.* , Esteves, I.* , Loureiro, D.* , Lourenço, A.* , Silva, M. T.* , Verissimo, I. * , Rodrigues, J. ** , Viana, C. R.**. Afonso, L.***, Ceia, M. *** , Silva, C.***

*Estudante de Enfermagem Escola de Enfermagem UCP Lisboa

**Professores Adjuntos da Escola de Enfermagem UCP Lisboa

***Enfermeiros do Serviço de internamento de Medicina do Hospital SAMS

INTRODUÇÃO: De acordo com literatura analisada, a diversidade de bactérias que existe hoje em dia e a sua capacidade de resistir aos antibióticos, tem vindo a aumentar. Para tentar minimizar muitas infeções cruzadas nos hospitais provocadas por várias bactérias, o Hospital dos SAMS realiza rastreios às bactérias MRSA (Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina) sendo estas um tipo específico de Staphylococcus existente na pele que desenvolveu resistência a muitos dos antibióticos e ESBL são bactérias gram-negativas produtoras de beta-lactamase de espectro estendido com capacidade de inativar antibióticos. Este rastreio permite levantar medidas de isolamento para prevenir infeções hospitalares.

OBJETIVOS: Sistematizar a informação recolhida relativamente aos fatores que influenciam a prevalência das bactérias MRSA e ESBL; Descrever quais as medidas de isolamento aplicadas especificamente a cada caso; Conhecer qual a influência das medidas aplicadas para a prevenção de infeções cruzadas no serviço de internamento de medicina no hospital SAMS.

METODOLOGIA: Revisão da literatura com recurso á bibliografia fornecida pela Comissão de Controlo de Infeção (CCI) do hospital do SAMS.

RESULTADOS: O número de casos detetados de MRSA desde 2011 até 2015 foram aumentando anualmente, nomeadamente: 38 em 2011, 46 em 2012, 61 em 2013, 65 em 2014 e 72 em 2015. Relativamente ao número de casos detetados com ESBL, foi possível verificar uma oscilação no número de admissões desde 2011 até 2015, nomeadamente: 55 e 2011, 31 em 2012, 41 em 2013, 24 em 2014, e 53 em 2015.



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: Com a análise dos dados fornecidos pelo Hospital SAMS (Serviço de Medicina e Internamento), foi possível concluir que apesar de se ter verificado um aumento progressivo nos casos detetados de MRSA e por outro lado se verificar uma oscilação relativamente aos casos positivos de ESBL, em ambas as ocorrências foram adotadas medidas de isolamento específicas e houve um aperfeiçoamento dos rastreios com o objetivo de reduzir a incidência de infeções cruzadas hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O número de casos com MRSA e ESBL à admissão não aumentou após o internamento, ou seja, não existiu infeção cruzada, o que reflete a eficácia das medidas de prevenção adotadas pelo Hospital, especificamente do serviço em análise. Com a elaboração deste trabalho de investigação concluímos que a resistência microbiana é um problema em ascensão. Deste modo, para a redução da incidência das bactérias multirresistentes e para prevenção das infeções cruzadas é necessário a utilização de algumas medidas tanto preventivas como de tratamento.

Referência:

Comissão de Controlo de Infeção (s.d). Hospital SAMS. *Pesquisa de Portadores de Microrganismos Multirresistentes à Admissão.*

Comissão de Controlo de Infeção (2012). Sindicato de Bancários Sul e Ilhas. *Manual de Práticas: Medidas de Controlo para Colonização e Infeção a MRSA.* Capítulo 9 Norma 1.

Hospital SAMS, Laboratório de Microbiologia (2006). *EXSUDADO NASAL (Pesquisa de MRSA - Staphylococcus aureus resistentes à metilina): Normas de Colheita.* Norma adaptada nº12.



TRANSPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS: A VIVÊNCIA FAMILIAR DESTE PROCESSO E A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Gonçalves, P.*, Martins, I.*, Rodrigues, A.*, Santos, S.*, Mendes, A**

*Nursing Student, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL]

**PhD, MNSc, RN, Prof. Adjunta ESEL; UI&DE; Orientadora do trabalho

INTRODUÇÃO: O transplante de progenitores hematopoiéticos (TPH) é uma modalidade terapêutica com aplicação crescente na medicina hemato-oncológica, sendo, contudo, um processo complexo, de elevada morbidade e uma mortalidade significativa, suscetível de provocar efeitos relevantes do ponto de vista físico, psicológico e social. Enquanto elemento da família, e como sistema dinâmico que é, a transição de saúde-doença do adolescente desencadeará também nos restantes elementos da família transições bem como nesta enquanto sistema.

MATERIAL E MÉTODOS: No âmbito do curso de licenciatura em enfermagem, foi realizado um trabalho de monografia tendo por objetivo e conhecer a repercussão que um TPH tem no adolescente e família onde este está inserido. Realizou-se neste sentido uma pesquisa bibliográfica sistematizada sustentada num protocolo de pesquisa revisto por um perito. Foram selecionadas cinco bases de dados na área da saúde da plataforma EBSCO (CINAHL, MEDLINE, COCHRANE, ASC, HTA). A pesquisa foi realizada de acordo com os descritores em ciências da saúde *Medical Subject Headings*. Considerou-se também como referenciais teóricos para análise da situação experienciada pelo doente e família a Teoria das Transições, de Afaf Meleis e das alterações das NHF, Teoria das NHF, de Virgínia Henderson Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, dos 288 artigos encontrados inicialmente emergiram 10 artigos. A estes juntaram-se outras referências bibliográficas consideradas pertinentes relativamente à temática abordada. Devido à vasta informação e pertinência dos conteúdos optámos por nos focar, para o presente póster, naquela que é a vivência do processo de transplante por parte da família.



RESULTADOS: Reunida e analisada a amostra bibliográfica obtida, foi possível elencar um conjunto de constatações que demonstram como o TPH acarreta repercussões nas várias dimensões do adolescente e por conseguinte na família onde este está inserido, nomeadamente a nível emocional, organizacional e financeiro. Estas foram elencadas a partir de um estudo, de Larsen, Heilmann, Johansen & Adamsen (2013), sobre intervenções diárias da *Family Navigator Nurse (FNN)* de modo a apoiar os pais durante a experiência dos seus filhos sujeitos ao processo de TPH. Perante o processo de TPH vivenciado pela família do adolescente, cabe ao enfermeiro elaborar um processo de enfermagem implementando intervenções terapêuticas e ações de enfermagem, tornando-se assim facilitador desta transição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em suma, salienta-se a crise vivenciada pela família, destacando-se as dificuldades económicas, a ansiedade e *stress* constantes, sobrecarga de papéis sociais e sentimentos de impotência. Por outro lado, realçam-se os cuidados acrescidos a ter com o adolescente, que requerem a aquisição de competências. Tendo em conta toda a complexidade do TPH, é importante salientar a intervenção parental para a continuidade dos cuidados no domicílio, de forma a garantir a assistência e melhores condições de recuperação. Do trabalho realizado depreende-se que as intervenções terapêuticas de enfermagem têm um impacto crucial na vivência das diversas transições experienciadas pela família, sendo o enfermeiro de cuidados gerais dotado de capacidades e competências, que intervindo de forma a garantir a sensibilidade e responsabilidade na partilha de informação (Mendes, 2016). Como tal, consideramos que relativamente à enfermagem, esta é uma área profissional que pode e deve ter um forte impacto nesta temática, pois os cuidados de enfermagem têm como objetivo ajudar as pessoas a manterem a saúde, a vida, o conforto (Collière, 1999).

Referência:

Collière, M. (1999). *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Larsen, H., Heilmann, C., Johansen, C. & Adamsen, L. (2013). Socially disadvantaged parents of children treated with allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (HSCT): Report from a supportive intervention study. *European Journal of Oncology*, 302-310.

Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Revista Texto Contexto de Enfermagem*, 1-9.



AMBIENTES FAMILIARES SAUDÁVEIS

Ana Catarina Duarte*¹, Ana Paula Cardoso**¹, Patrícia Rolo***¹, Irene Santos⁺,
Paulo Nogueira⁺⁺, Andreia Costa⁺⁺⁺

*Licenciatura em Enfermagem. Mestre em Cuidados Paliativos.

**Licenciatura em Enfermagem. Licenciatura em Psicologia.

***Licenciatura em Enfermagem e em Gestão e Administração Pública. Mestre em Administração Pública.

⁺Professora Doutora, Escola Superior Saúde de Santarém

⁺⁺Doutorado em Saúde Internacional, DGS.

⁺⁺⁺Licenciatura em Enfermagem. Mestre Enfermagem Comunitária. Doutorada em Enfermagem, DGS.

¹Estudante do 6º Curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Santarém.

INTRODUÇÃO: No âmbito do Despacho n.º 3618-A/2016 do Diário da República, 2ª série n.º 49 de 10 de março de 2016, que estabelece o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados foi estudada a problemática dos ambientes familiares saudáveis, enquanto ambientes promotores de saúde.

O Plano Nacional de Saúde (2012-2016) enfatiza os estilos de vida como uma das categorias dos determinantes de saúde. Os especialistas reconhecem a necessidade de fomentar estilos de vida promotores de saúde ao longo do ciclo de vida e em todos os ambientes, no qual incluímos os ambientes familiares, onde os seus membros desenvolvem o conceito de saúde e adquirem hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis (Stanhope & Lancaster, 2011).

Considerou-se importante: identificar as necessidades de educação para a saúde no ambiente familiar, caracterizar hábitos alimentares, hábitos de atividade física, hábitos tabágicos, e identificar os meios privilegiados de comunicação que promovem a literacia em saúde.

MÉTODOS: Estudo descritivo, exploratório e transversal, amostra de conveniência constituída por 80 indivíduos, maiores de 18 anos, residentes em Portugal, que aceitaram responder ao formulário aplicado presencialmente pelas investigadoras em 2016.

RESULTADOS: Caracterização Socio Demográfica: maioria do sexo feminino, com idade entre 36 e 55 anos, 56,3% casados/união de facto, 50% empregados. Habilitações literárias 20%



bacharelato/licenciatura, 25% Secundário e 47,5% vive com um familiar. Hábitos alimentares: 86,3% considera que pode melhorar os seus hábitos alimentares, 77,5% fazem entre 3 a 5 refeições diárias, 58,8% assumem não ingerir sempre a dose diária recomendada de verduras e frutas. Hábitos tabágicos: 36,3% afirmam existir fumadores no agregado familiar, destes 51,7% referem fumar no interior da habitação. Atividade física: 51,2% afirmam não praticar e 86,3% afirmam existir locais próximos da residência para a prática. Literacia em Saúde: 71,3% não procuram informação de saúde junto dos profissionais, 23,8% não sabe se reúne condições para realizar rastreio do cancro cólon e reto, 51,2% só vão ao médico quando estão doentes e 44,8% dos fumadores não sabem onde recorrer para deixar de fumar.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS: Analisadas situações de saúde com impacto comunitário e na família, ao nível dos hábitos saudáveis (alimentação, atividade física e tabagismo) e da literacia em saúde. Considera-se que os hábitos alimentares podem ser melhorados; elevada taxa de fumadores, que fumam no interior da habitação e expõem menores ao fumo ambiental, hábitos de atividade física que demonstram inatividade e baixa literacia em saúde o que está de acordo com estudos realizados por Espanha, Ávila, Mendes (2015), em que a baixa literacia em saúde se reflete no estilos de vida. Os especialistas reconhecem a necessidade de fomentar estilos de vida promotores de saúde ao longo do ciclo de vida, em todos os ambientes, no qual incluímos os ambientes familiares, onde os seus membros desenvolvem o conceito de saúde e adquirem hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Confirmam-se as necessidades de intervenção ao nível da literacia em saúde, prioridade governamental, nomeadamente no âmbito da atividade física, promoção da saúde e prevenção da doença.

Referências:

Diário República n.º 49/10 de março de 2016, N.º 2ª Série, Ministério da Saúde. Lisboa. Despacho n.º 3618-A/2016.

Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral de saúde.

Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. (2015). *Inquérito à Literacia em Saúde em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian*. Portugal, Lisboa. Disponível em: <http://WWW.cies.iscte.pt/en/projectos/ficha.jsp?pkid=542>

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem Comunitária*. 7ª ed., Loures: Lusodidata.



INDICADORES CLÍNICOS DE PALADAR COMPROMETIDO EM DOENTES A REALIZAR QUIMIOTERAPIA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Soares, Sofia*, Oliveira, Catarina*, Braguez, Liliana**

*Estudante Enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa UCP

** RN, MSc, CNS, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem UCP Lisboa

INTRODUÇÃO: A pertinência da escolha deste tema justifica-se pela frequência com que os doentes relatam as alterações do paladar como sendo um dos efeitos secundários mais comuns da quimioterapia, sendo relatados por 46-77% destes doentes. A alteração do paladar pode permanecer até cerca de três meses após o final do tratamento, ou persistir mesmo após a eliminação completa dos citostáticos no organismo.

OBJETIVO: Identificar os indicadores clínicos que caracterizam o paladar comprometido em doentes que se encontram a realizar quimioterapia.

MATERIAL E MÉTODO: Realizámos uma revisão da literatura. Utilizou-se o motor de busca EBSCO e as bases de dados: MEDLINE, ScienceDirect, CINAHL Plus with full text, JSTOR Journals, Nursing Reference Center e Directory of open access Journals. A pesquisa foi realizada no dia 7 de Dezembro de 2015, tendo-se utilizado como descritores, dysgeusia (TI) OR taste alteration (TI) AND antineoplastic agents (TX). Sem friso temporal, foram selecionados apenas os artigos em idioma inglês. Selecionámos 183 artigos dos quais 142 foram excluídos pelo título, 14 por se encontrarem repetidos, 12 pela leitura do resumo e 5 pela leitura do texto integral tendo resultado uma amostra de 10 artigos.

RESULTADOS: Dos 10 artigos analisados, depreendeu-se que o país com maior número de publicações é os Estados Unidos da América (3 artigos), sendo os anos de publicação com maior expressão, 2010, 2012 e 2013 (2 artigos cada). Identificámos 18 indicadores clínicos sendo que os mais frequentes são "Salty Taste" e "Bitter Taste", identificados em 8 artigos, seguidos de "Sweet Taste" e "Sour Taste" em 7 artigos e "Metallic Taste" e "Umami" em 6 artigos.

CONCLUSÃO: Os indicadores clínicos acima apresentados são referidos como uma das consequências da quimioterapia. Os enfermeiros deverão estar atentos a estes indicadores quanto à sua intensidade e frequência, tendo em vista a realização com mais rigor e precisão de um diagnóstico de enfermagem, que contribua para minimizar o desconforto e melhorar a qualidade de vida dos doentes.



Referências:

August, Z., et al. (2010). Taste Alterations in Cancer Patients Receiving Chemotherapy: A Neglected Side Effect?. *The Oncologist*, 15(8), 913-920. Recuperado em 28 de setembro, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3228016/>.

Boltong, A., Spencer, R., Keast, J., Aranda, S. (2011). A matter of taste: making the distinction between taste and flavor is essential for improving management of dysgeusia. *Support Care in Cancer*, 19, 441-442.

Fujiyama, Rie, et al. (2010). Ice cube stimulation helps to improve dysgeusia. *Odontology*, 98, 82-84.

Gamper, E. M., et al. (2012). Coming to Your Senses: Detecting Taste and Smell Alterations in Chemotherapy Patients: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(6), 880-895.

Goebell, P. J., et al. (2015). A Cross-Sectional Investigation of Fatigue, Mucositis, Hand-Foot Syndrome and Dysgeusia in Advanced Renal Cell Carcinoma Treatment: Final Results From the FAMOUS Study. *Clinical Genitourinary Cancer*, 13(5), 63-67.

Halyard, M. Y., et al. (2006). Does Zinc Sulfate To Prevent Radiation-Induced Taste Alterations ("Dysgeusia") in Head and Neck Cancer Patients? A North Central Cancer Treatment Group (NCCTG) Placebo-Controlled Trial (N01C4). *International Journal of Radiation Oncology, Biology and Physics*, 66(3), 472-480.

Hovan, A. J., et al. (2010). A systematic review of dysgeusia induced by cancer therapies. *Support Care in Cancer*, 18, 1081-1087.

Imai, H., et al. (2013). Preliminary estimation of the prevalence of chemotherapy-induced dysgeusia in Japanese patients with cancer. *BMC Palliative Care*, 12(38), 2-5.

Irvine, E., et al. (2014). Treatment-related dysgeusia in head and neck cancer patients. *Cancer Treatment Reviews*, 40, 1106-1117.

Kano, T. & Kanda, K. (2013). Development and Validation of a Chemotherapy-Induced Taste Alteration Scale. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), 79-85.

Le Moigne, M., et al. (2016). Dysgeusia and weight loss under treatment with vismodegib: benefit of nutritional management. *Support Care Cancer*, 24(4), 1689-1695.

Nicholas, Z. P., et al. (2014). A Dosimetric Evaluation of Oral Tongue Sparing to Reduce Dysgeusia in Head and Neck Cancers. *International Journal of Radiation Oncology, Biology and Physics*, 90(1), s507.

Speck, R. M., et al. (2013). Taste alteration in breast cancer patients treated with taxane chemotherapy: experience, effect, and coping strategies. *Support Care Cancer*, 21, 549-555.

Steingruber, R., Gillissen, S., Bohme, C. & Strasser F. (2005). Development of an assessment instrument for chemotherapy associated dysgeusia and its implications for patients. *European Cancer Congress Suppl.*, 3(2), 446a.

Tendas, A., et al. (2013). Dysgeusia in patients with hematological malignancies: a reminder for hematologist. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 42, 352-353.

Wasserman, A. (2012). Management of Chemotherapy-Induced Dysgeusia. *Oncolink*. Recuperado em 2 dezembro, 2015, de <https://www.oncolink.org/print/pdf/9766>.

Zabernigg, A., et al. (2010). Taste Alterations in Cancer Patients Receiving Chemotherapy: A Neglected Side Effect?. *The Oncologist*, 15, 913-920.





“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupéry

A jornada que todos tivemos o privilégio de percorrer é carinhosamente definida com esta frase de Antoine Saint-Exupery. Ao longo de todos os percursos na vida, e em especial este que fizemos pela Enfermagem e com a Enfermagem, cruzamos caminhos, tocamos corações, deixamos que fiquem em nós marcas eternas. São muitas as pessoas que levamos conosco, pela importância que detiveram, são muitas as aprendizagens e alegrias que registamos, e talvez ainda mais os obstáculos e adversidades que nos exigiram tanto esforço e dedicação para serem ultrapassados.

Findados quatro anos, podemos assumir perentoriamente que levamos em nós o conforto, o carinho, a dedicação e a força que nos foram tão bem transmitidas nas cadeiras que hoje, já com saudade, deixamos para trás.

Recordamos também, traídos pelo tempo, que “ainda ontem” cruzámos a porta desta Universidade, meio a medo do que estávamos prestes a encontrar, expectantes com tudo o que aprenderíamos, mas acima de tudo, sonhadores e empreendedores, com o objetivo máximo de concretizarmos um sonho. Para todos nós, e de forma assumida, chegamos hoje, aqui, à meta que estabelecemos individualmente e em grupo, há quatro anos atrás, e que deixa em todos nós um sabor amargo e doce. Não é de “ânimo leve” que olhamos uma última vez para muitas caras que têm um significado inigualável, para projetos concretizados e para toda uma luta ambiciosa que concluímos com sucesso.

Não é também de forma simples que cruzamos uma última vez (até uma próxima vez) as portas desta casa que nos acolheu quando erámos ainda pequeninos nesta jornada que ainda agora começou e que nos acompanhará com certeza para o resto da vida. Com a



escolha que todos optámos por fazer, criámos uma grande família, escolhendo honrar a enfermagem, procurando acima de tudo a excelência que nos colocará numa posição privilegiada para tão bem cuidarmos dos outros.

Escolhemos uma das mais honrosas profissões, aquela que nos possibilita um crescimento constante, uma procura insistente de quem somos verdadeiramente e de quem é o outro que está perante nós. Uma profissão que, apesar de exigente, é recompensadora em cada momento que pomos em prática aquilo que cresceu dentro de nós, enquanto enfermeiros. Somos verdadeiramente capazes de fazer bem, promovendo no outro a capacidade de que necessita para se regenerar. Temos em nós tudo aquilo que precisamos para mudar o mundo, e torna-lo naquilo que sempre sonhámos.

Mas nada disso seria possível se não tivéssemos, primeiramente, criado enquanto turma um ambiente e um contexto adequados para o nosso crescimento enquanto pessoas. Foram também responsáveis por esta nossa união e empatia todos aqueles que, tão bem, ano após ano, nos lembraram o que era o espírito de camaradagem, o que é ser-se uma equipa bem para além de sermos um só. A todos vocês, que com momentos académicos, nos permitiram honrar o traje académico que vestimos hoje, com muito orgulho – OBRIGADA.

Hoje, mais perto do fim, agradecemos também a todos os professores, toda a dedicação, paciência, astúcia e humildade, para lidar com as nossas inconformidades, ânimos, dúvidas e incertezas, e por confiarem em nós a vossa sabedoria, fulcral para o nosso futuro. Nem todos os momentos foram fáceis, mas temos a certeza que lembrarão com carinho a turma 7, a dedicada, a das PL mais lindas, as das alunas e alunos mais giros e amorosos e sempre decididos em fazer melhor. E claro, a que se caracteriza por pequenos enfermeiros, receosos com o que aí vem, mas com a maior garra para fazer a Enfermagem chegar mais longe.

Nunca esqueceremos os passos que demos, as vitórias e dissabores que enfrentámos, nem o amor à camisola que vestimos. Viva a enfermagem! Viva o ICS! Viva a UCP!

Estudantes da turma 7, da



PATROCINADORES OFICIAIS

