

VOLUME **60** NÚMERO **1-2** **SERVIIR**
DEZEMBRO 2019

ENFERMAGEM CIÊNCIA E ARTE
DE TODOS OS TEMPOS



SERVIR

Revista de Enfermagem e
Informação Geral

EDITOR

Associação Católica de
Enfermeiros e Profissionais de
Saúde

DIREÇÃO

João Paulo Nunes

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Cristina Mancussi e Faro

Andreia Silva

Beatriz Araújo

Carlos Albuquerque

Elma Zoboli

Fernanda Trindade Lopes

Isabel Ferraz

João Mendes

Luís Lisboa

Luís Saboga Nunes

Madalena Cunha

Maria de Fátima Martins

Margarida Vieira

Olivério Ribeiro

Rosa Maria Martins

Sandra Queirós

Sérgio Deodato

Zaida Charepe

CONSELHO EDITORIAL

Ana Paula Neves

António Almeida

Elisa Garcia

Mercedes Olazabal

Maria Helena Cadete

ADMINISTRAÇÃO

Ana Paula Neves

João Paulo Nunes

ÍNDICE

4 EDITORIAL

João Paulo Nunes

Presidente da ACEPS

6 **Promoção da Saude em Enfermagem**

Um ensaio: Do modelo Salutogénico ao modelo de sistemas

MARIA DO CARMO FIGUEIREDO

JOSÉ AMENDOEIRA

14 **A simulação em enfermagem no desenvolvimento de competências não técnicas em contexto de emergência pré-hospitalar: Survey**

José Joaquim Penedos Amendoeira Martins

Emília Campos de Carvalho

Maria Regina Sardinheiro do Céu Furtado Ferreira

23 **Abordagens Preferenciais ao Ensino: Um estudo com professores do curso de enfermagem**

Júlia Santos

Amélia Simões Figueiredo

30 **Metodologia de Cuidado Humanidade: Contributo para a dignificação da pessoa nos cuidados de higiene e conforto**

Liliana Henriques

Rosa Melo

Amélia Martins

38 **O cuidar em humanidade: Uma perspetiva confortadora**

Sónia Cristina Teixeira Batista

Joana Nogueira Gameiro Capaz

Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro

47 **A dimensão espiritual nos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e sua família: Revisão integrativa**

Tetyana Kolodiy

Sousa Pontífice, Patrícia

- 59 **A Incerteza na Pessoa em Situação Crítica: Contributos para um cuidar holístico humanizado**
Joana Silva
Patrícia Pontífice Sousa
- 66 **Cuidados à boca na pessoa idosa: Que controvérsias revisão integrativa da literatura**
Joana Nogueira Gameiro Capaz
Sónia Cristina Teixeira Batista
Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro
- 75 **Investimento Pessoal e independência funcional: Estudo dos níveis e dos determinantes num grupo de idosos**
Cristiana Fermento
Rosa Martins
Sofia Campos
- 84 **Associações de Apoio à Pessoa com Deficiência ou Incapacidade: Um importante recurso nas políticas sociais**
Clara Roquette Viana
Amélia Simões Figueiredo
- 94 **Viver ou sobreviver à morte: Revisão integrativa**
Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes
Sílvia Patrícia Coelho
- 101 **Os Enfermeiros no início do século XX no Hospital Real de S. José e anexos em Lisboa**
Luís Lisboa Santos
João Paulo Nunes
Cristina Filipa Caseiro Pires
Mariana Agra Ambrósio
Mariana Teixeira de Amorim Alves
Patrícia Sofia Almeida Duarte
- 110 **Depoimento**
Maria José Augusta de Azevedo Coutinho Simeão
- 112 **Depoimento**
Enfermeira Fernanda Pinto, Associada nº 1408, Tesoureira da Direção Regional da ACEPS, de Braga



João Paulo Nunes
Presidente da ACEPS

O *Tempo* que em qualquer momento atravessamos é sempre peculiar, pois o conjunto de circunstâncias que o caracterizam é único e irrepetível. São por isso inúteis as comparações com tempos passados, que só no presente reputamos de equilibrados, com a gasta e infrutífera expressão “*no meu tempo...*”. Na ocasião, também destacámos muitas dificuldades.

Cada *Tempo* apresenta desafios originais, que são apelos à consistência das nossas competências e à criatividade que justifica a nossa esperança.

O que o *Tempo* presente nos faz desejar, é que a enfermagem se afirme como uma imprescindível resposta social. Para tal, é essencial que o foco principal da nossa criatividade não continue a ser, quase em exclusivo, o espaço hospitalar tradicional, mas sim o Ser Humano / Pessoa / Cidadão que, vivendo num equilíbrio dinâmico de saúde / desenvolvimento, circunstancialmente recorre a serviços de saúde mais diferenciados. Esta redefinição aponta para um novo paradigma de cuidados, a que Kérouak chama Transformação e cujos contornos começam já a poder observar-se.

Devem os profissionais de enfermagem deter-se a pensar sobre isto? Certamente. Simplesmente porque a fundamentação epistemológica da profissão e os novos desafios provenientes da globalização estão muito para além de uma configuração profissional de meros procedimentos técnicos.

Atente-se na Estratégia Global para a Saúde das mulheres, crianças e adolescentes, definida pela Organização Mundial de Saúde, no horizonte 2016-2030, e que nos serve de referência. Assenta em três pilares: i) **Fim das mortes evitáveis**; ii) **Desenvolvimento do potencial de saúde de cada pessoa**, centrando a ação no combate à malnutrição, no melhor acesso a cuidados de saúde preventivos e favorecedores da autonomia; iii) **Transformação do ambiente**, com o combate à pobreza nas suas diferentes formas, potencialização das oportunidades educativas e aumento da investigação científica, com promoção da inovação.

Contacto
jpnunes@esesfm.pt

O conceito de Determinantes Sociais de Saúde, que aqui está patente, incorpora a noção de que há que considerar as diferentes condições do meio em que as pessoas vivem, para compreender a sua saúde e os dinamismos inerentes à sua manutenção. A análise da influência de cada uma dessas condições pode ir, do campo individual, até ao nível da condição social e ambiental, sustentada também pelas opções socioculturais e políticas. (A. Ivo Carvalho; M. Lima Barreto)

Iremos em breve, enquanto agentes de Saúde, ser confrontados com grandes questões que dizem respeito à Vida e ao Viver dos nossos concidadãos. A análise das questões que estão na base das propostas legislativas relativas à Eutanásia será um espaço para aquilatar a maturidade de uma profissão que exige aos seus membros reflexões propiciadoras da formação de consciências críticas. Que seja uma análise ética, no plano dos princípios mais estruturantes da nossa vida individual e coletiva, evitando a casuística, *modus operandi* dos que visam não buscar a Verdade, mas apenas afirmar a “sua” convicção.

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ENFERMAGEM. UM ENSAIO: DO MODELO SALUTOGÉNICO AO MODELO DE SISTEMAS

HEALTH PROMOTION IN NURSING. AN ASSAY: FROM THE SALUTOGENIC MODEL TO THE SYSTEM MODEL

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM/ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE
QUINTA DO MERGULHÃO, SENHORA GUIA, 2005-075
SANTARÉM
INVESTIGADOR DA UIIPS
AUTOR RESPONSÁVEL PELA CORRESPONDÊNCIA.
E.MAIL: MCARMO.PEREIRA@ESSAUDE.IPSANTAREM.PT

Maria do Carmo Figueiredo

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM/ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE
QUINTA DO MERGULHÃO, SENHORA GUIA, 2005-075
SANTARÉM
INVESTIGADOR DA UIIPS, INVESTIGADOR COLABORADOR DO
CIEQV. INVESTIGADOR INTEGRADO NO CIIS_UCP
E.MAIL: JOSE.AMENDOEIRA@ESSAUDE.IPSANTAREM.PT

José Amendoeira

RESUMO

Enquadramento:

A enfermagem enquanto disciplina e profissão mobiliza conhecimentos científicos da Promoção da Saúde na sua área de intervenção. Esta foi relevada na Carta de Ottawa na prática comunitária, participação da comunidade sobre as políticas sociais e de saúde. A evidência científica salienta a abordagem de mudança de comportamento pelos enfermeiros e não a abordagem salutogénica. Este artigo surge no seguimento da tese de doutoramento em enfermagem, na qual emergiu a proposta de utilização do modelo de sistemas, integrando o modelo salutogénico.

INTRODUÇÃO

No âmbito da tese de doutoramento em Enfermagem na área da Educação, propomos uma abordagem da Promoção da Saúde (PrS) centrada num paradigma sistémico e ecológico, com mobilização do modelo de enfermagem de Neuman¹ e do modelo salutogénico de PrS², com foco na saúde e não só na doença, salientando o sentido de coerência - do inglês *sense of coherence* (SCO) - com relevo na manutenção da saúde, sendo aprovado em 1998 a sua introdução nas linhas orientadoras das políticas de PrS no século XXI, na Assembleia Mundial de Saúde³.

Mobilizar estes dois referenciais torna-se crucial, pois também Neuman reconheceu a importância de mobilizar as teorias relevantes da enfermagem e de disciplinas complementares no seu modelo⁴.

O Modelo de Sistemas^{1,4} baseia-se na teoria dos sistemas e como modelo holístico possui uma visão multidimensional da totalidade da pessoa em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido da estabilidade.

Entendendo a saúde como um bem comum e um direito, a intervenção na PrS implica uma abordagem sociopolítica, além do setor da saúde, sendo fundamental a intervenção da enfermagem neste processo, na difusão do conhecimento de perito e dar poder à pessoa, para aquisição de capacidades, de usar a literacia como forma de adquirir conhecimentos, desenvolver as próprias potencialidades e participar ativamente, assumindo o enfermeiro para si o papel de promotor de saúde^{5,25}.

Reconhecendo que a PrS é o processo de capacitação das pessoas, para que elas possam intervir, decisoramente, no seu projeto de saúde e, reportando-nos à enfermagem no paradigma da transformação⁶, esta reconhecerá nas pessoas as capacidades e habilidades para serem agentes e parceiros nos cuidados.

Considerar os referenciais da PrS no ensino de enfermagem implica um novo olhar para um modelo construtivista da formação, bem como para a intervenção dos enfermeiros. A formação em enfermagem deve favorecer as práticas educacionais e cuidados de enfermagem, que potencializem o *empowerment* das pessoas, na concretização das mudanças sociais⁷. É preciso facultar um movimento dinâmico e de permanente significado do conhecimento, de aquisição de habilidades e de atitudes, que favoreçam aos estudantes capacidades para a vida e para a profissão, assumindo-se a educação crítico-reflexiva⁷.

Com este ensaio desenvolvemos uma exposição teórica, reflexiva e argumentativa sobre os modelos teóricos adotados para os cuidados de enfermagem.

OBJETIVO

Propor uma reflexão crítica em torno do modelo de sistemas de Neuman e do modelo salutogénico de Antonovsky, com contributo para a abordagem da PrS.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A PrS e enfermagem no século XXI

A PrS⁸ é o “processo de capacitação que permite às pessoas aumentar o controlo e melhorar a sua saúde”, o que estimula a participação ativa e o exercício do poder da pessoa e da comunidade, no controlo das suas condições de saúde e qualidade de vida, agindo sobre os determinantes de saúde^{9,10}, sendo a saúde entendida como um recurso para a vida.

Os modelos de enfermagem incluem a PrS na História Natural da Doença (HND)¹¹, o que é entendível, dado que à data da sua conceção (segunda revolução da saúde epidemiológica-meados do século XX) o foco era centrado na doença¹² e a intervenção incidia em medidas preventivas, sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida.

Será então importante agregar ao modelo de sistemas a PrS como um nível anterior e distinto da prevenção, como referido pela Community Health Nurses of Canada (CHNC)¹³, ao considerar a PrS como o primeiro *Standard* da prática da enfermagem e a prevenção como o segundo *Standard*.

Objetivo:

Propor uma reflexão crítica em torno destes modelos com contributo para a abordagem da Promoção da Saúde em enfermagem.

Metodologia:

Ensaio com exposição teórica, reflexiva e argumentativa.

Resultados:

Com os contributos do modelo salutogénico para o modelo de sistemas, a enfermagem tem um suporte orientador para a formação e prática da Promoção da Saúde, acompanhando a pessoa, num paradigma de transformação.

PALAVRAS-CHAVE:

PROMOÇÃO DA SAÚDE; ENFERMAGEM; MODELO DE SISTEMAS; MODELO SALUTOGÉNICO; SENTIDO DE COERÊNCIA;

SUMMARY

Background:

Nursing as a discipline and profession mobilizes scientific knowledge of Health Promotion in its area of intervention. This was highlighted in the Ottawa Charter in community practice, community participation on social and health policies. The scientific evidence emphasizes the approach of behavior change by the nurses and not the salutogenic approach. This article follows the doctoral thesis in nursing, in which emerged the proposal of using the systems model, integrating the salutogenic model.

Objective:

To propose a critical reflection around these models with contribution to the approach of Health Promotion in nursing.

Methodology:

Essay with theoretical, reflective and argumentative exposition.

Results:

With the contributions of the salutogenic model to the systems model, nursing has a guiding support for the formation and practice of Health Promotion, accompanying the person, in a paradigm of transformation.

KEYWORDS:

HEALTH PROMOTION; NURSING; SYSTEMS MODEL; SALUTOGENIC MODEL; SENSE OF COHERENCE

No *Standard* da prevenção, a enfermagem foca-se nos fatores de risco e, entre outras intervenções, reconhece padrões e tendências em dados epidemiológicos e prestação de serviços, e usa estratégias para melhorar a saúde, selecionando o nível de prevenção apropriado¹³.

No *Standard* da PrS a enfermagem foca-se nos determinantes de saúde e intervém com indivíduos, famílias, grupos e comunidades, para fazer uma avaliação abrangente das potencialidades, dos problemas e necessidades, para aceder a dados de qualidade¹³.

A WHO⁸ salienta três estratégias básicas de PrS: capacitação para o autocuidado, autoajuda e ação sobre o ambiente; mediação criando contextos de aprendizagem e advocacia, favorecendo o desenvolvimento de iniciativas locais para melhorar a saúde e bem-estar.

Para a formulação de estratégias nos estilos de vida, ambiente e envolvimento político e profissional, a WHO⁸ e a CHNC¹³ apresentam cinco domínios de ação prioritários: construir políticas públicas saudáveis em direção à equidade em saúde; criar ambientes favoráveis à saúde para fortalecer a abordagem socio ecológica da saúde; reforçar a ação comunitária para a saúde com a sua participação efetiva, na seleção de prioridades, na tomada de decisões e desenvolvimento de estratégias para o alcance de melhor nível de saúde; desenvolver as competências pessoais na manutenção da autonomia ao longo do ciclo vital e no enfrentar das doenças, bem como na construção de parcerias; e reorientar os serviços de saúde, na mudança do foco de comportamentos a nível individual para a saúde coletiva⁸.

Face ao designado pela Carta de Ottawa⁸ e o defendido pelos vários autores, com os quais corroboremos, a enfermagem já deveria ter adotado uma abordagem humanística, de ganhos em saúde, mas continua a seguir uma abordagem individualista centrada na mudança de comportamentos e prevenção da doença.

A estratégia Health 2020¹⁴, como quadro de referência para as políticas europeias de saúde, centra-se na prevenção, na melhoria da saúde, no bem-estar e na redução das desigualdades em saúde, investindo ao longo do ciclo vital, capacitando os cidadãos, e no desenvolvimento de comunidades resilientes e ambientes protetores, através da PrS. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016¹⁵ refere que os profissionais de saúde devem interessar-se por uma perspetiva holística e salutogénica da saúde, e avaliar a sua intervenção pelo impacto na saúde e bem-estar.

O Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão

a 2020¹⁶ propõe uma cultura de cidadania para a promoção da literacia e do *empowerment*, para as pessoas se tornarem mais autónomas e co responsáveis, em relação à sua saúde e à de quem deles depende.

Reportando-nos aos paradigmas de enfermagem torna-se importante o avançar para o paradigma da transformação⁶, enquanto base de abertura da ciência de enfermagem ao mundo, inspirada nas novas conceções da disciplina. Este paradigma na disciplina de enfermagem permite relevar o modelo salutogénico da PrS, em conciliação com o modelo de sistemas, na construção e desenvolvimento, não só na disciplina, mas também na profissão, numa perspetiva de saúde positiva e de um outro olhar para os cuidados de enfermagem.

DO MODELO SALUTOGÉNICO

O modelo salutogénico desenvolvido por Antonovsky questiona “*de onde nos advém a saúde?*” É neste sentido que o paradigma em saúde – salutogénese^{2,17,18} estuda as origens da saúde física, psicológica, sociocultural e espiritual. Este conceito consiste numa proposta inovadora, que ajuda as pessoas na resolução de problemas e gestão do stresse, desempenhando uma ação promotora da saúde e de qualidade de vida.

O modelo considera a pessoa saudável, como aquela que consegue desenvolver o SCO ao longo da vida, tendo como objetivo a potenciação dos fatores salutogénicos (individuais e coletivos), para manter a saúde e o bem-estar. Apresenta-se como alicerce para a formação e para a prática de enfermagem no âmbito da PrS.

Este modelo reconsidera a saúde na contemporaneidade e o stresse fora do modelo biomédico^{2,17}. A saúde é um nível em que a pessoa está consciente de que a vida faz sentido e que cada um possui os recursos adequados para a orientar, e com eles é capaz de enfrentar e ultrapassar os desafios do quotidiano.

Estimula uma mudança do paradigma patogénico para o paradigma salutogénico, apresentando o SCO como conceito operacionalizador, e o conceito de “recursos gerais de resistência” (RGR): “gerais” por serem efetivos em qualquer tipo de situação e “resistência” devido aos recursos aumentarem a capacidade das pessoas para lidarem, positivamente, com os fatores adversos e, por sua vez, aumentarem a sua resistência, dando forma ao SCO.

No paradigma salutogénico² Antonovsky considera que a PrS deve acompanhar a orientação patogénica e não substituí-la. O modelo constitui-se

como base de fundamentação para a PrS por três razões: o foco coloca-se na resolução e na procura de soluções para os problemas; identifica RGR, que ajudam as pessoas a seguir em direção à saúde positiva; identifica um discernimento global e geral nas pessoas, cuja capacidade se reflete no SCO^{2,17,19}.

O SCO é entendido como uma orientação global, que define a capacidade da pessoa, com um perseverante e empreendedor sentimento de confiança, que defronta os estímulos intrínsecos e extrínsecos da sua vida como estruturados, previsíveis e explicáveis – isto designa-se de capacidade de compreensão (componente cognitiva), primeira força determinante^{2,17,18,19}. Uma segunda força é a capacidade de gestão (componente instrumental / comportamental), que se expressa pelo sentimento da pessoa ter recursos ao seu alcance para responder às exigências dos estímulos. Quanto mais elevado for o sentido de gestão da pessoa, menos esta se sente negativa pelos acontecimentos e menos considera a vida como adversa^{2,17,18,19}. A terceira força do SCO é a capacidade de investimento (componente motivacional), considerada a mais importante, pelo compromisso da pessoa, ao considerar as exigências dos estímulos como desafios, encontrando razão para neles investir a sua energia e interesse^{2,17,18,19}.

Estes três componentes estão interrelacionados, contudo, podem existir situações em que as experiências e acontecimentos de vida do indivíduo originem scores baixos num componente e elevados noutro².

O modelo pode ser utilizado ao nível do indivíduo, dos grupos e da comunidade.

O SCO tem sido mobilizado pelos enfermeiros na supervisão clínica, em intervenção com grupos e com doentes, demonstrando a evidência científica que o sentido de coerência é influenciado por essas intervenções¹⁹.

Antonovsky² aborda os conceitos de entropia (doença) e negentropia (saúde), substituindo a homeostase do modelo biomédico por heteroestase, pois considera que todas as pessoas se encontram num estado de desequilíbrio dinâmico heteroestático e todas estão expostas a stressores, independentemente do seu *status*, de condições monetárias, entre outros.

DO MODELO DE SISTEMAS

O modelo de sistemas de Neuman¹ integra-se no paradigma da integração e na escola de pensamento dos efeitos desejados. Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são: o ser humano, os stressores e a reação da pessoa aos mesmos.

Este modelo foi desenvolvido para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreender a pessoa, grupo ou comunidade em interação com o ambiente.

Neuman¹ no desenvolvimento do seu modelo baseou-se em várias teorias de que destacamos: a Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy e a Teoria do Stresse de Seyle que aborda o stresse e a forma como a pessoa se adapta a ele⁴.

A última teoria está associada à teoria dos acontecimentos de vida, que analisa os efeitos dos stressores prejudiciais ou favoráveis nas pessoas. Segundo este modelo o processo de estabilidade é fundamental, pois se a pessoa permanecer demasiado tempo em desequilíbrio, a satisfação das suas necessidades pode ser comprometida e consequente adoecer.

A pessoa é um sistema aberto, apresentada como uma estrutura básica de energia, com linhas concêntricas: a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa, as linhas de resistência, que funcionam como uma barreira aos fatores de stresse (intra, inter ou extrapessoais) e a prevenção como intervenção de enfermagem nos fatores de risco, em direção a um estado dinâmico de harmonia e equilíbrio - homeostase.

O sistema cliente é constituído pelas variáveis: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais, que funcionam, harmoniosamente, em relação aos fatores de stresse internos e/ou externos sobre o cliente¹. A linha flexível de defesa é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Ela age como um amortecedor, quando o ambiente é stressante, e como protetora, quando o ambiente oferece apoio, atuando como uma força positiva, que contribui para o crescimento e desenvolvimento.

O modelo de Neuman inclui a PrS ao nível da prevenção da (HND)¹¹, o que é criticado por vários autores^{20,21}. A prevenção, numa perspetiva epidemiológica, define-se como intervenções orientadas para evitar o aparecimento de doenças/problemas específicos, reduzindo a incidência e prevalência das mesmas. As intervenções de prevenção e de educação para a saúde organizam-se através de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos^{20,21}.

METODOLOGIA

Com este ensaio pretendemos discutir, com exposição teórica, reflexiva e argumentativa, os modelos teóricos referidos para a enfermagem, face aos achados empíricos obtidos com a investigação realizada.

DISCUSSÃO

Refletindo sobre os modelos apresentados, consideramos que no modelo de sistemas existem conceções defendidas por Neuman que vão em direção ao paradigma da transformação e da PrS, pois encara os fenómenos em interação recíproca com o ambiente, e a pessoa é vista como totalidade (*wholistic*), um todo indissociável, maior que a soma das partes, com múltiplas dimensões, funcionando no contínuo saúde - doença.

De acordo com a figura 1 - Da literacia em saúde e *empowerment* para a manutenção da saúde - Renovar o olhar na PrS - as intervenções de enfermagem no modelo de sistemas têm como foco a prevenção, indo no sentido do equilíbrio da pessoa, reforçando a linha flexível de defesa e a linha normal de defesa, protegendo a estrutura básica do sistema cliente, face aos stressores. As linhas de resistência agem como protetoras da estrutura básica, sendo ativadas quando as linhas de defesa são invadidas pelos stressores ambientais - intra, inter ou extrapessoais¹.

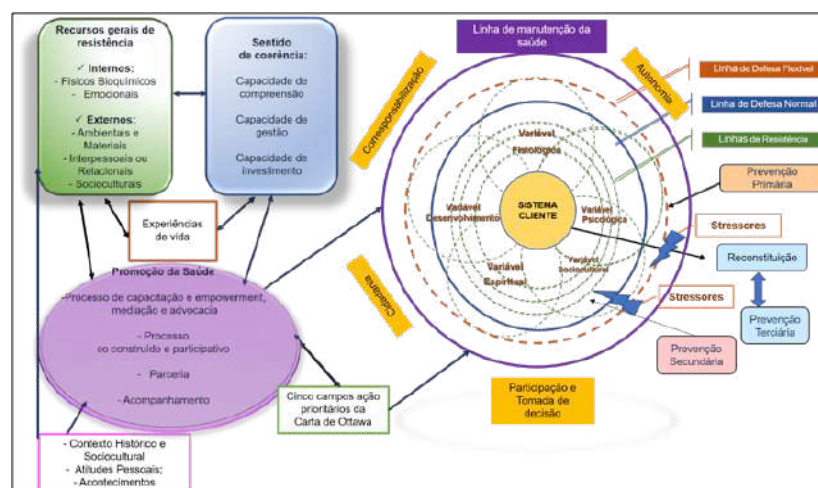


FIGURA 1

Da literacia em saúde e empowerment para a manutenção da saúde - Renovar o olhar na PrS

Suportando-nos no modelo salutogénico da PrS², acrescentaríamos ao modelo de sistemas uma linha exterior, que designaríamos de linha da manutenção da saúde, que significa qualidade de vida e bem-estar, em que as pessoas mobilizam as suas experiências de vida e os seus RGR internos e externos, para enfrentar os stressores. Estes recursos podem ser: ambientais, como o contexto em que a pessoa se desenvolve; materiais, como educação, saúde, ocupação, ambiente físico e outros; físicos e bioquímicos que integram os fatores genéticos e incluem a capacidade do sistema imunitário para combater a doença; emocionais, referem-se à identidade do eu, à identificação do papel e à personalidade; interpessoais ou relacionais que incluem a rede de suporte social das pessoas; socioculturais evidenciam a forma como a pessoa se adapta ao ambiente e como está inserida na comunidade, dando significado à sua existência ^{2,17,18,19}.

As pessoas com mais capacidades e energia têm mais potencialidades para intensificar a manutenção da saúde, e vice-versa.

Os RGR resultam em parte do contexto social, cultural e histórico, do desenvolvimento e dos papéis sociais influentes. A força com que os RGR podem ser mobilizados depende do sentido de coerência ^{2,17,18,19}.

A enfermagem intervém com as pessoas na PrS pela potenciação dos fatores salutogénicos, através da literacia em saúde, capacitando as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar. Desenvolve o processo de capacitação, através de atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e relação de confiança e negociação^{22,23,24}, para que a pessoa possa manter ou atingir o seu bem-estar, dando-lhe a oportunidade de refletir sobre os seus próprios sentimentos e experiências, e lidar melhor com a vida quotidiana, após o encontro com o enfermeiro no processo de cuidados. Os enfermeiros desenvolvem a mediação⁸ na construção de capacidades das pessoas e na formação de alianças estratégicas com os parceiros sociais e a advocacia⁸ na combinação de intervenções individuais e coletivas para garantir o compromisso político, a responsabilidade e a adesão social.

Assim a PrS é um processo que tem como finalidade o desenvolvimento das pessoas, reforçando os seus fatores protetores - RGR - através do sentido de coerência, que lhes dá a possibilidade de interpretar a realidade, de mobilizar recursos e de participarem na resolução dos problemas, o que conduz à responsabilização pela sua saúde, pela saúde das suas famílias e da comunidade onde estão inseridos ^{2,17,18,19}.

O processo da PrS requer o acompanhamento das pessoas pelos enfermeiros, ao longo do tempo, num processo co construído e participativo, partindo do estabelecimento mútuo de objetivos, em que aquelas adquirem autonomia, bem como exercício de cidadania, com consciência na tomada de decisão e participação no controle deste processo. Para a formulação de estratégias nos estilos de vida, ambiente e envolvimento político e profissional, os enfermeiros intervêm nos cinco domínios de ação prioritários ^{8,9,13}.

O conceito “sentido de coerência” refere-se ao modo como cada pessoa interpreta a vida na perspetiva cognitiva, afetiva e motivacional e na forma como cada um mobiliza e utiliza os recursos disponíveis, para manter a saúde e o bem-estar ^{2,17,18,19}. Este conceito reflete uma visão da vida pessoal e a capacidade de responder a situações stressantes. É uma orientação global para ver a vida como estruturada, viável e com significado.

O “sentido de coerência” influi nos diferentes sistemas do organismo humano: nos processos de pensamento (cognição) que delimitam quando uma certa situação é ou não segura, agradável ou desagradável. Ao mobilizar os RGR, o sucesso da sua utilização leva à redução do estado de tensão, influenciando o sistema fisiológico no processamento do stress. As pessoas com um forte “sentido de coerência” têm uma maior capacidade de fazer escolhas saudáveis (dieta equilibrada, exercício físico), ou estabelecer limites e evitar situações que possam afetar a sua saúde ¹⁹.

RESULTADOS

Com os contributos do modelo salutogénico para o modelo de sistemas, a enfermagem tem um quadro de referência, para a formação e para ampliar a prática de enfermagem, acompanhando a pessoa, no paradigma de transformação.

Com este mesmo paradigma, os enfermeiros têm como objetivo melhorar o sentido de coerência dos clientes, nas suas três componentes: compreender o ambiente circundante como fazendo sentido – capacidade de compreensão; utilizar os recursos disponíveis como resposta às exigências da sua situação – capacidade de gestão; compreender os requisitos produzidos pela situação como meritórios de investimento - capacidade de investimento¹⁹.

Destaca-se a necessidade de implementar, no ensino, o conceito abrangente do processo saúde-doença, adotando-se o conceito de PrS em confronto ao modelo biopsicossocial, que caracteriza a formação e a intervenção dos enfermeiros⁷.

CONCLUSÃO

Face às exigências requeridas aos enfermeiros no século XXI, estes necessitam refletir a sua prática profissional, atendendo à evolução das políticas de saúde nacionais e internacionais, na melhoria da saúde da população mundial, procurando a redução das desigualdades sociais, pondo em destaque a participação, como processo essencial para o *empowerment* da pessoa e da comunidade e literacia.

O contributo do modelo salutogénico para a teoria de sistemas e para o conhecimento específico de enfermagem coloca-se, no nosso entendimento,

numa estrutura teórica com amplitude para enquadrar e dar significado à disciplina e à atividade profissional.

O modelo salutogénico ao utilizar uma perspectiva transformadora, do “ser com a pessoa”⁶ nos processos saúde-doença, enfatiza a abordagem centrada na singularidade das pessoas (indivíduo, família e comunidade), permitindo que a literacia em saúde e o *empowerment* suportem o foco humanístico e holístico, na PrS^{22,23,24}. Ao incluir as pessoas cuidadas como parceiras, neste processo, releva a centralidade das mesmas no processo de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model*. (3th ed). USA: Library of Congress.
2. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot. Int.* 11 (1), 11-18. ISSN: 0957-4824
3. WHO (1997) *Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe*, Copenhagen
4. Freese, Barbara T. (2004). Betty Neuman, in Tomey, Ann Marriner & Allgood, Martha Raile. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra Modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência
5. Bernardino, D., Silva, I. B., & Figueiredo, M. C. (2013). O empoderamento em enfermagem comunitária: análise de um contexto. *Revista da UIIPS*, 4 (1), 182-197. ISSN 2182-9608
6. Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Québec: Maloine.
7. Silva, K. L., Sena, R. R., Grillo, M. J. C., Horta, N. C., & Prado, P. M. C. (2009). Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Rev Bras Enferm*, 62, p.86-91.
8. World Health Organization (1986). Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion. Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1.
9. Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à ação*. Coimbra: Edições Almedina.
10. Figueiredo, C; Amendoira, J.; Serra, M. & Branco, I. (2014). Promoção da saúde e empowerment no cuidar da criança em idade pré-escolar: Revisão sistemática da literatura, *Revista da UIIPS*, 2 (5), 89 - 102. ISSN 2182-9608
11. Leavell, H. & Clark, e. g. (1978). *Medicina Preventiva*. S. Paulo: McGraw-Hill Inc.
12. Terris, M. (1992). Concepts of health promotion: dualities in public health theory. *J Public Health Policy*, 13 (3), 267-276. Acido outubro 24, 2014 em https://pdfs.semanticscholar.org/30fe/f4d9aed36c5b0adf60265f0bf_323b9a-fb578.pdf
13. Community Health Nurses of Canada (CHNC) (2011). *Canadian community health nursing: professional practice model & standards of practice*. Acido outubro 05, 2015 em <https://chnc.ca/documents/chnc-standards-eng-book.pdf>
14. World Health Organization (2012). *Health 2020: the European policy for health and well-being*. WHO Regional Committee for Europe in September 2012. Acido janeiro 02, 2017 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62_wd09-Eng.pdf
15. Direção Geral da Saúde (2012a). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS.
16. Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde: Extensão 2020*. Lisboa: DGS
17. Saboga-Nunes, L.A. (1999) - O sentido de coerência. Escola Nacional de Saúde Pública, 1989, dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Pública, UNL
18. Santos, F.R; Valverde, P.R.; Rodríguez, C. M. & García, M. H. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública*, 85 (2) 129-139. ISSN: 1135-5727. Acido maio 07, 2017 em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272011000200002
19. Carrondo, E. M. (2006). *Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Tese de Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança - Universidade do Minho, Braga, Portugal. Acido julho 10, 2010 em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6276/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENTO.pdf>
20. Czeresnia, D; Freitas, C.M. (2003). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz
21. Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2007). Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*, 17 (1), 15-28. ISSN 1809-4481. Acido julho 07, 2011 em: <http://www.scielo.org/pdf/physis/v17n1/v17n1a02.pdf>
22. Hermansson, E., & Martensson, L. (2010). Empowerment in the midwifery context-a concept analysis. ISSN 0266-6138. Acido julho 07, 2011 em: *Midwifery journal homepage*: www.elsevier.com/midw.
23. McCarthy, V., & Freeman, L. H. (2008). A Multidisciplinary Concept Analysis of empowerment: Implications for nursing. *JTCT: The Journal of Theory Construction and Testing*, (12), 2, 68-74. ISSN: 1086-4431. Acido julho 07, 2011 em <http://ir.library.louisville.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1043&context=faculty>
24. Virtanen, H., Leino-Kilpi, H., & Salanterä, S. (2007). Empowering discourse in patient education. *PEC: Patient Education and Counseling*, 66, 140-146. ISSN: 0738-3991 Acido junho 17, 2011 em [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(07\)00004-3/fulltext](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(07)00004-3/fulltext)
25. Dempsey, C.; Battel-Kirk, B., Barry, M. M. (2011). *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook*. Paris: International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Acido julho 12, 2016 em http://www.salutare.ee/files/CompHP_Competencies_Handbook.pdf

A SIMULAÇÃO EM ENFERMAGEM NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS EM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR: SURVEY

THE SIMULATION IN NURSING AND THE DEVELOPMENT OF NON-TECHNICAL SKILLS IN PRE-HOSPITAL EMERGENCY CONTEXT: SURVEY

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM, ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM, UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM, CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
E.MAIL: jose.amendoeira@essaude.ipsantarem.pt

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO, CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM
E.MAIL: ecdcava@usp.br

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM, UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
E.MAIL: regina.ferreira@essaude.ipsantarem.pt

José Joaquim Penedos Amendoeira Martins

Emília Campos de Carvalho

Maria Regina Sardinheiro do Céu Furtado Ferreira

RESUMO

Objetivo

Analisar a contribuição da simulação no desenvolvimento das competências não técnicas em enfermeiros de emergência pré-hospitalar

Método

Estudo descritivo, analítico, com recurso a um Web questionário.

Foi utilizada uma amostra de conveniência da região centro-sul de Portugal composta por 52% dos enfermeiros (N=65) que atuam em equipas de emergência pré-hospitalar de três regiões.

Dados tratados com recurso ao SPSS22, com estatística

INTRODUÇÃO

No âmbito deste estudo, o processo de reanimação cardiopulmonar deve ser compreendido como um processo de cuidados, conceito que no domínio científico da enfermagem se caracteriza como a interação entre o doente (centro dos cuidados) e o profissional que possui os saberes e as competências adequadas ao diagnóstico de enfermagem, ao planeamento e à execução da intervenção que ele próprio executa e monitoriza¹.

Os saberes essenciais para o desempenho no processo de cuidados podem ser adquiridos de formas distintas e constituem-se em saberes teóricos, teórico-práticos, práticos e a simulação, desenvolvidos tanto em contexto académico como profissional². A forma como os enfermeiros se apropriam do conhecimento abstrato para o inserirem em contextos de ação profissional, em culturas organizacionais complexas e como o articulam com outras formas de saber (experiência no trabalho quotidiano) permite-lhes diagnosticar, interpretar e identificar as ações adequadas para cuidar nas situações-problema³.

Os cuidados em emergência pré-hospitalar, e em especial a reanimação cardiopulmonar, podem ser considerados como estressantes para os profissionais da equipa de saúde e, em concreto, para os enfermeiros; contudo constituem-se como experiências de reflexividade e de construção de aprendizagem e desenvolvimento de compe-

tências técnicas e não técnicas. Em relação a estas últimas, a literatura evidencia que pode ocorrer uma expectativa entre os membros da equipa, que a liderança seja assumida pelo profissional mais competente, isto é, aquele que demonstra continuidade nas competências não técnicas ao longo do processo de reanimação cardiorrespiratória⁴.

A literatura identifica a relevância do estudo das competências não técnicas para além da liderança, mas com ela relacionada como a comunicação entre os profissionais, o trabalho de equipa e a organização de tarefas, pela melhoria da qualidade dos cuidados que as mesmas promovem em situações de reanimação cardiorrespiratória⁴.

Neste estudo, assume-se também que, embora as competências de liderança pré-existent e o talento possam influenciar positivamente o desempenho da equipa, essas competências podem ser melhoradas em programas específicos de ensino de liderança e outras competências não técnicas, constituindo-se esta uma orientação/recomendação da American Heart Association⁵.

Assiste-se na atualidade a uma crescente pressão pública sobre os contextos, por parte da sociedade, no sentido destes documentarem as competências dos seus profissionais⁶, neste sentido, a simulação assume um papel importante quando assenta no desenvolvimento de cenários que procuram recriar a complexidade das situações de cuidados muito próximos da realidade, só possível com recurso a um ou mais tipos de simulação, desde a baixa à alta-fidelidade^(7,6).

Embora a simulação possibilite aos educadores e aos aprendentes novas oportunidades para fortalecer as competências, é fundamental que educadores e investigadores adquiram o conhecimento e as habilidades necessárias para usar esta estratégia de educação, desenvolvendo cenários realistas, projetando e validando métodos de ensaio normalizados e fiáveis⁶. Esta ideia é reforçada quando se considera esta estratégia associada a outros métodos de ensino para promover a aprendizagem, reforçando os princípios da educação de adultos, capacitando-os para construir aprendizagens através da experiência de participação em cenários⁸.

Estes cenários necessitam ser construídos o mais próximo possível da realidade, numa abordagem centrada no estudante, capacitando-o para construir estratégias de abordagem centrada nos doentes, por forma a satisfazer as necessidades de cuidados individuais, nomeadamente a partir do primeiro encontro entre o profissional e o doente, acompanhando-o como participante dos cuidados mais do que objeto dos mesmos^(9,10).

É relevante considerar a utilização da simulação

descritiva dos mesmos e consequente análise com recurso às medidas de tendência central e de dispersão. O estudo foi aprovado por uma Comissão de Ética competente.

Resultados

A simulação emerge como estratégia utilizada na formação destes profissionais em contexto escolar e de trabalho, sendo valorizada para a aquisição e desenvolvimento das competências não técnicas. Os enfermeiros valorizam a utilização das competências não técnicas no evento e contexto em estudo, identificando-as claramente e atribuindo-lhes diferentes níveis de relevância. Os saberes são considerados como recursos importantes no processo de cuidados em situações complexas para as quais o Debriefing, enquanto momento da simulação, é considerado pelos enfermeiros como relevante para a aprendizagem.

DESCRIÇÕES:

ENFERMAGEM; SIMULAÇÃO E
COMPETÊNCIAS NÃO-TÉCNICAS

ABSTRACT

Goal

To analyze the simulation contribution to the development of non-technical skills in pre-hospital emergency nurses

Method

Descriptive, analytic study using a Web questionnaire. A convenience sample was used in the central south region of Portugal made up by 52% of nurses (N = 65) working in prehospital emergency teams from three regions. The data were analyzed using the SPSS22, proceeding to a descriptive analysis of the same and subsequent analysis, using the measures of central tendency and dispersion. The study was approved by a competent Ethics Committee.

Results

The simulation emerges as a strategy used in the training of these professionals both in the school and work context, being valued for the acquisition and development of non-technical skills. Nurses

value the use of non-technical skills at the event and context for study, identifying them clearly and assigning them different levels of relevance. Knowledge is regarded as important resources in the process of care in complex situations for which the Debriefing, as time of simulation, is considered by nurses relevant and important for learning.

KEYWORDS:

NURSING; SIMULATION; NON-TECHNICAL
SKILLS

para preparar os profissionais na gestão da paragem cardíaca em que é importante reconhecer arritmias graves, fazer reanimação cardiorrespiratória e desfibrilhação, e administrar medicamentos de urgência em pessoas que requerem cuidados críticos fazendo-o através de cenários que permitem visualizar a demonstração e integrar o próprio cenário com um manequim de alta-fidelidade¹¹.

Constituindo-se as competências não técnicas como foco deste estudo, assume especial relevo o estatuto atribuído ao *debriefing*, como momento de elevada importância em todo este processo.

A contribuição desta etapa reflexiva necessita ser enfatizada em experiências de aprendizagem por simulação, sendo demonstrado que os ganhos em conhecimento para lidar com o evento paragem cardíaca só foram alcançados depois do *debriefing*⁴.

O *Debriefing* é considerado por muitos como o tempo mais importante da simulação (que ocorre após o cenário estar concluído) na medida em que permite promover o desenvolvimento das competências não técnicas capacitando os aprendentes a aprender a partir da crítica aos aspetos da sua própria performance relacionada com as competências não técnicas, possibilitando em simultâneo aos professores explorar e monitorizar as competências dos aprendentes relacionadas com o pensamento crítico⁹.

Durante o *debriefing* podem emergir outras dimensões no âmbito das competências não técnicas, de que se destacam a gestão da situação, a comunicação assertiva e a liderança, sendo identificado pelos aprendentes que esta etapa é a mais benéfica da simulação^(12, 13).

Ao se considerar a relevância destas competências no sucesso do atendimento a pessoas com paragem cardíaca, pretende-se compreender como os profissionais têm utilizado a simulação para a sua aprendizagem e uso no exercício profissional.

Objetivo: Analisar a contribuição da simulação no desenvolvimento das competências não técnicas em enfermeiros de emergência pré-hospitalar.

MÉTODO:

Trata-se de um estudo descritivo, tipo *survey*, com recurso à utilização de um *software* on-line.

Para a obtenção de dados quantitativos sob a forma de inquérito online¹⁴ elaborado com o recurso ao software *SurveyMonkey*¹⁵, integrando as variáveis de interesse, a saber: - variáveis sociodemográficas (idade, género); variáveis socioprofissionais (tempo de exercício profissional e tempo de

exercício no contexto, referidos pelos enfermeiros como relevantes; qualificação académica e qualificação profissional); - competências não técnicas em contexto de emergência pré-hospitalar (Comunicação; Cooperação; Liderança) e Simulação (Alta fidelidade, Média e baixa Fidelidade).

Decidiu-se utilizar o questionário web, em que o participante é direcionado para um *website* com o objetivo de responder a um questionário. Apesar de poder ser considerado¹⁶ que a opção pelo email *survey* é associada a pequenos grupos de internautas, homogêneos, enquanto os *Web surveys* têm sido usados para estudar grandes grupos de internautas, decidiu-se pela segunda opção, no sentido de ser esta a que melhor assegura o princípio ético da manutenção do anonimato dos respondentes, o que assegurámos pela metodologia desenvolvida¹⁵. Foi constituída uma amostra de conveniência circunscrita a uma região que abrange a existência de oito equipas de emergência, no estudo designadas por VMER (Viatura Médica de Emergência) de uma região de Portugal, com um total de 125 potenciais sujeitos da investigação. Destes, 65 aceitaram participar através de consentimento informado individual, não ocorrendo nunca a possibilidade de ser identificada a identidade do respondente pelo investigador. O contato com os participantes foi mediado pelos respetivos coordenadores das VMER.

O questionário é constituído por questões qualitativas (60) e quantitativas (30), das quais 7 são escalas tipo Lickert¹⁷.

Os dados foram colhidos no período entre 04 de abril e 20 de abril de 2015.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética não é só uma questão de normas consensualizadas, é antes de tudo uma questão de pessoas comprometidas com um modo de atuar, pelo que atendemos aos princípios éticos subjacentes à investigação com pessoas, garantindo o sigilo e anonimato. O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.

O acesso ao campo ocorreu depois das devidas autorizações, considerando os consentimentos informados bem como os pareceres das instituições e respetivas Comissões de Ética em Saúde, sempre que se constituiu como exigência da respetiva instituição (em duas das instituições participantes, foi necessário submeter o projeto aos respetivos comités de ética em saúde, com parecer positivo em ambas).

RESULTADOS:

Quanto à caracterização sociodemográfica dos respondentes, 78,5 % têm menos de 45 anos de idade, 13,8 % entre os 45 e os 50 anos, 6,2% entre os 50 e os 55 anos e 1,5% dos 55 aos 60 anos; e 60% do género masculino.

Em função do objetivo, interessa caracterizar o contexto por referência aos recursos e demais variáveis que os enfermeiros consideram importantes mobilizar para uma adequada intervenção junto da pessoa em paragem cardiorrespiratória no contexto pré-hospitalar.

Relativamente aos recursos organizacionais necessários para atuar na situação estudada, constata-se que a VMER corresponde à maior percentagem de respostas (N=63; 56,8%), seguindo-se a SIV (N=25; 22,5%). As “outras” respostas (20,7%) distribuíram-se 14 para ambulâncias (12,6%); 8 para bombeiros (7,2%) e 1 para helicóptero (0,9%). Quanto aos recursos humanos verifica-se que os mais valorizados pelos participantes do estudo são os enfermeiros (41,4%), seguindo-se os Médicos (38,9 %). Os outros recursos humanos são as categorias menos referidas, salientando-se os Técnicos Auxiliares de Emergência (TAE) e a necessidade de bombeiros com formação em SBV.

Dos recursos materiais referenciados, destaca-se as ambulâncias (62,6%), motos (9,1%), helicópteros (3%), e outros (25,3 %), a saber: o veículo ligeiro de transporte de médicos e enfermeiros (VMER) e as condições de segurança.

Quanto aos equipamentos os enfermeiros valorizam sobretudo os desfibriladores (67,7%). Como outros equipamentos (27,1%) surgem os adjuvantes da via aérea (aspirador, fármacos, ventilador, monitor cardíaco, material de punção). Apenas 5,2% dos enfermeiros referem os equipamentos informáticos.

Os saberes, enquanto recurso, são valorizados por todos, distribuindo-se de forma relativamente homogênea, sendo os mais valorizados os saberes técnicos (26,8%) e com menor percentagem os saberes éticos (23%).

Considerando o desenvolvimento das competências não técnicas no contexto caracterizado, na tabela 1 descrevemos os resultados referentes ao contexto escolar e ao contexto de trabalho, a partir da tipologia de saberes: teóricos, teórico-práticos e práticos que a suportam.

A dimensão teórico-prática (40,4%) é a característica mais relevada da formação em contexto escolar, seguida da simulação (32,5%). As dimensões teórica e prática, separadamente, têm uma percentagem inferior e semelhante, respetivamente, 13,9% e 13,2%. Para a formação em contexto de

trabalho são mais valorizadas as dimensões teórico-práticas (37%) e a simulação (32,2%), apresentando estes valores semelhantes às mesmas modalidades na formação em contexto escolar.

TABELA 1

Distribuição da contribuição dos diferentes tipos de saberes nos contextos escolar e do trabalho, para o desenvolvimento das competências não técnicas.

DIMENSÕES DOS SABERES	CONTEXTO ESCOLAR		CONTEXTO TRABALHO	
	N	%	N	%
TEÓRICA	21	13,9	18	12,3
TEÓRICO-PRÁTICA	61	40,4	54	37,0
PRÁTICA	20	13,2	27	18,5
SIMULAÇÃO	49	32,5	47	32,2
TOTAL	151	100,0	146	100,0

Os enfermeiros que responderam assinalando a simulação como relevante para a formação quer em contexto escolar (32,5% dos respondentes), quer em contexto de trabalho (32,2% dos respondentes) apontam a alta-fidelidade como a característica mais valorizada: contexto escolar (54,9% - N=28), contexto de trabalho (59,5% - N=25).

Dada a relevância da experiência profissional e de acordo com os resultados observados (Tabela 2), verifica-se que em média os enfermeiros consideram essencial desenvolver uma experiência profissional entre mais de um ano e até cinco anos (valores de $M > 2,69$ e $< 3,23$) para uma adequada intervenção perante a vítima de PCR nos vários contextos – Urgência, Cuidados Intensivos, Bloco operatório, Medicina e Cirurgia. Contudo, em relação à VMER, acham que entre um e dois anos ($M=1,7$) é a experiência profissional importante para essa intervenção.

TABELA 2

Medidas de tendência central e de dispersão da variável tempo de exercício profissional, em anos e por contexto, perante vítima em paragem cardiorrespiratória

	URGÊNCIA	C. INTEN- SIVOS	B. OPER- ATÓRIO	MEDICINA	CIRURGIA	VMER
N	63	61	54	52	53	61
NÃO RESPOSTA	2	4	11	13	12	4
MÉDIA	2,92	2,69	2,76	3,21	3,23	1,72
MEDIANA	3,00	3,00	3,00	3,50	4,00	1,00
MODA	3	3	3	4	4	1
DESVIO PADRÃO	1,09	0,90	1,06	1,11	1,19	1,23

	URGÊNCIA	C. INTEN- SIVOS	B. OPER- ATÓRIO	MEDICINA	CIRURGIA	VMER
MÍNIMO	1	1	1	1	1	1
MÁXIMO	7	5	5	5	5	6

Nota: Categorias das variáveis: 1=[0-1]; 2=[>1-2]; 3=[>2-5]; 4=[>5-10]; 5=[>10-15]; 6=[>15-20]; 7=[>20-25]; 8=[>25-30]; 9=[>30-35]; 10=>35anos

Relativamente à importância atribuída às competências não técnicas, avaliada numa escala de 1 (nada importante) a 5 (extremamente importante), os enfermeiros consideram que em média elas são muito importantes ($M=4,11 \pm 0,84$), variando as respostas obtidas entre pouco importante ($Min=2$) e extremamente importante ($Max=5$).

Na interação com os outros elementos da equipa pré-hospitalar, numa escala de scores variando de 1 a 5, os enfermeiros referem como muito importante ($M= 4,08 \pm 0,77$; $Min=2$; $Máx=5$) o conhecimento das competências não técnicas.

Verifica-se também que os enfermeiros consideram, numa escala de scores variando de 1 a 4, que as competências não técnicas influenciam muito ($M=3,37 \pm 0,71$; $Min=2$; $Máx=4$) o resultado numa situação de RCP e que em média os seus parceiros da equipa de emergência utilizam muito adequadamente ($M= 2,94 \pm 0,70$; $Min=2$; $Máx=4$) essas competências.

De entre os membros da equipa de emergência pré-hospitalar (Enfermeiros, Médicos, TAE e Bombeiros), segundo referem os enfermeiros, aqueles que mobilizam as competências não técnicas são sobretudo os enfermeiros ($M= 2,74 \pm 0,47$) e os médicos ($M= 2,457 \pm 0,59$), constatando-se que os enfermeiros “nunca” deixam de mobilizar estas competências.

O recurso ao *debriefing* e a sua frequência é referida pelos enfermeiros como frequente ($M=2,91 \pm 0,82$; $Min=2$; $Max=4$) e considerado muito relevante ($M= 3,59 \pm 0,50$; $Min=3$; $Max=4$).

Observa-se ainda, atendendo as médias, que as competências não técnicas consideradas mais relevantes pelos enfermeiros, por ordem decrescente, são: liderança, trabalho de equipa, tomada de decisão, organização de tarefas, comunicação, pensamento crítico, julgamento clínico, motivação e relação de ajuda (Tabela 3)

A liderança e trabalho de equipa foram consideradas as competências mais importantes pelo maior número de enfermeiros ($Moda=9$), bem como a tomada de decisão e a organização de tarefas ($Moda= 8$ e 7 , respetivamente); por outro lado, a relação de ajuda, motivação, julgamento clínico, pensamento crítico e comunicação foram consideradas as menos fundamentais pelo maior número

de enfermeiros (Moda entre 1 e 3) (Tabela 3).

TABELA 3

Medidas de tendência central e de dispersão das competências não técnicas, na perspectiva dos enfermeiros

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MODA	MÉDIA	S. D.
LIDERANÇA	65	1,00	9,00	9	6,57	2,26
TRABALHO DE EQUIPA	65	1,00	9,00	9	6,38	2,58
TOMADA DE DECISÃO	65	1,00	9,00	8	6,20	2,31
ORGANIZAÇÃO DE TAREFAS	64	1,00	9,00	7	6,02	1,71
COMUNICAÇÃO	63	1,00	9,00	2	5,66	2,16
PENSAMENTO CRÍTICO	62	1,00	8,00	3	4,05	1,89
JULGAMENTO CLÍNICO	61	1,00	9,00	3	3,97	2,37
MOTIVAÇÃO	64	1,00	9,00	2	3,81	2,47
RELAÇÃO DE AJUDA	65	1,00	9,00	1	2,82	2,07

Relativamente ao aprofundamento das competências não técnicas, os enfermeiros referem que se desenvolvem essencialmente pela experiência profissional (62,9%) mas também pela experiência formativa (19,4%), sendo a simulação considerada muito importante ($M = 4,06 \pm 0,93$) para o aprofundamento das competências deste tipo, numa escala de 1 (nada importante) a 5 (extremamente importante).

Quanto às diferentes tipologias de simulação para o aprofundamento das competências não técnicas os enfermeiros consideram em média, a partir de uma escala onde 1= nada relevante e 4= extremamente relevante, que a mais adequada é a alta-fidelidade ($M=3,66$). As outras modalidades de simulação são referidas com médias inferiores: baixa fidelidade ($M=2,85$) e média fidelidade ($M=3,14$). (Tabela 4).

A fim de darmos resposta ao objetivo, procedemos ao estudo da tipologia da simulação e algumas relações com outras variáveis.

A importância que os enfermeiros atribuem à simulação para o aprofundamento das competências não técnicas é significativa para qualquer uma das modalidades de simulação (baixa fidelidade ($r=.34$; $p \leq .01$); média fidelidade ($r=.39$; $p \leq .003$) e alta fidelidade ($r=.40$; $p \leq .002$).

TABELA 4

Medidas de tendência central e de dispersão da relevância das tipologias de simulação

	BAIXA FIDELIDADE	MÉDIA FIDELIDADE	ALTA FIDELIDADE
N	54	57	59
NÃO RESPOSTAS	11	8	6
MÉDIA	2,85	3,14	3,66
MEDIANA	3,00	3,00	4,00
MODA	2,00	3,00	4,00
SD	1,19	,96	,76
MÍNIMO	1,00	2,00	2,00
MÁXIMO	5,00	5,00	5,00

A simulação é considerada pelos enfermeiros igualmente importante e significativa para o conhecimento das competências não técnicas quando na interação com os outros elementos da equipa, independentemente do tipo de fidelidade, baixa fidelidade ($r=.39$; $p \leq .004$); média fidelidade ($r=.41$; $p \leq .002$) e alta fidelidade ($r=.43$; $p \leq .001$).

Os enfermeiros consideram relevante a tipologia de simulação em relação ao número de anos de experiência profissional por serviço onde prestam os cuidados (Tabela 5), verificando-se no geral que quanto menor é o número de anos de experiência profissional maior é a importância atribuída pelos enfermeiros dos diferentes serviços às várias tipologias de simulação, nomeadamente os que prestam cuidados em serviços de urgência e UCI. Relativamente aos enfermeiros que trabalham na VMER, semelhantes resultados só se verificam, mas em relação à simulação de alta-fidelidade e, pelo contrário, aqueles que trabalham em Serviços de medicina a relação é significativa para a tipologia de simulação de baixa fidelidade.

O serviço de Cirurgia não apresenta resultados significativos.

TABELA 5

Relação entre as tipologias de simulação e a relevância que os enfermeiros consideram aos anos de experiência profissional necessárias para o aprofundamento das competências não técnicas nos diferentes serviços de internamento

SERVIÇOS	URGÊNCIA	UCI	BO	MEDICINA	VMER
BAIXA FIDELIDADE	-.29	-.33	-.38	-.36	
MÉDIA FIDELIDADE	-.41	-.37	-.30		
ALTA FIDELIDADE	-.39	-.33			-.30

Correlações significativas $p \leq .01$.

A simulação é considerada pelos enfermeiros como uma estratégia para a tomada de decisão ética e permite, na média, melhorar “sempre” a sua prática nas dimensões Dilemas, Conflitos, Comunicação de más notícias, Centralidade da pessoa nos cuidados e Centralidade da família nos cuidados. Verifica-se que o valor médio em cada uma das dimensões é próximo ou superior a 2,5 (“sempre”) e na dimensão da centralidade da pessoa nos cuidados a resposta varia entre às vezes (Min=2) e sempre (Max.=3).

Os enfermeiros consideram que as competências não técnicas influenciam o resultado numa situação de RCP e são significativas para qualquer das tipologias de simulação, verificando-se que quanto maior a importância atribuída a cada uma das tipologias de simulação, maior é a valorização da influência da mesma perante a RCP [baixa fidelidade ($r=.30$; $p\leq.004$); média fidelidade ($r=.33$; $p\leq.002$) e alta fidelidade ($r=.40$; $p\leq.001$)]. Segundo os enfermeiros a valorização é semelhante ou superior para os parceiros da equipa de emergência: baixa fidelidade ($r=.51$; $p\leq.000$); média fidelidade ($r=.47$; $p\leq.000$) e alta fidelidade ($r=.38$; $p\leq.001$)..

As competências não técnicas são valorizadas de forma diferente de acordo com a experiência profissional dos enfermeiros dos serviços de internamento. Assim, observa-se que quanto mais anos de experiência profissional dos enfermeiros dos serviços de Cirurgia e UCI maior é a valorização do julgamento clínico ($r=-.31$; $p<.01$) e pensamento crítico ($r=-.29$; $p<.01$) e trabalho de equipa ($r=-.29$; $p<.01$), respetivamente dos serviços de cirurgia e UCI. E, por outro lado, quanto menos anos de experiência profissional dos enfermeiros que trabalham na urgência ($r=-.28$; $p<.01$) e na VMER ($r=-.31$; $p<.01$), é respetivamente menor a valorização do pensamento crítico e tomada de decisão.

DISCUSSÃO:

Os participantes do estudo são 60% do género masculino e 40% do género feminino, constituindo-se no inverso em relação a Portugal, 80% género feminino e 20% do género masculino.

No que respeita aos recursos considerados como essenciais ao desenvolvimento da RCP em contexto de emergência pré-hospitalar relevam-se os resultados quanto aos recursos humanos na característica das equipas multiprofissionais¹⁸, evidenciando-se a intervenção de enfermagem, caracterizada pela valorização da utilização das competências não técnicas. Os enfermeiros e os médicos são os profissionais que melhor utilizam as competências não técnicas. Esta evidência pode ser relacionada com a perspectiva da Ordem dos

Enfermeiros em Portugal¹⁹, quando sustenta a necessidade da cada vez maior visibilidade dos enfermeiros na emergência pré-hospitalar.

Releva-se como resultado a refletir na utilização dos saberes de diferentes tipos perante a pessoa em paragem cardíaca, que os enfermeiros inquiridos consideram os saberes éticos numa percentagem menor (23%) que os saberes técnicos (26,8%), os saberes científicos (26,0%) e os saberes humanos (24,3%), tal achado pode ajudar a compreender uma menor valorização da tomada de decisão ética, centrada na pessoa como participante no processo de cuidados.

Os enfermeiros participantes deste estudo, em consonância com a literatura (10, 12), valorizam a formação em contexto escolar de forma semelhante à que ocorre em contexto de trabalho sendo de relevar os achados quanto à tipologia da simulação, quando é esta a metodologia de formação referida, apontando a alta-fidelidade como a modalidade mais adequada ao desenvolvimento das competências nesta área de trabalho.

Outro aspeto é o fato de os enfermeiros aparentemente não valorizarem a acreditação das instituições formadoras, preferindo que a formação aconteça em primeiro lugar nas Escolas Superiores de Saúde/Enfermagem e também no INEM. Independentemente da constatação anterior, a formação é valorizada pelos enfermeiros, encontrando paralelo com a literatura mundial, quando se refere à educação contínua em enfermagem através da simulação, como essencial desde a graduação aos cursos de especialização, sugerindo mesmo a possibilidade da recertificação por esta via (20-21). Esta perspetiva apontada pelos enfermeiros necessita ser traduzida no domínio da revisão curricular em enfermagem, decorrendo a responsabilidade dos professores(22) na reflexão sobre a conjugação entre a abordagem educacional centrada no estudante, que aprende o processo de cuidados com o doente como participante do mesmo (23). Estaremos assim perante a emergência do paradigma da aprendizagem transformativa (24), pelo qual emerge a importância da aprendizagem sobre a interpretação do fenómeno experienciado, permitindo uma interação mais eficaz com o mundo real.

Importa igualmente relevar a evidência da necessidade de experiência profissional, em contextos de cuidados diferenciados, resultado que, analisado à luz do modelo de Patrícia Benner, configura o perfil de um profissional proficiente a caminho do perito (25).

Quanto menos anos de experiência profissional dos enfermeiros que trabalham na urgência e na

VMER é respetivamente menor a valorização do pensamento crítico e tomada de decisão, provavelmente pela maior experiência que promove o desenvolvimento destas competências nestes serviços.

As competências não técnicas integram o discurso dos enfermeiros que trabalham em emergência pré-hospitalar, evidenciando claramente as que referem utilizar bem como a valorização das mesmas, realçando a liderança como relevante em situações de cuidados (11), como a que se constitui foco deste artigo. As competências não técnicas, na perspetiva dos enfermeiros, são aprofundadas a partir da experiência profissional em associação com o recurso à simulação de alta-fidelidade, o que, embora encontre eco na literatura mundial, não se constitui como um resultado consensual entre os investigadores mundiais (11,27).

O debriefing constitui-se, para os participantes deste estudo, como uma etapa essencial da simulação, pela frequência com que é utilizado e relevância que lhe é atribuída, resultado consonante com a literatura mundial em que estudantes (enfermeiros) e professores consideram este momento da simulação essencial à reflexão e apropriação das competências não técnicas (27).

LIMITAÇÕES

O estudo apresenta limitações decorrentes do tamanho da amostra e possivelmente do método de colheita de dados utilizado, que por ser uma estratégia ainda não muito difundida pode ter tido reflexo na taxa de respostas.

Contudo, os dados são consistentes e com implicações para a enfermagem em diferentes domínios: Clínica, releva-se essencialmente a importância atribuída pelos enfermeiros à utilização das competências não técnicas no processo de cuidados, com ênfase para a utilização da simulação de alta-fidelidade como estratégia adequada para promover a aquisição e desenvolvimento das referidas competências;

Ensino revela a necessidade de rever a oferta curricular e de programas de educação contínua, onde se promova a aquisição e desenvolvimento das competências não técnicas;

A investigação neste tópico é imperativa, no sentido do aprofundamento da importância da simulação na aquisição e desenvolvimento de competências não técnicas, bem como, de forma muito concreta, a tomada de decisão ética neste contexto.

CONCLUSÃO:

Foi possível analisar o processo de desenvolvimento das competências não técnicas pelos enfermeiros em equipa de emergência pré-hospitalar, no evento reanimação cardiopulmonar, através da identificação dos recursos nomeadamente os saberes que suportam o desenvolvimento das mesmas, tanto em contexto escolar como em contexto de trabalho. Para a análise contribui o reconhecimento das características dos contextos formativos e de trabalho e da experiência profissional, ambas promotoras da aquisição e desenvolvimento das mesmas, bem como respetivo nível de importância atribuído.

A utilização da simulação foi considerada como relevante no processo de aquisição e desenvolvimento de competências não técnicas em emergência pré-hospitalar, considerando os inquiridos que a simulação de alta-fidelidade é a que melhor responde a esta necessidade.

Releva-se o resultado a partir da relação entre o menor número de anos de experiência profissional com a maior importância atribuída, pelos enfermeiros dos diferentes serviços, às várias tipologias de simulação, nomeadamente em serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos.

Os respondentes assinalam a importância que necessita ser dada à simulação, também no *Debriefing*, considerando-o como o momento da simulação que permite suportar a tomada de decisão ética, em processos de cuidados complexos como é o caso do problema estudado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amendoeira, José; Barroso, Isabel; Figueiredo, Maria do Carmo; Fonseca, Olímpia; Godinho, Celeste; Reis, Alcinda; Saragoila, Fátima & Silva, Mário (2014) Enfermagem Avançada. Contributo para o processo de teorização em Enfermagem. Revista UIIPS Vol2 (5): 232-249 http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2015/01/Revista-da-UIIPS_N5_Vol2_ESSS_2014.pdf
2. José Amendoeira; Celeste Godinho; Alcinda Reis; Rosário Pinto; Mário Silva & Júlia Santos (2013) Simulação na educação em enfermagem. Conceitos em transição. REVISTA da UIIPS Dezembro Vol. 1 (4) 212-228 http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2013/07/Revista-da-UIIPS_N4_Vol1_2013_ISSN-2182-9608.pdf
3. Amendoeira, José (2006). Enfermagem: Disciplina do conhecimento. Sinais Vitais (67): 19-27
4. Hunziker, Sabmina et al (2013). Importance of leadership in cardiac arrest situations: from simulation to real life and back. Swiss Med Wkly. 143:w13774 doi:10.4414/smw.2013.13774
5. American Heart Association (2010) Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. Guidelines CPR ECC: 28
6. Decker, Sharon; Sportsman, Susan; Puetz, Linda; Billings, Lynda. The evolution of simulation and its contribution to competency. J Contin Educ Nurs 2008;39(2):74-80
7. Galloway, S (2009). Simulation techniques to bridge the gap between novice and competent healthcare professionals. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, vol.14, nº 2, Manuscript. DOI: 10.3912/OJIN.Vol14No02Man03
8. Blevins, S (2014). The impact of simulation on patient care. Nurses as Educators, March-April, vol 23, nº2, Medsurg Nursing
9. Parker, B & Myrick, F (2010) Transformative Learning as a context for Human Patient Simulation. Journal of Nursing Education 49 (6), 326-332
10. Locsin, RC, Slemple, LO, Lynn, Christine E (2008) Caring scholar response to: Grounding nursing simulations in caring: an innovative approach. International Journal for human Caring 12(2), 47-49
11. Hoadley, TA (2009) Learning advanced cardiac life support: a comparison study to the effects of low and high-fidelity simulation. Nursing Education Research 30 (2) 91-95
12. Gordon, CJ & Buckley, T (2009) The effect of high-fidelity simulation training on medical-surgical graduate nurses? Perceived ability to respond to patient clinical emergencies. Journal of Continuing Education in Nursing 40 (11), 491-498
13. Shinnick, M. A., Woo, M., Horwich, T. B., & Steadman, R. (2011, May). Debriefing: The most important component in simulation? Clinical Simulation in Nursing, 7(3), e105-e111. doi:10.1016/j.cnsn.2010. 11.005.
14. Creswell, John W. (2003). Research design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches, 2nd ed. London, Sage Publications, ISBN 0-7619-2442-6
15. Bryman, Alan (2012). Social Research Methods, 4th Edition, Oxford University Press. ISBN-13: 978-0199588053
16. Sheehan, K. B. (2001), E-mail Survey Response Rates: A Review. Journal of Computer-Mediated Communication, 6: 0. doi: 10.1111/j.1083-6101.2001.tb00117.x
17. Hill, M.M. & Hill, A. (2002). Investigação por Questionário. Lisboa : Edições Silabo, Lda.
18. Riem, N. Boat, S., Bould, MD, Tavares, W. Do technical skills correlate with non-technical skills in crisis resource management: a simulation study. Br J. Anaesth. 2012 Nov, 109 (5): 723-8 DOI: 10.1097/bje/aes256
19. Ordem dos Enfermeiros (2013). Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar. Acesso em 25-01-2014, acesso em 17 de setembro de 2015 <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/ModeloIntegradoEmergenciaPre-HospitalarResolucaoMelhorarSocorro.aspx>
20. Sportsman, Susan Competency Education and Validation in the United States: What Should Nurses Know? Nursing Forum Volume 45, No. 3, July-September 2010. Pp.148-149
21. Nagle, BM, McHale, JM, Alexander, GA & French, BM (2009) Incorporating Scenario-Based Simulation into an Hospital Nursing Education Program. The Journal of Continuing Education in Nursing 40 (1), 18-25
22. Jeffries, PR (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nursing Education Perspectives [Nurs Educ Perspect] Mar-Apr; Vol. 26 (2) 96-103.
23. Parker, B & Myrick, F (2010) Transformative Learning as a context for Human Patient Simulation. Journal of Nursing Education 49 (6), 326-332
24. Mezirow, J (1995) Transformative Learning: Theory to Practice. New Directions for Adult and Continuing Education 74, 5-12
25. Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley, pp. 13-34
26. Lapkin, S & Levett-Jones, T (2011) A cost-utility analysis of medium vs. high-fidelity human patient simulation manikins in nursing education. Journal of Clinical Nursing 20, 3543-3552
27. Dreifuerst, KT (2009) The essentials of debriefing: A concept analysis. Nursing Education Perspectives 30 (2), 109-114

ABORDAGENS PREFERENCIAIS AO ENSINO: UM ESTUDO COM PROFESSORES DO CURSO DE ENFERMAGEM

PREFERENTIAL APPROACHES TO TEACHING: A STUDY WITH TEACHERS OF THE NURSING COURSE

DOUTORANDA EM ENFERMAGEM NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA.
E.MAIL: JULIA.SANTOS@ESSAÚDE.IPSANTAREM.PT;
E.MAIL: JULIAMARSANTOS@GMAIL.COM

Júlia Santos

PROFESSORA AUXILIAR DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA.
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE.
E.MAIL: SIMOESFIGUEIREDO@ICS.LISBOA.UCP.PT

Amélia Simões Figueiredo

RESUMO

A adoção de abordagens ao ensino focadas no estudante promove o envolvimento, pensamento crítico e reflexivo dos estudantes do ensino superior.

Objetivos:

Conhecer o perfil sociodemográfico e profissional dos professores de Enfermagem; identificar as Abordagens Preferenciais ao Ensino no âmbito das Unidades Curriculares Enfermagem, nos quatro anos de formação; identificar diferenças nas

INTRODUÇÃO

A preocupação com a melhoria da qualidade do ensino superior, decorrente das profundas alterações sociais, económicas e tecnológicas, tem dado origem a mudanças marcantes nas Instituições de Ensino Superior. Diversas iniciativas têm vindo a ter lugar, destacando-se a preocupação com uma sólida formação em termos científicos, mas também flexível e inovadora, que possa preparar os estudantes para um contexto de trabalho que se perspetiva de alguma instabilidade e em transformação permanente.

Tanto as instituições como os professores têm desenvolvido um esforço acrescido para a adoção de práticas pedagógicas focadas no estudante, apelando ao envolvimento ativo e à responsabilidade pela própria formação. Porém, ainda se verificam situações em que os estudantes utilizam predominantemente uma abordagem superficial e orientada para a memorização e reprodução, resultante da perceção que possuem sobre o que é requerido pelo contexto académico^{1,2}.

Nesta perspetiva, Festas³ defende uma escola, ensino e aprendizagem centrados em saberes contextualizados, alternativos aos conhecimentos académicos que se apresentavam como os principais objetivos da escola tradicional.

respostas ao Inventário sobre Abordagens ao Ensino em função da caracterização sociodemográfica e profissional docentes.

Metodologia:

Utilizou-se o Inventário sobre Abordagens ao Ensino, versão portuguesa, e o Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional.

Resultados:

Verifica-se uma predominância do género feminino e idade entre 51 e 60 anos. A maioria dos professores possui como abordagem preferencial ao ensino a que visa alcançar Mudança Conceptual Focada no Estudante, destacando-se os de idade inferior a 50 anos. Paralelamente, os professores que lecionam aulas Teórico-práticas são os que menos se aproximam das abordagens ao ensino do tipo Transmissão de Informação Focadas no Professor, relativamente àqueles que não as lecionam.

PALAVRAS-CHAVE

ABORDAGENS AO ENSINO; ESTUDANTE; PROFESSOR; ENFERMAGEM.

ABSTRACT

The adoption of student-centered approaches to teaching promotes the involvement, critical thinking and reflection of higher education students.

Aims:

To know the sociodemographic and Professional profile of Nursing teachers; to identify the Preferential Approaches to Teaching within the Nursing Curricular Units, during the four years of formation; to identify differences in the responses to the Inventory on Approaches to Teaching in function of the sociodemographic and Professional characterization of teachers.

Methodology:

The Approach to Teaching Inventory, Portuguese version, and the Sociodemographic and Professional Characterization Questionnaire were used.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A aprendizagem constitui uma forma de interagir com o mundo pois, à medida que se aprende, altera a conceção dos fenómenos e interpreta-se o mundo de forma diferente. A aquisição de informação por si só não conduz à mudança, mas sim o modo como se estrutura essa informação. Assim, a educação tem a ver com a mudança conceitual e não apenas com a aquisição de informação, e tem lugar quando: (i) existem objetivos bem definidos; (ii) os estudantes estão motivados; (iii) os estudantes estão comprometidos com a tarefa; (iv) os estudantes trabalham em colaboração e diálogo com os colegas e professores⁴.

Historicamente as abordagens à aprendizagem foram identificadas em estudos qualitativos, e posteriormente operacionalizadas em estudos quantitativos, em particular por Entwistle e Biggs, que exploraram a forma como os estudantes resolviam as tarefas⁵, ou seja, o tipo de abordagens à aprendizagem que utilizavam: (i) abordagem profunda, quando existia tentativa de reconstruir o conhecimento através da compreensão pessoal, e (ii) abordagem superficial, quando existia tentativa de reprodução de informação associada à intenção de satisfazer os requisitos percebidos como mais valorizados pelo professor⁶. Posteriormente foi identificada a (iii) abordagem estratégica⁷ ou de alto rendimento⁴, que se baseia na competição e valorização pessoal, em que os estudantes tentam obter as melhores classificações e, para tal, organizam o tempo, o espaço de trabalho e focam a atenção no que é requerido pelo professor.

As funções do professor no ensino superior transportam-nos naturalmente às conceções (modos de pensar) sobre a docência e às estratégias (modos de agir) docentes, tema explorado na linha de investigação em torno do pensamento de alguns pesquisadores. Constituem exemplo os estudos desenvolvidos por Kember e Kwan⁸, e por Trigwell e Prosser⁹, nos quais é estabelecida uma relação entre as conceções de ensino do professor e as estratégias de ensino utilizadas. Prosser, Trigwell e Taylor¹⁰ definiram duas grandes tipologias de abordagens ao ensino: (1) as que têm a intenção de alcançar *Mudança Conceptual sendo Focadas no Estudante* (MCFE), e (2) as que visam a *Transmissão de Informação, sendo Focadas no Professor* (TIFP). Os professores que adotam estratégias de mudança conceitual têm uma abordagem mais global ao ensino do que os professores que utilizam apenas transmissão de informações. Esta abordagem pode parecer diferente quando adotada em diferentes disciplinas, porém, o foco de toda a abordagem profunda constitui a inten-

ção de que o estudante apreenda as ideias e procure significados. Diferentes abordagens ao ensino estão relacionadas a diferentes abordagens para a aprendizagem¹². Ao adotar uma abordagem do tipo MCFE, os professores possuem uma estratégia centrada no estudante com o objetivo de transformar os seus modos de pensar sobre o assunto. Eles focam a atenção no estudante, e monitorizam as suas percepções, atividades e compreensão. A transmissão é considerada necessária, mas raramente suficiente, pois estes professores assumem os estudantes como construtores do seu próprio conhecimento, desafiando a discussão de ideias através da apresentação de questões e problemas¹¹. Os mesmos autores relevam que os elementos da abordagem (de transmissão) TIFP estão incluídos na abordagem MCFE, mas os elementos de uma abordagem (centrada no estudante) MCFE não faz parte da TIFP. Devido a esta inclusividade, uma abordagem MCFE é considerada mais global e a abordagem TIFP mais limitada.

Como constatamos, o ensino, a aprendizagem e a avaliação são processos interligados. No modelo de alinhamento construtivo proposto por Biggs⁴, no qual se perspectiva um alinhamento entre os objetivos curriculares, as atividades de ensino e aprendizagem, e as atividades de avaliação, o “*quê*” e o “*como*” aprendem os estudantes, depende em grande medida de como estes entendem o processo de avaliação. No ensino alinhado, a avaliação constitui o principal complemento do ensino e da aprendizagem. Mensurar apenas resultados e produtos de aprendizagens como forma de avaliar o ensino, pode configurar-se como uma grande falácia¹², pois não informa adequadamente como se operam a aprendizagem e a construção de conhecimentos⁴; o ensino pressupõe mudanças, e aprender significa que algo mudou, e que os estudantes são capazes de compreender ou fazer algo que anteriormente não conseguiam. Neste esteio, são diversos os estudos que referem que a utilização da avaliação formativa e utilização de processos de auto e heteroavaliação estão associadas a melhores aprendizagens². Simultaneamente, a avaliação formativa constitui uma estratégia de inovação pedagógica, que perspectiva o envolvimento constante, consciente e refletido dos estudantes, sendo a modalidade de avaliação que permite e compromete o recurso a procedimentos e instrumentos de avaliação e de autoavaliação diversificados¹³. Diversos autores^{4,2,14} referem também que na avaliação formativa se utilizam os resultados como feedback da aprendizagem, de forma a que possa servir para melhorar tanto a aprendizagem dos estudantes como melhorar o ensino.

Results:

There is a predominance of the female gender and age between 51 and 60 years. The majority of teachers have a preferential approach to teaching that aims to achieve Conceptual Change Focused on the Student, especially those younger than 50 years. At the same time, the teachers who teach theoretical-practical classes are the ones that approach least to the approaches to Teaching-Focused Information Transmission in relation to those who do not teach them.

KEYWORDS

APPROACHES TO TEACHING; STUDENT;
TEACHER; NURSING.

É neste contexto, aliado à escassez de estudos sobre a temática no âmbito do ensino superior, que consideramos relevante conhecer as abordagens ao ensino, que os professores adotam na Educação em Enfermagem.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo, descritivo e transversal, num paradigma quantitativo, realizado numa Escola Superior de Saúde portuguesa, tem como objetivos: (i) conhecer o perfil sociodemográfico e profissional dos professores a lecionar a Unidade Curricular (UC) Enfermagem, nos quatro anos de formação; (ii) identificar a Abordagem Preferencial ao Ensino (APE) adotada na Educação dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, nos quatro anos de formação; (iii) identificar diferenças nas respostas às subescalas do Inventário sobre Abordagens ao Ensino em função do grau académico, classe etária, anos de docência, UC, tipologia de aulas lecionadas, titularidade da UC.

PARTICIPANTES

A população acessível era constituída por 35 professores a lecionar a UC Enfermagem nos quatro anos de formação. Contudo, a amostra ficou constituída por 28 participantes, pela incompletude e subsequente anulação de sete questionários. Trata-se de uma amostra de tipo não probabilística e por conveniência.

INSTRUMENTOS

1. Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos professores - construído pela investigadora principal, de modo a caracterizar o perfil dos participantes do ponto de vista sociodemográfico e profissional.

É constituído por nove questões, relativas à categoria profissional, grau académico, anos de docência, idade, género, UC que leciona, número de estudantes na turma, tipologia de aulas que leciona e titularidade da UC.

2. Inventário sobre Abordagens ao Ensino - o Approaches to Teaching Inventory (ATI), desenvolvido por Trigwell, Prosser e Ginns¹², traduzido, validado e adaptado para a população portuguesa por Lopes¹⁵, com a finalidade de explorar alguns elementos do modo de ensinar do professor universitário num determinado contexto, disciplina ou curso. A teoria subjacente ao desenvolvimento deste instrumento sugeriu que a abordagem ao ensino, que visa a transmissão de informação / focada no professor, está relacionada a uma abordagem superficial da aprendizagem, enquanto que a abor-

dagem ao ensino que visa uma mudança conceitual / abordagem focada no estudante se relaciona com uma abordagem profunda da aprendizagem. Tanto a versão original em inglês, como a portuguesa do IAE, são constituídas por 22 itens. A análise das qualidades métricas efetuadas no estudo de validação permitiu verificar valores de consistência interna aceitáveis, com valores de alfa de Cronbach acima de 0,75 para ambas as dimensões, que compõem o inventário: (1) APE do tipo MCFE, e (2) APE do tipo TIFP¹⁷.

Este instrumento é constituído por um conjunto de afirmações (itens), em que metade das afirmações é representativa de uma abordagem ao ensino do tipo MCFE e a outra metade é representativa de uma abordagem do tipo TIFP. Os itens estão organizados de forma aleatória, sendo pedido aos professores que se posicionem para cada um dos itens numa escala de *Likert* que vai de um (raramente ou nunca, verdadeiro para mim nesta disciplina) até cinco (quase sempre ou sempre, verdadeiro para mim nesta disciplina). A APE de um professor é identificada através da média das respostas obtidas ao conjunto das afirmações de cada uma.

PROCEDIMENTOS

Oficializámos o pedido de autorização de recolha de dados à Direção da Escola e parecer da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Seguidamente ao pré-teste com três professores, colocaram-se os instrumentos numa plataforma digital. Enviou-se e-mail à população visada com o *link* para preenchimento do instrumento. O consentimento informado era facultado pelo participante no instrumento, sendo assegurado o carácter voluntário da participação, confidencialidade e anonimato. A recolha de informação decorreu entre 26 de outubro e 01 de dezembro de 2017.

Os dados foram sujeitos a análise estatística descritiva e inferencial no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Na análise estatística inferencial foram utilizadas provas estatísticas não paramétricas por se tratar de uma amostra pequena (n=28). Para testar diferenças entre dois níveis de uma variável foi usado o teste *U de Mann-Whitney*, alternativa não paramétrica ao *t-student*.

RESULTADOS

Relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional, a maioria dos professores tem entre 51 e 60 anos (67.9%), 25% têm entre 41 e 50 anos, 3.6% entre 31 e 40 anos, e 3.6% entre os 61 e 70 anos. São do sexo feminino 92.9% e 7.1% do sexo

masculino. Os Professores Adjuntos constituem 96.4% da amostra, e 3.6% os Professores Coordenadores. São maioritariamente mestres (60.7%), 32.1% são doutores e 7.1% licenciados. Dos inquiridos, 60.7% têm entre 11 e 20 anos de docência, 25% entre 21 e 30 anos, 10.7% entre 31 e 40 anos e 3.6% entre 1 e 10 anos. Lecionam na UC Enfermagem I, 21.4% dos inquiridos, em Enfermagem II, 35.7%, em Enfermagem III, 14.3%, e em Enfermagem IV, 28.6%. A maioria tem entre 40 a 50 estudantes (89.3%), os restantes têm entre 50 e 60 estudantes (10.7%). Todos os inquiridos lecionam aulas teóricas (T), 75% leciona também teórico-práticas (TP) e 71.4% práticas e laboratório (PL). São titulares da UC, 17.9% dos respondentes.

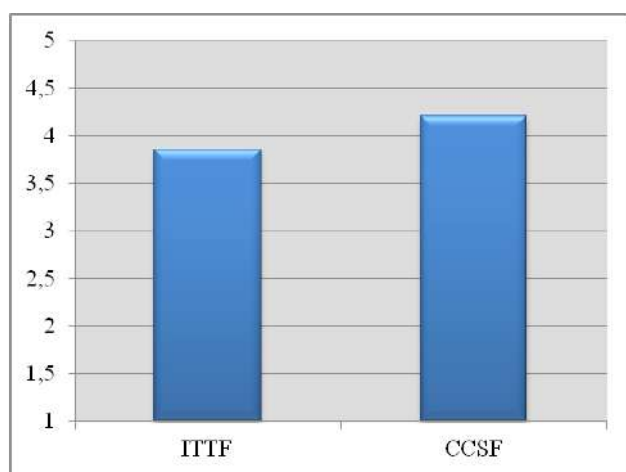


Gráfico 1. Médias na TIFP (ITTF) e MCFE (CCSF)

Quanto ao IAE, e para obtenção das pontuações de cada subescala, a pontuação de cada sujeito foi dividida pelo número de itens, ficando a variável na métrica da escala de resposta (1 a 5), facilitando assim a interpretação dos resultados, sem alterar o seu significado. A subescala TIFP obtém uma média de 3.85 ($DP=0.47$; $Md=3.86$) e variou entre 2.82 e 4.73. A subescala MCFE registou uma média superior com 4.21 ($DP=0.40$, $Md=4.27$) oscilando entre 3.36 e 5 (Gráfico 1). Para testar as diferenças nas pontuações da TIFP e da MCFE foi usada a prova estatística não paramétrica Wilcoxon Signed Ranks Test, a diferença observada entre as pontuações das subescalas foi estatisticamente significativa ($z=-3.067$, $p<.002$), obtendo a MCFE, em média, pontuações superiores à TIFP. Considerada a proposta de LOPES (2013) de classificar os docentes em função da sua pontuação mais elevada, 71.4% classificam-se na subescala MCFE, 21.4% na subescala TIFP e 7.1% obtiveram pontuação idêntica em ambas as subescalas. A di-

ferença na distribuição dos docentes pelas classificações é estatisticamente significativa ($\chi^2(2)=19.14$, $p<.001$).

Na variável idade existe uma predominância de sujeitos na classe etária 51 a 60 anos, e um reduzido número de sujeitos nas restantes. Para cruzar esta variável com as pontuações obtidas nas subescalas foi recodificada para duas categorias: até 50 anos, que incluiu as três primeiras classes etárias (20-30, 31-40, e 41-50) e que representa 28.6% da amostra; mais de 50 anos que agrega duas classes etárias (51-60 e 61-70) e que representa 71.4% da amostra.

Na subescala TIFP, apesar dos professores com até 50 anos terem obtido uma média superior ($M=4.09$, $DP=0.34$) aos professores com mais de 50 anos ($M=3.76$, $DP=0.49$), a diferença não é estatisticamente significativa ($U=42.50$, $p=.056$).

Na subescala MCFE, os docentes com idade até 50 anos ($M=4.52$, $DP=0.33$) obtêm uma média estatisticamente superior aos docentes com idades acima de 50 anos ($M=4.09$, $DP=0.37$; $U=30.00$, $p=.011$).

Para testar diferenças nas pontuações em função do grau académico não foi considerada a licenciatura por apenas dois sujeitos possuírem este grau. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre mestres e doutores em nenhuma das subescalas.

Para estudar a relevância do número de anos de docência nas pontuações das subescalas foram agregadas as pontuações 0 a 10 e 11 a 20 que deram lugar à categoria “até 20 anos”, e as categorias 21 a 30 e 31 a 40 resultaram na categoria “mais de 20 anos”.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as duas categorias de tempo de docência.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas respostas às subescalas em função da UC lecionada.

Os docentes que lecionam aulas TP obtêm uma média ($M=3.74$, $DP=0.42$) significativamente inferior aos que não lecionavam esta modalidade ($M=4.19$, $DP=0.46$) na subescala TIFP ($U=33.50$, $p=.033$).

Relativamente à escala MCFE a diferença não é estatisticamente significativa.

Quanto à leção de PL as diferenças não são estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas.

O impacto do número de estudantes por turma nos resultados das subescalas não foi estudado por apenas três docentes lecionarem turmas com 50-60 estudantes.

Relativamente à titularidade da UC não são observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas.

DISCUSSÃO

Os resultados desta investigação revelam uma predominância significativa do género feminino, o que corrobora os resultados de estudos realizados^{17,18}, significando que a enfermagem constitui, historicamente, um grupo profissional maioritariamente feminino¹⁸.

A maioria dos professores possui entre 51 e 60 anos de idade, contudo, a grande parte deles tem apenas entre 11 e 20 anos de tempo de exercício profissional na área da docência. Estes aspetos revelam que os inquiridos exerceram outras funções, nomeadamente na área da prática clínica como enfermeiros antes de abraçarem a carreira de pessoal docente.

Na categoria profissional, são Professores Adjuntos 96.4% dos inquiridos, o que corrobora os resultados dos demais estudos^{2,17,17}, reflexo do que o Estatuto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico estabelece.

Relativamente ao grau académico, os participantes são maioritariamente mestres (60.7%), seguidos dos doutores, tal como em outros estudos na área^{2,16,17}. Estes resultados podem ser justificados pelo facto de a formação para obtenção do grau de Doutor ser uma formação recente no contexto nacional¹⁸.

Verifica-se haver um maior número de professores a lecionar na UC Enfermagem II, o que parece estar relacionado com o facto de ser no 2º ano da formação, onde a carga horária da componente teórica é mais elevada².

Relativamente à tipologia de aulas lecionada, verificou-se que a totalidade dos professores leciona aulas T, e a maioria leciona aulas TP e PL. Estes resultados são superiores aos encontrados por Gonçalves¹⁸, o que pode estar relacionado com o facto de algumas escolas dependerem maioritariamente de professores a tempo parcial¹⁷.

Quanto aos resultados do IAE, 20 dos 28 professores que integram a amostra possuem uma APE do tipo MCFE, valores superiores aos obtidos por Lopes¹⁵, que utilizou o IAE como instrumento de recolha de dados. Considerando o ciclo de vida profissional docente de Huberman¹⁹, e a fase de diversificação, onde os professores se encontram mais motivados e mais dinâmicos, e com maior capacidade de diversificar os materiais didáticos e os modos de avaliação, talvez possamos enquadrar esta franja de professores, maioritariamente de 11 a 20 anos de serviço na área da docência e uma

APE do tipo MCFE, no desafio proposto por Bolonha e às exigências de transformação pedagógica, rumo a um ensino focado no estudante. Contudo, estes resultados parecem revelar um contexto em transição, onde podem ocorrer mudanças a velocidades distintas²¹, pois 6 destes 28 professores referem utilizar uma abordagem do tipo TIFP. No pressuposto de que as abordagens à aprendizagem são responsivas ao contexto, estes professores estão a fomentar a abordagem superficial à aprendizagem, que estimula a reprodução de informação associada à intenção de satisfazer os requisitos percebidos como os mais valorizados pelo professor e pela avaliação, que apela à memorização e reprodução, sem interligação dos conteúdos. Na subescala MCFE, os docentes com idade até 50 anos obtiveram uma média estatisticamente superior aos docentes com idades acima de 50 anos, aspeto que pode estar relacionado com o ciclo de vida profissional docente¹⁹.

Os professores que lecionam aulas TP obtiveram uma média significativamente inferior aos que não lecionavam esta tipologia de aulas na subescala TIFP, o que pode estar relacionado com a especificidade destas aulas, nas quais o professor utiliza materiais e problemas da vida real, estratégias que concorrem para a compreensão e mudança conceitual do estudante²⁰.

CONCLUSÃO

Este estudo, à luz das abordagens ao ensino, permitiu um maior conhecimento dos professores de Enfermagem, e o modo como concebem e operacionalizam o ensino.

Como podemos constatar, o grupo de professores estudado, maioritariamente feminino, constituído sobretudo por professores adjuntos e mestres, apresenta uma idade elevada que contrasta com o tempo, menor, de exercício profissional na área da docência, mas que demonstra acompanhar as exigências constantes determinadas pelo desenvolvimento societal. De acordo com a revisão da literatura, são estes professores os que manifestam concepções de ensino mais globais¹⁰; os que mais utilizam práticas de questionamento com os estudantes e lhes fornecem maior feedback¹⁸; que valorizam estratégias de aprendizagem ativa dos estudantes¹⁵; são mais motivados, mais dinâmicos e com maior capacidade de diversificação dos materiais didáticos e os modos de avaliação¹⁹, não deixando, no entanto, de reconhecer a importância de alguns momentos de transmissão de conhecimento no processo de mudança conceptual ou visões do mundo dos estudantes⁴.

Contudo, alguns dos professores possuem uma

abordagem ao ensino que não visa a mudança conceptual do estudante. Para esbater esta dificuldade, os estudos sugerem que estes docentes poderão beneficiar do aprofundamento de conhecimentos no domínio dos processos de ensino, aprendizagem e avaliação, bem como do aperfeiçoamento de competências pedagógicas que lhes permitam desenhar unidades curriculares promotoras de uma aprendizagem orientada para o significado e para a compreensão aprofundada e integrada⁹. Nos Estados Unidos da América já existem comunidades para ajudar os professores com uma APE dissonante (conceção do ensino como mudança conceptual mas com estratégias focadas no professor) ou focada no professor, onde treinam estas competências. Eles referem utilizar práticas pedagógicas inovadoras e focadas no estudante

com maior frequência do que aqueles que não estão inseridos nessas comunidades²².

Apesar do tamanho da amostra, emergiu um conjunto de resultados passível de ser refletido na e sobre a prática pedagógica, e de estimular vias de aperfeiçoamento, pois o processo de mudança não é fácil, nem imediato, e exige um esforço acrescido de todos os atores da comunidade académica.

Face à natureza da temática a nível do ensino superior português, pensamos pertinente o desenvolvimento de mais estudos nesta especificidade do ensino superior – Abordagens Preferenciais ao Ensino, utilizando o IAE, que demonstra ser um bom instrumento para caracterização, embora genérica, das concepções e das estratégias de ensino, isto é, das abordagens ao ensino nas quais os professores do ensino superior se reveem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chaleta, M. E. (2011). Tutoria de Acompanhamento (Docentes). Évora: GPSA.
- Fernandes, D. et al. (2012). Uma Avaliação dos Processos de Aprendizagem, Ensino e Avaliação Numa Escola Superior de Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Festas, M. I. (2015). A aprendizagem contextualizada: análise. Educ. Pesqui., 41, São Paulo, pp. 713-728. Acedido a 13 março 2018 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702201507128518>.
- Biggs, J. (2005). Calidad del aprendizaje universitario. Madrid: Narcea.
- Chaleta, E. & Grácio, L. (2016). Concepções e abordagens: duas dimensões do aprender no Ensino Superior, pp. 223-250. In: Sobrinho, M.; Ennafaa, R. & Chaleta, E. La educación superior, el estudiantado y la cultura universitaria. Valencia: Editorial Neopatria, C.B. pp. 223-250.
- Entwistle, N. (2009). Teaching for Understanding at University. Deep Approaches and distinctive Ways of Thinking. United Kingdom: Palgrave and Macmillan.
- Entwistle, N. (2000). Approaches to studying and levels of understanding: the influences of teaching and assessment. In: J. Smart (Ed). Higher Education: Handbook of Theory and Research. Edinburgh: Scottish Academic Press, XV, pp.156-218.
- Kember, D. & Kwan, K. (2000). Lecturers' approaches to teaching and their relationship to conceptions of good teaching. Instructional Science, 28, pp. 469-490. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1026569608656>. Acedido em 26 fevereiro 2018.
- Trigwell, K. & Prosser, M. (1996). Congruence between intention and strategy in university science teachers' approaches to teaching. Higher Education, 32(1), pp. 77-87.
- Prosser, M., Trigwell, K., & Taylor, P. (1994). A Phenomenographic study of academics' conception of science learning and teaching. Learning and Instruction, 4, pp. 217-231.
- Trigwell, K; Prosser, M. & Ginns, P. (2005). Phenomenographic Pedagogy and a revised Approach to Teaching Inventory. Higher Education Research and Development, 24(4), pp. 349-360.
- Franco, M. A. (2015). Práticas pedagógicas de ensinar-aprender: por entre resistências e resignações. Educ. Pesqui., 41(3), São Paulo, pp. 601-614. Acedido a 13 março 2018 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702 2015 07140384>.
- Morais, A. M. (2013). O processo de Bolonha e a avaliação das aprendizagens: um estudo de práticas em mudança. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- Borrallho, A. et al. (2013). Caracterização do Ensino, da Avaliação e Aprendizagens numa Universidade Portuguesa: Um estudo na Área Científica da Saúde. In: Membiela, P.; Casado, N. & Cebreiros, M. I. (Eds.). Investigaciones en el contexto universitario actual. Ourense: Educación Editora, pp. 299-303. Acedido a 26 fevereiro 2018 em: <http://hdl.handle.net/10174/17725>.
- Lopes, B. S. (2013). Abordagens ao Ensino e Práticas de Questionamento no Ensino Superior. Tese de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Chaves, M. (2017). Perceção da autoeficácia individual e coletiva dos docentes: contributo para a compreensão das boas práticas pedagógicas no ensino da enfermagem. Tese de Doutoramento. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Figueiredo, A. S. (2014). Missionários, Conservadores e Visionários: Modos de ser Professor. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Gonçalves, C. A. (2012). Conhecimento profissional e profissionalidade docente em enfermagem. O contributo do pensamento docente. Tese de Doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Huberman, M. (2000). O ciclo de vida profissional dos professores. In: Nóvoa, A. (Org.). Vidas de professores (2ª ed.). Porto: Porto Editora, pp.31-61.
- Blackburn, G. (2015). Innovative eLearning: Technology Shaping Contemporary Problem Based Learning: A Cross-Case Analysis. Journal of University Teaching & Learning Practice, 12(2), pp. 1-17.
- Torres, M. F. (2012). Modos de trabalho pedagógico e de Avaliação da aprendizagem no ensino superior - um estudo na Universidade do Porto. Tese de Doutoramento. Porto: Universidade do Porto.
- Marbach-Ad, G. et al. (2014). Science Teaching Beliefs and Reported Approaches Within a Research University: Perspectives from Faculty, Graduate Students, and Undergraduates. International Journal of Teaching and Learning in Higher Education, 26(2), pp. 232-250.

METODOLOGIA DE CUIDADO HUMANITUDE:

CONTRIBUTO PARA A DIGNIFICAÇÃO DA PESSOA NOS CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO

METHODOLOGY OF CARE HUMANITUDE

CONTRIBUTION TO THE DIGNITY OF THE PERSON IN HYGIENE AND COMFORT CARE

ENFERMEIRA NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS DE PEDROGÃO GRANDE; SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE PEDROGÃO GRANDE, LARGO DA DEVESA
3270-101 PEDROGÃO GRANDE
E-MAIL: LILIANAHENRIQUES312@GMAIL.COM

Liliana Henriques

PROFESSORA ADJUNTA ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE COIMBRA; AVENIDA BISSAYA BARRETO
(POLO A) APARTADO 7001, 3046-851 COIMBRA

Rosa Melo

FORMADORA HUMANITUDE DA COOPERATIVA VIA HOMINIS,
CRL; RUA S. FRANCISCO, N 7, PÓVOA 2460-411 CÔS

Amélia Martins

RESUMO

Introdução:

Os profissionais de saúde quando cuidam em espaços de intimidade, nomeadamente nos cuidados de higiene, apresentam dificuldades na promoção da dignidade da pessoa cuidada, devem por isso desenvolver competências relacionais, através da apropriação de estratégias inovadoras e adequadas às necessidades das pessoas como a Metodologia de Cuidado Humanitude.

Objetivos:

Identificar o contributo da Metodologia de Cuidado Humanitude na promoção da

INTRODUÇÃO

No ano de 2013, Portugal já apresentava uma das estruturas etárias mais envelhecidas da União Europeia (Instituto Nacional de Estatística, 2015). Associado ao elevado índice de envelhecimento, Portugal apresenta também uma das maiores taxas de dependência da União Europeia. Uma das razões para este acontecimento pode estar relacionado com um aumento do número de casos de demência, sendo que, nos grupos etários acima dos 80 anos encontram-se mais de 64% das pessoas com demência (Preto, Cordeiro, Martins, & Preto, 2017).

Esta realidade acarreta a necessidade de criação de estruturas para prestação de cuidados de saúde que permitam dar resposta aos novos desafios com que os cuidadores se deparam na prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência e/ou com processos demenciais. É neste contexto que, em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal, destinada a “pessoas que estejam em situação de dependência e necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social” (Simões et al., 2012). Mas com a diversidade de pessoas que usufruem da RNCCI, os profissionais têm-se deparados com diferentes dificuldades na prestação de cuidados, nomeadamente nos cuidados de higiene e conforto.

Os cuidados de higiene e conforto tem vários objetivos, desde a limpeza e hidratação da pele, proporcionar conforto, bem-estar, relaxamento e repouso, melhorando a autoimagem e promovendo

o autocuidado de higiene pessoal. No entanto os cuidados de higiene, na prática diária, são muitas vezes desvalorizados acabando por ser encarados como secundários, organizados em torno das rotinas e necessidades dos profissionais e das instituições, em vez de atenderem às necessidades e preferências das pessoas cuidadas (Melo et al., 2017b). Inadvertidamente os profissionais substituem a pessoa, realizam abordagens surpresa, iniciando cuidados sem que a pessoa possa dar o seu consentimento relacional, não respeitam o ritmo das pessoas, as suas preferências e necessidades. Esta situação pode provocar-lhes uma sensação e percepção de ameaça, levando a respostas que poderão ser de luta ou fuga, muitas vezes interpretados como agitação, agressividade e recusa dos cuidados (Gineste & Pellissier, 2008).

No contexto atual, em que há falta de pessoal, em que as rotinas e os protocolos se sobrepõem, urge fazer mais e melhor em prol da dignidade da pessoa cuidada, resgatando-a da sua situação de imobilismo e de morte social (Gineste & Pellissier, 2008). O resgate da humanidade envolve a atenção na maneira de olhar, no tocar, no falar, a consciência da importância da verticalidade e o vestuário tem a intenção clara de recordar ao profissional de saúde que, independente do processo de doença de alguém, não devemos aumentar a sua fragilidade, fazendo-o sentir-se ainda mais doente, pelo contrário, é possível tratá-lo com dignidade e respeito (Simões et al., 2012).

O planeamento dos cuidados de higiene deve ser individualizado, permitindo a negociação do cuidado com a pessoa nos diferentes aspetos que o envolvem, nomeadamente tipologia do cuidado, sequência da higiene, momento do dia, vestuário e arranjo pessoal (Melo et al., 2017a). Esta forma de cuidar permite respeitar a autonomia na tomada de decisão e a dignidade da pessoa como qualidade intrínseca ao ser humano, com um conjunto de direitos e deveres fundamentais garantindo as condições existenciais para o bem-estar, além de propiciar e promover a sua participação ativa e co-responsável (Furlan, Espolador, Corrêa, Azzolini, & Bispo, 2007).

Mas muitas vezes executamos as atividades de higiene de forma automática e não percebemos os sentimentos, percepções e pensamentos do outro relacionando com o conforto (Tanaka, 2017). Torna-se por isso fundamental desenvolver intervenções no sentido de facilitar o cuidado e promover a dignidade da pessoa cuidada (Alves, Araújo, & Melo, 2017). É neste contexto que surge a Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®) ou Metodologia de Cuidado Humanitude (MCH),

independência no autocuidado de higiene, na autonomia, verticalidade, na adequação da higiene às preferências da pessoa cuidada e no tempo despendido na prestação do cuidado de higiene.

Método:

Estudo com característica de investigação, com abordagem quantitativa, utilizando um processo de amostragem não probabilística por conveniência, envolvendo 33 idosos com internamento superior a 90 dias e 34 profissionais de saúde de uma unidade de cuidados continuados integrados. A colheita de dados foi realizada através da utilização do índice de Barthel, do questionário de caracterização da amostra e das dificuldades sentidas nos cuidados de higiene e um guião de observação de Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanitude (Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012). Para o tratamento de dados foi utilizado o Statistical Package for Social Science, versão 17.0.

Resultados:

Após a implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude evidenciou-se redução de 100% para 93,94% de pessoas classificadas como totalmente dependentes nos cuidados de higiene. Verificou-se maior intencionalidade e estímulo à verticalidade, promoção da autonomia, através do envolvimento da pessoa na tomada de decisão, maior adequação do cuidado de higiene às preferências da pessoa, assim como uma maior consciencialização dos momentos em que os profissionais utilizam as luvas. Verificou-se ainda diminuição do tempo médio da prestação de cuidados de higiene e conforto de 25.37 para 17.55 minutos ao longo da implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude.

Conclusão:

Através da implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude é possível dignificar a pessoa no momento dos cuidados de higiene e conforto, estimulando a independência e envolvimento da pessoa no cuidado e diminuindo o tempo médio de

prestação dos cuidados de higiene por parte dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE

CUIDADOS DE HIGIENE; CONFORTO;
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA; QUALIDADE
DOS CUIDADOS DE SAÚDE; DIGNIDADE;
VERTICALIDADE

ABSTRACT

Introduction:

Health professionals when they take care of spaces of intimacy, especially in hygiene care, present difficulties in promoting the dignity of the person cared for, so they must operationalize the relationship by appropriating innovative strategies appropriate to the needs of people such as the Methodology of Care Humanitude.

Objectives:

To identify the contribution of the Methodology of Care Humanitude in the promotion of independence in the self-care of hygiene, in the autonomy, verticality, acceptance of the hygiene care by the person cared for, in the hygiene adequacy to their preferences and in the time spent in the care of hygiene.

Method:

Exploratory-descriptive study, with a quantitative approach, using a non-probabilistic sampling process for convenience, involving 33 elderly individuals who had been hospitalized at this unit for at least 90 days hospitalization and 34 health professionals from a Integrated Long Term Care and Maintenance Units. Data collection was performed using the Barthel index, of the sample characterization questionnaire and the difficulties experienced in the hygiene care and an observation script of Structured Sequence of Humanitude Procedures (Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012). Quantitative data processing was performed using the Statistical Package for Social Science, version 17.0

desenvolvida por Yves Gineste e Rosette Marescotti, devido às suas inquietações sobre a forma como os cuidados diários às pessoas dependentes e vulneráveis estavam a ser prestados, no que dizia respeito à dignidade, liberdade e autonomia (Gineste & Pellissier, 2007). Esta metodologia de cuidar segue uma sequência estruturada de procedimentos cuidadosos humanidade tendo como base os pilares relacionais: o olhar, a palavra e o toque; e o pilar identitário: a verticalidade. A MCH tem por base uma Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanitude (SEPCH), constituída por 5 etapas consecutivas e dinâmicas: os pré-preliminares, os preliminares, a rebouclage sensorial, a consolidação emocional e o reencontro.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de avaliar o contributo da MCH na promoção da independência no autocuidado de higiene e a autonomia, aumento da verticalidade nos cuidados de higiene, aceitação do cuidado de higiene pela pessoa cuidada e na adequação do momento da higiene de acordo com as preferências. Pretende-se ainda identificar o contributo da MCH na utilização adequada de luvas e na redução do tempo na prestação de cuidados de higiene.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de investigação-ação, longitudinal, utilizando um processo de amostragem não probabilístico por conveniência, com a participação de 34 profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), dos diferentes grupos profissionais, que prestavam cuidados diretos às pessoas. As 33 pessoas idosas que participaram no estudo tinham como critério de inclusão terem um período de internamento igual ou superior a 90 dias. Foi selecionada esta UCCI por estar no início do processo de implementação da MCH.

Esta UCCI tem como objetivo a prestação de cuidados que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando tanto quanto possível o estado de saúde, num período de internamento igual ou superior a 90 dias. A instituição onde foi realizado o estudo tem 30 vagas para internamento, as pessoas cuidadas são maioritariamente dependentes e com alterações cognitivas.

Para a colheita de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário com questões fechadas para caracterização sociodemográfica e identificar as dificuldades sentidas pelos profissionais na prestação dos cuidados de higiene e o índice de Barthel. Para as observações dos cuidados foi utilizada a grelha de observação "Sequên-

cia Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade” (SEPCH), construída e validada, em Portugal, por Simões et al. (2012). A SEPCH é constituída por 31 itens, em que cada item representa um procedimento cuidativo Humanidade. Foi realizada a observação participante por dois observadores, com conhecimento e experiência na aplicação da grelha de observação, durante a prestação de cuidados de higiene e conforto. As observações tiveram lugar em dois dias consecutivos, a cada quatro semanas, durante o período de quatro meses, de setembro a dezembro de 2016. A análise dos dados quantitativos foi realizada através do software Statistical Package for Social Science versão 17.0. Para analisar a caracterização dos participantes utilizou-se a estatística descritiva.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em 14.07.16, com o número de registo 056/2016. Foi obtida a autorização dos órgãos de coordenação da instituição onde os dados foram colhidos. Depois de explicados os objetivos do estudo, de garantida a voluntariedade na participação e de tornado explícito que a aceitação ou recusa não acarretava qualquer tipo de dano para os participantes, o termo de consentimento livre e esclarecido foi devidamente assinado.

RESULTADOS

A amostra dos 34 participantes era maioritariamente do género feminino, com média de idade de 36 anos, pertenciam a nove áreas profissionais: auxiliares de ação médica (11), enfermeiros (11), assistente social (1), animador sociocultural (1), médico (1), terapeuta da fala (1), psicólogo (1) e um coordenador geral. A média de anos de serviço dos profissionais era de 5 anos e 55.9% trabalhavam na área e funções atuais entre 6 meses e um ano e meio. 11.8% destes profissionais identificaram ter dificuldade a prestar os cuidados de higiene.

A amostra das pessoas cuidadas foi constituída por 33 participantes, 25 (75.76%) do género feminino e 8 (24.24%) do género masculino, com uma média de idades de 78.42 anos. Todos os participantes estiveram internados por um período igual ou superior a 90 dias, com uma média de 290.21 dias de internamento. O motivo de internamento foi a dependência nas Atividades de Vida Diárias (AVD's) (84.85%) e a deterioração cognitiva (15.15%) dos participantes.

Através da aplicação do índice de Barthel às pessoas cuidadas, no que respeita aos cuidados de higiene, na primeira avaliação 100% das pessoas eram dependentes, na quarta avaliação registámos uma diminuição para 93.94% pessoas dependen-

Results:

After the implementation of the Methodology of Care Humanitude, there was a reduction of people classified as totally dependent on hygiene care from 100% to 93.94%. There was greater intentionality and stimulation of verticality, promotion of autonomy, through the involvement of the person in decision making, greater adequacy of hygiene care to the preferences of the person, as well as greater awareness of the moments in which the professionals use the gloves. There was also a decrease in the average time of providing hygiene and comfort care from 25.37 to 17.55 minutes throughout the implementation of the Methodology of Care Humanitude.

Conclusion:

Through the implementation of the Methodology of Care Humanitude it is possible to dignify the person at the moment of the hygiene and comfort care, stimulating the independence and involvement of the person in the care and reducing the average time of provision of hygiene care by the health professionals.

KEYWORDS

HYGIENE CARE; COMFORT; HUMANIZATION OF CARE; QUALITY OF HEALTH CARE; DIGNITY; VERTICALITY

tes. Em relação à atividade de vestir verificamos uma diminuição de pessoas dependentes passando de 84.85% na primeira avaliação para 75.76% na quarta avaliação. No primeiro momento de avaliação não se verificaram pessoas independentes no vestir, na quarta avaliação já se registou um aumento das pessoas independentes (12.12%). Ao longo das quatro avaliações verificou-se ainda um aumento das pessoas independentes no arranjo pessoal passando de 3.03% para 24.24%.

Antes da implementação da MCH os cuidados de higiene eram prestados na totalidade no período da manhã. Durante a implementação da MCH, nas observações realizadas, verificamos intencionalidade por parte dos profissionais em negociar o momento dos cuidados com a pessoa, passando 6.06% pessoas a realizarem os cuidados de higiene à noite antes de dormir.

Quanto aos cuidados de higiene e conforto totais e/ou higiene parcial passaram também a ser negociados os dias da semana preferidos com a pessoas. Os cuidados de higiene totais eram prestados na casa de banho. Destes 36.36% eram prestados de pé, 63.64% em cadeira de banho e 3.03% em maca banheira. No final da implementação da MCH verificou-se um aumento dos cuidados que eram prestados com a pessoa de pé (48,48%) na casa de banho.

Nas primeiras observações verificou-se que os cuidados de higiene parcial eram prestados na totalidade (100%) no leito e o primeiro procedimento realizado pelo cuidador, quando iniciava o cuidado, era baixar a cabeceira da cama, retirar a almofada e colocar a pessoa na posição horizontal. A sequência da higiene era predominantemente cefalocaudal, começando em 90% das vezes pela face seguindo-se a higiene oral e depois as restantes partes do corpo. Ao longo das observações verificou-se intencionalidade dos profissionais em incentivar a pessoa para que os cuidados de higiene parciais passassem a ser realizados na casa de banho. Na quarta observação verificou-se que a higiene parcial de 66.67% das pessoas já era realizada na casa de banho. Deixou de se verificar uma sequência de higiene pré determinada e rotinizada, para ser dada oportunidade e incentivada a pessoa a decidir iniciar o cuidado pelo local e sequência mais favorável, de acordo com as suas preferências e hábitos. Também a higiene oral passou a ser realizada pela pessoa cuidada e de acordo com as suas preferências e sempre que possível no lavatório do wc.

Nas primeiras observações, quando os profissionais planeavam o cuidado de higiene, não era dada intencionalidade e importância à preparação de

todo o material, verificando-se interrupções do cuidado, observando-se em algumas situações a pessoa ficar desnudada, a aguardar que o profissional fosse buscar o material que estava a faltar, referindo que tinha frio, demonstrando que estava desconfortável. Durante a implementação da MCH, verificou-se uma maior preocupação com a preparação de todo o material, evitando assim menores interrupções nos cuidados e na relação estabelecida com a pessoa, naquele momento de intimidade.

Antes da implementação da MCH, todos os profissionais calçavam luvas assim que começavam a preparar o material para os cuidados, prestando a totalidade do cuidado com luvas, inclusivamente durante a aplicação do creme e no vestir. No final da implementação da MCH verificou-se nas observações que as luvas eram colocadas junto do doente depois de obtido o consentimento relacional e retiradas para auxiliar no vestir e para a massagem de conforto. Na quarta série de observações a massagem de conforto foi sempre realizada sem luvas.

Nas primeiras observações quando os cuidados parciais eram prestados no leito verificamos que em 75% dos cuidados os profissionais baixavam a cabeceira da cama no início do cuidado, colocando a pessoa na posição horizontal, passando o olhar do profissional a ser vertical e centrado na tarefa a executar. Nas quartas observações constatamos que nos cuidados prestados no leito, 90% dos profissionais tinham intencionalidade em manter a pessoa sentada na cama, incentivando a sua participação mais ativa no autocuidado de higiene e o olhar era mais centrado na pessoa.

Verificamos que houve um aumento do número de vezes que os profissionais esperaram pelo consentimento relacional, para iniciar o cuidado de higiene e conforto, passando de 72.73% para 84.09% entre a primeira e a quarta observação. Verificou-se um aumento por parte dos profissionais no estímulo para a pessoa iniciar os gestos cuidativos passando de 59.09% para 84.09% entre a primeira e quarta observação. Os profissionais passaram a ter maior intencionalidade na estimulação de sensações positivas (ex: cheiro agradável do creme, pele macia, cor da camisa,...) durante a higiene, evoluindo esta prática de 27.27% na primeira observação, para 75% dos cuidados, na quarta observação.

Verificamos ao longo das observações maior intencionalidade na abordagem à pessoa cuidada, com a aproximação à pessoa ser realizada de frente pelo lado para onde estava deitada e ao nível dos olhos, reduzindo as aproximações surpresa e aumentando a aceitação do cuidado. Também se verificou

um aumento gradual, ao longo das observações, na intencionalidade no estímulo à verticalidade, ou seja manter a pessoa de pé, de 52.27% passando a 79.55% na quarta observação.

O tempo médio na prestação do cuidado de higiene e conforto foi gradualmente diminuindo ao longo das observações, passando de 25.37 minutos na primeira observação para 17,55 minutos na quarta observação.

No início do estudo não havia prescrição de cuidados de higiene individualizada, passando a verificar-se a existência de prescrição de cuidados de higiene e conforto pelos enfermeiros, nomeadamente, momento dos cuidados, sequência e tipologia dos cuidados, assim como palavras positivas a utilizar, hábitos de higiene da pessoa antes do internamento.

DISCUSSÃO

Os profissionais participantes no estudo tinham diferentes formações profissionais relacionadas com a prestação direta de cuidados de saúde. Tratava-se de uma equipa jovem com pouco tempo de experiência na área e funções atuais, pelo que necessitava de treino e reflexão sobre as práticas (Lopes, Azeredo, & Rodrigues, 2012). A prestação de cuidados de higiene foi identificada pelos profissionais como uma dificuldade na prestação de cuidados. Esta dificuldade poderá estar relacionada com a utilização de técnicas não adaptadas às necessidades das pessoas cuidadas nem à realidade dos cuidados, criando nas pessoas desconforto físico e emocional, como evidenciado em alguns estudos (Simões et al., 2012; Honda, Ito, Ishikawa, Takebayashi, & Tierney, 2016).

Ao longo do estudo foi evidenciado aumento da independência da pessoa nos cuidados de higiene, no vestir e no arranjo pessoal. Esta situação poderá estar relacionada com a maior intencionalidade no envolvimento da pessoa nos cuidados, na verticalização e estimulação sensorial, mas também pela consciencialização dos profissionais para a importância da não substituição da pessoa nas atividades que é capaz de realizar criando um ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Ao longo do estudo aumentou a preocupação dos profissionais em esperar pelo consentimento relacional para iniciar o cuidado de higiene. Aumentou o estímulo para que fosse a pessoa a iniciar os gestos cuidativos, assim como aumentou a atenção ao estímulo de sensações positivas durante a higiene.

Ao longo do estudo verificámos que os cuidados de higiene eram negociados entre cuidador e pes-

soa cuidada, adequando o horário, frequência do cuidado de higiene, a sequência e tipologia do cuidado, assim como a realização da higiene oral. A sequência de higiene deve ser a que melhor se adequa à pessoa e à situação. Deve-se respeitar o bem-estar da pessoa, modificando a ordem por onde se iniciam os cuidados consoante a sua sensibilidade, vontade, condição e hábitos anteriores (Gineste & Pellissier, 2008). A sequência dos cuidados de higiene deve ser a que melhor se adapte às necessidades da pessoa, seja uma sequência de higiene, sequência púdica, sequência sensitiva ou sequência algica (Gineste & Pellissier, 2008). O melhor tipo de higiene, salvo contraindicações, é aquele que a pessoa prefere (Melo et al., 2017a).

Verificámos também um aumento dos cuidados de higiene totais prestados com a pessoa de pé. Para os autores da MCH a higiene realizada em pé, sempre que possível no chuveiro, permite à maioria dos idosos manter ou melhorar as suas capacidades e a saúde (Gineste & Pellissier, 2008).

A abordagem à pessoa durante os cuidados de higiene também foi profissionalizada com a implementação da MCH, passando os profissionais a estarem mais atentos à aproximação à pessoa evitando abordagens surpresa.

A utilização de luvas também foi sendo adaptada ao longo do estudo, deixando de ser utilizadas para o vestir e para a massagem de conforto. Estes dados são coincidentes com as indicações da Direção-Geral da Saúde (2015) que estabelece que, para os cuidados de higiene, as luvas apenas são necessárias para alguns cuidados específicos, nomeadamente quando há contacto com sangue e fluidos.

Com a introdução da prescrição do cuidado, a equipa interdisciplinar demonstrou estar alinhada para atingir os objetivos definidos e as capacidades a estimular em cada pessoa, assim como tinham conhecimento de pormenores para a personalização do cuidado. A colheita de dados, no momento de acolhimento e do cuidado de higiene, torna-se um momento crucial para o planeamento de um cuidado individualizado (Phaneuf, 2007), sendo considerado uma das ferramentas fundamentais para facilitar a adequação do cuidado à situação da pessoa, dado permitir avaliar as capacidades da pessoa durante o cuidado, definir objetivos realizáveis, prescrever o tipo de higiene mais ajustado e propor uma sequência de higiene adequada à pessoa, bem como as condições de realização que são necessárias para se alcançar os objetivos (Melo et al., 2017a).

Também no estudo de Batista e Martins (2016) as pessoas cuidadas referem a importância de serem

cuidadas por um profissional que demonstra conhecimento, disponibilidade, capacidade de ouvir e conversar com um discurso positivo e de esperança.

A promoção da verticalidade foi sendo melhorada ao longo da implementação da MCH. Esta situação pode estar relacionada com o incentivo à deambulação, reduzindo o número de pessoas cuidadas que utilizavam cadeira de banho, assim como o incentivo à realização de cuidados de higiene na casa de banho, sempre que possível de pé. Os cuidadores demonstraram preocupação em desenvolver os procedimentos cuidadosos que promoviam a verticalidade, adequando estratégias para colocar a pessoa em pé, em carga nos membros inferiores, mesmo que apenas por alguns segundos diariamente.

A antecipação de preparação de todo o material necessário ao cuidado de higiene foi importante para evitar interromper o cuidado, cumprindo assim com o princípio de não abandono dos cuidados, defendido pelos autores da MCH (Gineste & Pellissier, 2008), evitando o sentimento de desprezo.

Ao longo do estudo o tempo médio da prestação de cuidados de higiene foi diminuindo gradualmente, o que demonstra que para se prestar um cuidado de qualidade não significa despende de mais tempo, fator muitas vezes utilizado pelos enfermeiros como dificultador da prestação de cuidados de qualidade, conforme estudo desenvolvido por Takahashi, Barros, Michel e Souza (2008). Segundo Melo, et al (2017a) o tempo destinado aos cuidados de higiene e conforto é fulcral para a pessoa que se encontra vulnerável e fragilizada, bem como para o enfermeiro, pela importância da relação que se poderá estabelecer, por isso o tempo deve ser potenciado.

Foi evidenciado que os profissionais demonstraram uma maior consciência da forma como prestam os cuidados, como fazem a abordagem inicial, como olham, falam e tocam. Esta consciencialização das práticas, das limitações e dificuldades,

segundo Silva (2017) permite a coragem para reconhecer os seus próprios enganos, aceitar novos desafios para continuar a melhorar o seu desempenho, preservando a dignidade da pessoa neste cuidado de grande intimidade.

O tamanho da amostra foi a principal limitação do estudo que, por ser reduzida, torna impossível generalizar os dados obtidos. Em investigações futuras seria importante continuar o estudo da efetividade da MCH nos cuidados de higiene e conforto mas também em outras áreas do cuidar, numa busca constante pela dignificação da pessoa cuidada transformando os cuidados rotinizados em cuidados de excelência.

CONCLUSÃO

Com a implementação da MCH na UCCI foi possível dignificar o momento dos cuidados de higiene e conforto através do aumento da autonomia, da co responsabilização e participação ativa da pessoa cuidada nos cuidados de higiene. Foi possível promover a verticalidade durante os cuidados de higiene, estimulando a independência e propiciando um maior envolvimento da pessoa no cuidado, adequando também o momento da higiene de acordo com as suas preferências.

A utilização de luvas para os cuidados também sofreu alterações, deixando de ser usadas indiscriminadamente durante todo o cuidado.

A prescrição de cuidados contribuiu para a uniformização e personalização dos cuidados de higiene, melhorando a aceitação do cuidado de higiene pela pessoa.

Todos estes fatores constituíram fator determinante para a eficiência do tempo utilizado na prestação de cuidados de higiene e conforto e para a dignificação da pessoa cuidada.

Foi evidenciado que no cuidado de higiene, momento de grande intimidade, é fundamental dar intencionalidade à forma de olhar, falar, tocar e promover a verticalidade, autonomia e independência, cuidando com dignidade e respeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves, R., Araújo, J., & Melo, R. (2017). Gestão dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência nos cuidados de higiene e conforto: guia compreensivo e de intervenção. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 125-144). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
2. Batista, S., & Martins, R. (2016). O alívio do sofrimento do doente crónico como foco do cuidar da enfermagem. *Rev. Servir* 59(2), 57–62. Consultado em <http://www.aceps.pt/revista-servir/revista-online?id=93>
3. Direção geral da saúde (DGS) (2015). Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde. Consultado em 10 maio 2018, em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132014-de-25082014.aspx>
4. Furlan, A., Espolador, R., Corrêa, A., Azzolini, L., & Bispo, M. (2007). Dignidade da pessoa humana. *Cient., Ciênc. Juríd. Empres., Londrina*, 8, 73-80. Consultado em 14 maio 2018. Disponível em <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/juridicas/article/viewFile/1051/1008>
5. Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanidade Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget
6. Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y., & Tierney, L. (2016). Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital: A case series. *Hindawi Publishing Corporation*, 1-4. Consultado em 1 maio 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4813196>
7. Instituto Nacional de Estatística (2015) – Destaque, Informação à Comunicação Social, Dia Mundial da População. Consultado em 13 maio 2018 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
8. Lopes R., Azeredo Z., & Rodrigues, R. (2012). Relational skills: needs experienced by nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(6), 1081–90. Consultado em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600010>
9. Melo, R., Araújo, J., Abreu, C., Oliveira, A., Fernandes, A., Sá, M. (2017a). Cuidados de higiene e conforto: contributo da metodologia de cuidado Humanidade para a dignificação da pessoa cuidada. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 107-124). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
10. Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Salgueiro, N., Alves, R., Araújo, J., & Rodrigues, M. (2017b). State-of-the-art in the implementation of the Humanidade care methodology in Portugal. *Rev. Enf. Ref.* 4(13), 53–62. Consultado em 8 maio 2018. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV17019>
11. ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Consultado 10 maio 2018, em https://www.academia.edu/3443453/C%C3%B3digo_deontol%C3%B3gico_do_enfermeiro_dos_coment%C3%A1rios_%C3%AO_an%C3%A1lise_de_casos
12. Phaneuf, M. (2007). O conceito de Humanidade: Uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais (Tradução N. Salgueiro). Consultado em 15 maio 2018. Disponível em http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
13. Preto, L., Cordeiro, L., Martins, P., & Preto (2017). Continuidade de cuidados e estado de saúde após a alta de unidades de longa duração. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 7(2), 45-53. Consultado em 5 maio 2018. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/315792205_Continuidade_de_cuidados_e_estado_de_saude_apos_a_alta_de_unidades_de_longa_duracao
14. Silva, M. (2017). Como cuidar o corpo preservando a dignidade da pessoa. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 51-62). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
15. Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 81-93. Consultado em 8 maio 2018. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a08.pdf>
16. Takahashi, A., Barros, A., Michel, J., & Souza, M. (2008). Difficulties and facilities pointed out by nurses of a university hospital when applying the nursing process. *Acta paul. enferm.* 21(1), 32-38. ISSN 0103-2100. Consultado em 11 maio 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000100005>
17. Tanaka, L. (2017). Conhecer-me para conhecer o outro com atenção. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 63-71). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

O CUIDAR EM HUMANIDADE: UMA PERSPECTIVA CONFORTADORA

CARING IN HUMANITUDE: A COMFORTING PERSPECTIVE

ENFERMEIRA NO HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E, ESTUDANTE
NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA DE LISBOA;
E.MAIL: SCTBATISTA@HOTMAIL.COM

ENFERMEIRA NO HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER
CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E,
ESTUDANTE NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA DE LISBOA;
E.MAIL: JOANACAPAZ@GMAIL.COM

PROFESSORA DOUTORA, PROFESSORA AUXILIAR NO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA DE LISBOA;
E.MAIL: PATRICIAPS@ICS.LISBOA.UCP.PT

Sónia Cristina Teixeira Batista

Joana Nogueira Gameiro Capaz

Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro

RESUMO

Objetivo:

Sintetizar o conhecimento científico sobre o método de cuidados de humanidade no cuidar à pessoa idosa.

Método:

Revisão integrativa da literatura disponível nas bases de dados CINAHL, LILACS e SciELO, por meio de descritores: Humanidade, Cuidado, Enfermagem, ligados pelo operador booleano and, em português, espanhol e inglês, publicados no período de 2006 a 2017. Totalizando sete estudos selecionados, seguindo critérios de inclusão e exclusão.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenómeno natural, progressivo e irreversível no qual ocorrem alterações morfológicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais. É definido como uma etapa que pertence ao desenvolvimento de cada pessoa desde o nascimento, passando por mudanças fisiológicas como o avanço da idade, a diminuição da velocidade de desempenho e o aumento da susceptibilidade a doenças, ou seja, trata-se de uma degenerescência biológica, psicossocial e funcional do ser humano. E com o aumento da esperança média de vida, da diminuição da natalidade e com o acrescente dos níveis de dependência decorrentes de doenças crónicas e degenerativas, colocam novos desafios ao sistema nacional de saúde e aos cuidadores⁽¹⁾. Sabe-se que os grandes problemas que afectam as pessoas idosas não se restringem só à doença, mas também a solidão, a perda, a carência de recursos económicos ou de suporte social e a perda de autonomia. Na relação com a fragilidade inerente ao processo de senescência e a falta de suporte social e familiar, a população idosa é responsável pela ocupação de cerca de metade das camas hospitalares⁽²⁾. O internamento de uma pessoa representa uma série de ameaças: à vida, à integridade corporal, à vergonha, ao desconforto da dor, ao não conforto, cansaço, imobilização, isolamento, risco de alterações financeiras, risco de rancor ou de rejeição face à sua situação, separação da família e amigos e dependência dos outros para o bem-estar, estas ameaças levam a um momento de stress a pessoa idosa. Deste modo, é importante conhecer o seu contexto de vida para melhor poder cuidar e promover o conforto⁽²⁾.

Os cuidados de enfermagem têm como seu cerne os cuidados de proximidade e de ajuda à pessoa em sofrimento profundo. A sua principal tática, nem sempre compreendida e valorizada, é o tempo e o conhecimento dedicado à relação e ao respeito pela intimidade. O seu impacto torna-se significativo quando combina o atendimento às necessidades da pessoa idosa na relação e na comunicação terapêutica⁽³⁾.

Phaneuf define cuidados de enfermagem a partir de diferentes modelos teóricos em que todos têm por objetivo a prestação de cuidados de qualidade, a autonomia e a independência com a pessoa cuidada, numa visão holística da sua pessoa e das suas capacidades. Estes modelos declinam-se em diversas aplicações que favorecem a organização dos cuidados e uma maior precisão do papel da enfermagem junto à pessoa idosa e na sociedade⁽⁴⁾.

Na teoria de Leininger e Watson o conforto é um componente do cuidar e o cuidar assume uma importância central. Consideram o conforto como um componente do cuidar, enquanto que Morse considera o cuidar como um construto do conforto. Morse e Kolcaba concordam que a intervenção de enfermagem é a acção de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. O conforto é usado no dia a dia e em diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem usual dos enfermeiros que frequentemente utilizam frases como – “prestados cuidados de higiene e conforto”; “o doente está confortável, foi confortado ou está confortavelmente instalado”⁽⁵⁾.

Uma forma de arte de Enfermagem é chamada de cuidado confortador que requer um processo de ações confortantes, bem como o resultado de estado de conforto vivido pela pessoa idosa. Kolcaba define o conforto como uma experiência a ser reforçada através da satisfação das necessidades de alívio, calma e transcendência em reunião com o contexto físico, psíquico, espiritual, ambiental e social. Em que o alívio é o estado de conforto em que uma necessidade foi satisfeita, representa a “experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica”, sendo necessário para que o idoso restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade é o “estado de calma, sossego ou satisfação” necessário para um desempenho eficiente e a transcendência consiste no “estado no qual é possível superar problemas ou dor”⁽⁶⁾. Patrícia Ribeiro define o conceito de conforto como “multidimensional, referindo-se a um estado percebido de melhoria do estado de conforto, a uma necessidade/desejo sentido ou ainda a uma situação de cuidados-ação/intervenção de cuidar, cujo objetivo é promover o conforto do idoso,

Resultados:

Da análise emergiram três eixos temáticos sobre o método de cuidados de humanidade: Importância que os enfermeiros conferem ao método; Aplicação do método nos cuidados de enfermagem; e Formação do método de cuidados de humanidade nos profissionais de saúde.

Conclusões:

Nesse sentido, este estudo poderá contribuir para uma reflexão e mudança de prática dos profissionais de enfermagem frente à necessidade do respeito e da preservação da autonomia do idoso, bem como reestruturação de programas de ensino e formação nas instituições.

PALAVRAS-CHAVE:

IDOSO. CUIDADOS DE ENFERMAGEM. HUMANIDADE. CONFORTO.

ABSTRACT

Objective:

Synthesize scientific knowledge about humanity's care method in elderly care.

Method:

Integrative literature review available in the CINAHL, LILACS and SciELO databases, using the descriptors: Humanity, Care, Nursing, linked by the Boolean operator, published between 2006 and 2017, in Portuguese, Spanish and English. Seven studies were selected after applying inclusion and exclusion criteria.

Results:

From the analysis arose the following thematic axes on the method of humanity's care: Importance that the nurses confer to the method; Application of the method in nursing care; and Formation of the humanity's care method in health professionals.

Conclusions:

This study may contribute to a reflection and a

change in nurse practice facing the need to respect and preserve the autonomy of the elderly, as well as the restructuring of teaching and training programs in institutions.

KEYWORDS:

ELDERLY. NURSING CARE. HUMANITUDE.
COMFORT

aliviar a dor e outros desconfortos...”; “o termo “conforto” caracteriza-se também em oposição ao “não conforto”, considerado este como um estado de desconforto na vivência concreta de um estado/sentimento de mal-estar e/ou dor”⁽⁷⁾.

Ainda para a mesma autora, o processo de conforto assenta numa abordagem humanista-afectiva e é mediado pela tríade enfermeiro-idoso e sua família onde o agir intencional do enfermeiro é determinante para dar resposta às necessidades de cuidados, especificamente de conforto do doente idoso crónico. Fala numa plenitude em que três grandes eixos estruturantes justapostos, fundadores e explicativos – eixos de ancoragem – dão sentido à construção, desenvolvimento e à prática confortadora onde concorrem, em simultâneo, o conhecimento das vivências da pessoa idosa ancorado numa relação de humanidade e a co-construção de cuidados numa relação de sintonia inter-atores, acabando por dar sentido à individualização da ação confortadora da enfermagem geriátrica, num contexto de “estímulos e condicionantes” socialmente constituído, onde um coletivo em interação contribui para a compreensão da multidimensionalidade deste processo, embora os enfermeiros ocupem uma posição privilegiada nesta abordagem espelhando a cultura confortadora da enfermagem geriátrica⁽⁷⁾.

A palavra Humanitude surge pela primeira vez em 1980 por Freddy Klopfenstein referindo “Inquietude, solitude, habitude: humanitude”.

Humanitude é definida por Gineste e Pellissier, como proximidade relacional entre os humanos, que se vai ampliando e complexificando ao longo da vida, proporcionando um sentir-se ser de espécie humana e ao mesmo tempo é uma perceção do outro como sendo da mesma espécie. Ainda como um conjunto de procedimentos baseado nos pilares da humanidade palavra, toque, olhar, sorriso, vestuário e verticalidade, expressa como atos simples da pessoa cuidadora para com a pessoa cuidada⁽⁸⁾.

“A filosofia da humanidade é uma filosofia dos cuidados que permite situar todos os nossos atos no quadro do cuidar de uma pessoa singular, que permite tomar em conta o facto de uma pessoa possuir necessidades e desejos interligados, o facto de ela viver diferentemente das outras pessoas. Ela conduz-nos a colocar no centro do cuidar (...) o objetivo de responder ao que permite a cada pessoa, segundo a sua vontade, ter desejos, dar sentido, ter prazer, em todos os atos da sua vida”⁽⁸⁾.

Nesta perspetiva Phaneuf diz que o conceito de Humanitude refere-se a comportamentos e ações simples que vão ao encontro do ser no que ele tem

de mais essencialmente humano, o “eu” da pessoa, e a sua eficácia advém-lhe da correspondência com o nosso desempenho arcaico⁽⁴⁾.

Assim sendo, 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 satisfaçam as necessidades, o reconhecimento humano, a personalização e a realização das pessoas presentes na relação⁽⁸⁾.

Mário Simões salienta que o método de cuidar em humanidade é a realização dos procedimentos na prestação de cuidados baseados em quatro pilares da humanidade: o olhar, com que se estabelece ligação com a pessoa idosa para capturar a sua atenção e dar-lhe atenção, mostrando uma relação de igualdade, deve ser axial, horizontal, longo e próximo; a palavra, é normal que não aconteça perante uma pessoa que não fala, então é profissional que o cuidador utilize a retroalimentação para promover este sinal de humanidade e deve ser suave, melódica, um pouco grave, anunciadora e descritiva; o toque, como parte essencial de comunicação não verbal, tem de ser pacificador, feito com suavidade ou “toque-ternura” evitando pegar/agarrar à força, em garra ou em pinça, tem de ser um toque progressivo e permanente, de efetiva ligação material com o idoso, devendo ser mantido durante todo o cuidado; a verticalidade, que se caracteriza por promover o maior tempo possível de verticalidade “morrer de pé” pelos benefícios que promove ao funcionamento de todo o organismo e pela ligação direta a uma das principais características da espécie humana⁽³⁾.

Gineste e Pellissier afirmam existirem dois princípios fundamentais do cuidar, o respeito da autonomia, isto é, um adulto, independentemente da sua idade, não é um bebé, logo não o devemos considerar como tal, a maneira como lhe falamos, tocamos e o olhamos deve ser respeitadora da sua autonomia, da sua sensibilidade e dos seus desejos. O segundo princípio diz respeito à especificidade do cuidar, no sentido em que o cuidador não pode ignorar os conhecimentos que ao longo do seu desenvolvimento foi adquirindo, nomeadamente as diferentes maneiras de tocar, de olhar e de falar com o outro. Estas indicações que nos foram transmitidas constituem “pistas” para a elaboração de maneiras de agir, que “permitem trazer bem-estar àquele que as recebe, mostrar-lhe que se respeita a sua humanidade e que se tem em conta a sua vulnerabilidade⁽⁸⁾.

A necessidade de se conhecer melhor o método de

cuidados de humanidade levou a desenvolver esta revisão integrativa da literatura com a questão: Qual o conhecimento científico existente no que diz respeito ao método de cuidados de humanidade no contexto de cuidados de enfermagem no cuidar à pessoa idosa?

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura⁽⁹⁾, sendo este um método de pesquisa que permite o resumo de diversos estudos publicados e permite retirar conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo. Para atingir o objetivo: Sintetizar o conhecimento científico sobre o método de cuidados de humanidade no cuidar à pessoa idosa, formulou-se a seguinte questão norteadora: Qual o conhecimento científico existente no que diz respeito ao método de cuidados de humanidade no contexto de cuidados de enfermagem no cuidar à pessoa idosa?

A pesquisa foi realizada em junho de 2017, no Portal da Ordem dos Enfermeiros da Elton Brison Stephens Company (EBSCO), nas bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) com texto completo. Face à escassez de estudos, realizei também buscas na base de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO) com acesso a Google Scholar Académico.

Os descritores foram em língua portuguesa, espanhola e inglesa: Humanidade (Humanidade), Cuidado (Care), Enfermagem (Nursing), ligados pelo operador booleano and.

Esta etapa resultou num levantamento de 12 estudos, os quais passaram por uma pré-seleção por meio da leitura de títulos e resumos, a fim de selecionar pesquisas que respondessem a questão norteadora.

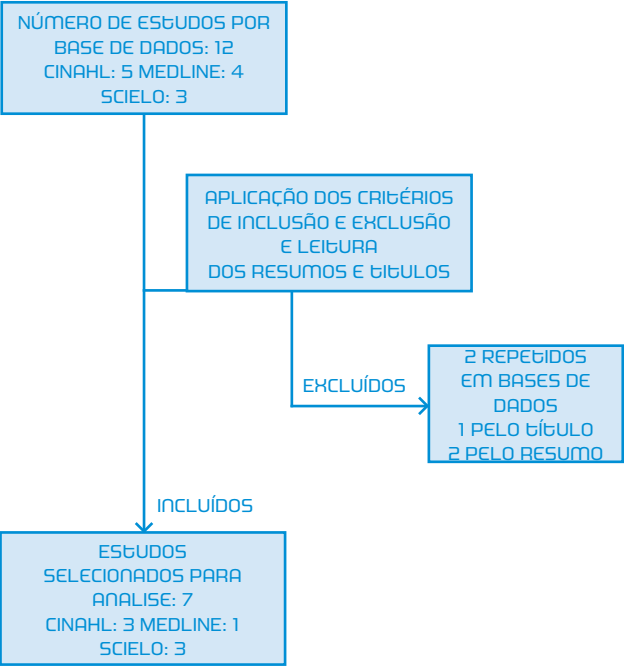
Para a seleção dos estudos encontrados, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados com texto na íntegra em português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: estudos repetidos em bases de dados e estudos que não respondiam à questão norteadora, quer pelo título, quer pelo resumo. Deste modo, uma amostra final para análise foi composta de sete estudos, dos quais três estudos estão indexados na Cinahl e um na Medline, um estudo a SciELO e dois ao Google Scholar Académico (Figura 1).

Os estudos selecionados foram entre o período do ano 2006 a 2017 e maioritariamente em idioma inglês e português.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, é de salientar que foi salvaguardada a autoria e o refe-

renciamento das pesquisas utilizadas para elaboração deste estudo. Ainda, pelo seu perfil científico, a revisão integrativa dispensa a submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa.

FIGURA 1
Fluxograma do resultado da aplicação dos filtros de busca, limites e critérios para inclusão dos estudos.



FONTE: DADOS DA PESQUISA, 2017.

RESULTADOS

Para a análise dos estudos utilizou-se as variáveis: título, autor e ano, tipo de estudo, objetivo do estudo e resultado do estudo. Na análise da metodologia dos sete estudos observou-se que três apresentam uma abordagem qualitativa, três quantitativa e um mista. Observou-se ainda que três dos estudos selecionados pertencem ao mesmo autor. Quadro 1.

QUADRO 1
Resultados dos estudos segundo as variáveis: Título, autor e ano, tipo de estudo, objetivos e resultados do estudo

TÍTULO	AUTOR E ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	RESULTADOS
THE MEANING OF THE PHILOSOPHY OF 'HUMANITUDE' IN THE CONTEXT OF THE PROVISION OF CARE TO THE DEPENDENT PERSON(10). (PORTUGUÊS)	MÁRIO SIMÕES, MANUEL RODRIGUES, NÍDIA SALGUEIRO (2008).	REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA. ESTUDO QUALITATIVO.	SITUAR A PROBLEMATICA DA HUMANIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM, NUMA PERSPECTIVA CIENTÍFICA ATUAL.	CONCEITO DE HUMANITUDE EMERGE COM INTERESSE NA LINGUAGEM CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM. MAS CONCLUI QUE SÃO ESCASSOS OS TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO, QUE EXPLIQUEM CIENTIFICAMENTE OS MÉTODOS E DEMONSTREM OS GANHOS EM SAÚDE.
IMPORTÂNCIA E APLICABILIDADE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DO MÉTODO DE CUIDADOS DE HUMANIDADE GINESTE - MARESCOTTI(11). (PORTUGUÊS).	MÁRIO SIMÕES, MANUEL RODRIGUES, NÍDIA SALGUEIRO (2011).	DESCRITIVO E QUANTITATIVO.	CONHECER A IMPORTÂNCIA QUE OS ENFERMEIROS ATRIBUEM AOS CUIDADOS BASEADOS NA FILOSOFIA DA HUMANIDADE E NO MÉTODO DE GINESTE E MARESCOTTI E EM QUE MEDIDA OS ENFERMEIROS REFEREM QUE APLICAM NA PRÁTICA OS PRINCÍPIOS DO MÉTODO DE GINESTE E MARESCOTTI.	OS INQUIRIDOS INDICAM QUE É MUITO E MUITÍSSIMO IMPORTANTES OS PROCEDIMENTOS DE "APROXIMAÇÃO SINOTONIA" (90,31%) E DE "CONSOLIDAÇÃO PROAÇÃO" (85,47%), APENAS 2,21% DESVALORIZAM O MÉTODO. NA PRÁTICA DE CUIDADOS, OS ENFERMEIROS DIZEM APLICAR FREQUENTEMENTE, OU SEMPRE, OS PRINCÍPIOS DE "APROXIMAÇÃO SINOTONIA" (83,05%) E "CONSOLIDAÇÃO PROAÇÃO" (69,69%).
CUIDAR EM HUMANITUDE: ESTUDO APLICADO EM CUIDADOS CONTINUADOS(12). (PORTUGUÊS)	MÁRIO SIMÕES, NÍDIA SALGUEIRO, MANUEL RODRIGUES (2012).	DESCRITIVO, QUANTITATIVO E DE INVESTIGAÇÃO-AÇÃO.	DESENVOLVER AS COMPETÊNCIAS DOS CUIDADORES NA APLICAÇÃO DO MÉTODO DE GINESTE E MARESCOTTI.	NUM ESTUDO ANTERIOR HÁ UMA PERCEÇÃO ELEVADA DE VALOR E APLICAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA DA SEQUÊNCIA DE PROCEDIMENTOS, NO ENTANTO OS DADOS OBSERVACIONAIS NESTE ESTUDO REVELARAM QUE EXISTE UM GRANDE DESVIO ENTRE PERCEÇÃO E REALIZAÇÃO EFETIVA.

TÍTULO	AUTOR E ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	RESULTADOS
CARE GIVING AND NURSING, WORK CONDITIONS AND HUMANITUDE ⁽¹³⁾ . (FRANCÊS)	SYLVAIN BIVANDIA, BENOIT ZITTEL (2012).	DESCRIPTIVO E QUALITATIVO	ANALISAR A LIGAÇÃO ENTRE A LÓGICA DO CUIDADO HUMANO E A LÓGICA DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	A INSATISFAÇÃO NO TRABALHO NÃO ESTÁ RELACIONADA COM A TENSÃO FÍSICA DO TRABALHO, MAS COM A ORGANIZAÇÃO E OS FATORES PSICOSSOCIAIS DA HIERARQUIA E ORGANIZAÇÃO. A FALTA DE TEMPO, MOTIVAÇÃO E FORMAÇÃO TAMBÉM SÃO FERRAMENTAS DE INSATISFAÇÃO PROFISSIONAL.
HUMANITUDE: UMA FERRAMENTA DO CUIDAR EM CUIDADOS CONTINUADOS O OLHAR DO EDUCADOR SOCIAL ⁽¹⁴⁾ . (PORTUGUÊS)	RIÇA ARAÚJO, ANA GALVÃO, PAULA MARTINS (2014)	ESTUDO DE CASO, EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO, TRANSVERSAL E QUALITATIVO E QUANTITATIVO.	CONHECER A PRÁTICA DA METODOLOGIA HUMANITUDE NO CUIDADO COM OS DOENTES EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. IMPLEMENTAR A METODOLOGIA DO CUIDAR, RESPONDENDO À FERRAMENTA HUMANITUDE.	NESTE ARTIGO VERIFICA-SE QUE A MAIORIA DOS CUIDADORES (65,4%) JÁ TINHA OUVIDO FALAR DOS CUIDADOS DE HUMANITUDE COMO METODOLOGIA E SALIENTAM A SUA IMPORTÂNCIA. OS CUIDADORES QUE NÃO TINHAM OUVIDO FALAR DA METODOLOGIA HUMANITUDE MOSTRAM INTERESSE EM CONHECER O MÉTODO DO CUIDAR.

TÍTULO	AUTOR E ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	RESULTADOS
PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA METODOLOGIA DE TRABALHO: HUMANITUDE NA GESTÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE ⁽¹⁵⁾ . (PORTUGUÊS)	OLÍVIA COSTA, ANA MARIA GALVÃO, MARIA CORÊTE DE JESUS BAPTISTA (2014)	EXPLORATÓRIO, DESCRITIVO E QUANTITATIVO E CORRELACIONAL.	CONHECER AS PERCEÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A METODOLOGIA DO CUIDAR: HUMANITUDE.	SOBRE O CONHECIMENTO DA METODOLOGIA HUMANITUDE VERIFICA-SE QUE A MAIORIA, 60% DOS INQUIRIDOS, AFIRMOU DESCONHECER TAL METODOLOGIA. EM TERMOS MÉDIOS, SÃO OS ENFERMEIROS QUE MELHORES RESULTADOS APRESENTAM SOBRE OS CONHECIMENTOS DA METODOLOGIA HUMANITUDE. PALAVRA, TOQUE E CONFORTE SÃO AS DIMENSÕES/ PILARES EM QUE, É MAIOR O CONHECIMENTO DAS BOAS PRÁTICAS DA METODOLOGIA DE TRABALHO HUMANITUDE. RELATIVAMENTE AOS MOTIVOS QUE DIFICULTAM A APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DE TRABALHO HUMANITUDE, OS ENFERMEIROS REFEREM "FALTA DE TEMPO". PARA A CORRETA APLICAÇÃO DESTA METODOLOGIA 55% DOS PROFISSIONAIS REFEREM NECESSIDADE DE FORMAÇÃO
STATE-OF-THE-ART IN THE IMPLEMENTATION OF THE HUMANITUDE CARE METHODOLOGY PORTUGAL ⁽¹⁶⁾ . (PORTUGUÊS)	ROSA MELO; PAULO QUEIRÓS; LUIZA TANAKA; NÍDIA SALGUEIRO; RAFAEL ALVES; JOÃO ARAÚJO; MANUEL RODRIGUES (2017)	DESCRIPTIVO E QUALITATIVO.	DESCREVER O ESTADO DE ARTE DA IMPLEMENTAÇÃO DO MÉTODO DE GINESTE E MARESCOTI EM PORTUGAL	A IMPLEMENTAÇÃO DO MÉTODO DE GINESTE E MARESCOTI EM PORTUGAL CARACTERIZA-SE PELA FORMAÇÃO NA AÇÃO, INVESTIGAÇÃO ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS CIENTÍFICOS E ATRAVÉS DE DIVERSAS TIPOLOGIAS DE PUBLICAÇÕES. A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE HUMANITUDE EM PORTUGAL É REPRESENTADA NA SUA MAIORIA POR COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS.

Dos estudos analisados, um apresenta nível de evidência 1, quatro de nível 2 e dois apresentam nível de evidência 4⁽¹⁷⁾.

DISCUSSÃO

Com base nos artigos analisados, foi possível destacar questões importantes a serem relatadas sobre Cuidar em Humanidade. A partir da análise, emergiram três eixos temáticos sobre o método de cuidados de humanidade, que serão discutidos a seguir.

IMPORTÂNCIA QUE OS ENFERMEIROS CONFEREM AO MÉTODO DE CUIDADOS DE HUMANIDADE

Humanidade, enquanto filosofia e ética, assume um valor teórico e prático importante no contexto dos cuidados de enfermagem oferecidos em espaços de intimidade, à pessoa idosa vulnerável e dependente, em condições de respeito e igualdade^(10,14). Está diretamente relacionada com o cuidar e com a relação de ajuda que um prestador de cuidados tem perante uma pessoa idosa fragilizada (pessoa dependente, vulnerável e em situação crítica ou paliativa⁽¹⁸⁾), de forma a tentar melhorar a sua situação dependente e de assegurar da melhor maneira possível o seu bem-estar^(10,11).

Os cuidados de enfermagem assimilam a filosofia da Humanidade e aplicam-na na prática clínica^(4,10,14) e assentam em pilares de ação (olhar, palavra, tocar, verticalidade, vestuário)^(8,10,12,14).

Os resultados evidenciam uma grande importância e valorização dos procedimentos do método de cuidados de humanidade^(11,12,14) contribuindo para a progressão do idoso para o equilíbrio psicológico, para a conservação das suas capacidades humanas, para o aumento do bem estar e, mesmo quando é possível, para um retorno à saúde⁽¹⁴⁾.

O método tem revelado ganhos indesmentíveis na recuperação da qualidade de vida da pessoa idosa acamada com demência e outras situações de fragilidade, bem como uma menor oposição aos cuidados^(10,16). Estes ganhos em bem estar e acalmia são aliados a uma série de técnicas de manutenção, muito suaves, que se refletem positivamente na saúde dos cuidados, na satisfação dos profissionais e no sentimento da realização profissional⁽¹²⁾. Mas, dar cuidado não é apenas uma relação “one to one” com a pessoa idosa, é também refletir que a pessoa idosa não está dividida entre cuidados, alimentos e animação. A pessoa idosa é corpo e mente e o idoso precisa ser tratado como uma pessoa na íntegra. A atividade de trabalho coletivo organizado é a chave para realmente se prestar cuidados diferenciados mais humanos à pessoa idosa

sem induzir stress aos profissionais^(13,15).

APLICAÇÃO DO MÉTODO DE CUIDADOS DE HUMANIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A aplicação do método de cuidados de humanidade permite verificar um vasto conjunto de benefícios, segundo estudos realizados em países desenvolvidos, esta metodologia tem revelado uma baixa taxa de absentismo por burnout e lesões músculo-esqueléticas nos prestadores de cuidados^(8,12,14).

Na prática, os enfermeiros afirmam que aplicam frequentemente e sempre os procedimentos do método⁽¹¹⁾, mas constata-se um grande desvio entre o percebido e a realização efetiva dos procedimentos cuidadosos⁽¹²⁾. Os motivos mencionados que impedem ou dificultam a aplicação da metodologia de cuidados de humanidade são: a perda da visão global da pessoa, a instalação da rotina ao longo dos anos da ação do enfermeiro, as faltas progressivas na comunicação/relação⁽¹⁰⁾, os falsos princípios que, passados de geração em geração, deram origem a uma cultura de cuidados difícil de mudar⁽¹²⁾, insatisfação profissional no local do trabalho com a organização e fatores psicossociais⁽¹³⁾, a falta de disponibilidade/tempo e a falta de motivação⁽¹⁵⁾.

Privar a pessoa idosa, vulnerável e dependente dos pilares de humanidade, na ação de cuidar, pode promover alterações de comportamento, nomeadamente agitação patológica ou imobilismo iatrogénico^(8,10,12) e as ligações sociais, o diálogo e o movimento poderiam ter sucesso onde os procedimentos médicos falham⁽¹³⁾. Cabe aos enfermeiros gerir os cuidados fundamentais e imprescindíveis aos idosos, com relevo para os mais limitados e excluídos.

Os enfermeiros sempre foram os melhores peritos na gestão dos cuidados de intimidade, que se desenvolvem no contexto das atividades de banho, higiene, mobilização, comunicação⁽¹¹⁾. Mas verifica-se que ao longo dos anos os enfermeiros afastam-se bastante dos cuidados de proximidade considerando-os como facilmente delegáveis⁽¹¹⁾, constata-se que a maioria dos cuidados são executados pelos assistentes operacionais sem orientações precisas sobre o tipo de higiene, capacidades restantes a estimular e outras particularidades que personalizassem aquele cuidado e directrizes que deviam decorrer do diagnóstico de enfermagem⁽¹²⁾.

FORMAÇÃO DO MÉTODO DE CUIDADOS DE HUMANIDADE NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Produção científica sobre Humanidade em Portu-

gal⁽¹⁶⁾ é representada na sua maioria por comunicações científicas e sugerem a necessidade da realização de mais estudos de investigação nesta área, contribuindo para uma prática baseada na evidência e adequada às reais necessidades das pessoas cuidadas⁽¹⁶⁾. Mas, relativamente ao conhecimento da metodologia de cuidados de humanidade, verifica-se que há uma grande percentagem de enfermeiros que desconhecem tal metodologia^(14,15), os enfermeiros que não tinham ouvido falar da metodologia humanidade mostram interesse em conhecer o método “ (...) Não, mas (...)...nunca é tarde para aprender”⁽¹⁴⁾ e os profissionais apontam para a “formação”^(12,15).

É astuciosamente fulcral incluir os administradores e corpos de gestão, para que estes implementem políticas, estratégias e métodos de organização de trabalho que permitem, e que fomentem, a humanização dos cuidados de saúde pelos profissionais de enfermagem, pois são quem mais diretamente contacta com a pessoa^(13,15). As políticas e recursos das instituições tendem, por vezes, a desvalorizar os cuidados de Humanidade e a importância da relação nos ganhos em saúde⁽¹¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para cuidar de idosos o profissional deve ser capaz de estabelecer uma relação de proximidade e tratá-lo com dignidade e respeito, valorizando a sua história, às suas crenças, valores e necessidades. Mesmo às pessoas idosas que se encontrem num estado de saúde mais dependente e vulnerável, na

medida do possível, deve ser estimulada a sua autonomia por meio de ações simples, como os pilares da humanidade (olhar, palavra, toque, sorriso e verticalidade) e o conforto, não esquecendo as suas vontades e esperando sempre o seu feedback. O método de cuidados de humanidade é um método simples e eficaz, e está comprovado cientificamente que a sua não utilização pode promover alterações de comportamento, nomeadamente agitação patológica ou imobilismo. Mas ainda não muito aplicado, devido a falta de conhecimento e a cultura de cuidados já formatada que assenta em princípios antigos e que não se ajustam aos conhecimentos e necessidade da atualidade.

Há princípios que estão integrados em nós, no nosso “eu”, uns nascem connosco, outros incutidos pela educação, mas há outros que são adquiridos ao longo da nossa vida. Cabe às escolas de enfermagem ensinar aos novos enfermeiros esses princípios, ser enfermeiro e fazer enfermagem. Aos profissionais de enfermagem cabe-lhes refletir sobre as suas práticas e valorizar a essência dos cuidados de enfermagem, tornando-se numa mais valia para a recuperação e conforto da pessoa idosa dependente e vulnerável.

Nesse sentido, este estudo poderá contribuir para uma reflexão e mudança de prática dos profissionais de enfermagem frente à necessidade do respeito e da preservação da autonomia do idoso, bem como reestruturação de programas de ensino e formação dos profissionais nas instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribamar Medeiros Lima Junior, José Lima Sardinha, A. H., Hisako Takase Gonçalves, L., Portela Silva Coutinho, N., Pereira Pasklan, A. N., & Alves dos Santos, M. (2015). Cuidados de enfermagem e satisfação de idosos hospitalizados. *O Mundo Da Saúde*, 39(4), 419–432. <https://doi.org/10.15343/O104-7809.20153904419432>
2. Costa, A. C., & Gil, A. P. (2011). *Os Enfermeiros e as Representações Sociais Sobre o Envelhecimento: Implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada*. Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciência Médicas.
3. Simões, M. M. M. (2014). *Cuidar Humanitude, Enfermagemneurorelacional* (1a edição). Coimbra.
4. Phaneuf, M. (2007). Le concept d'humanitude: une application aux soins infirmiers généraux. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Le+concept+d+'humanitude'+une+application+aux+soins+infirmiers+généraux#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Le+concept+d'humanitude:+une+application+aux+soins+i>
5. Apóstolo, J. L. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 2a Série(9), 61–67.
6. Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. (S. P. Company, Ed.). New York.
7. Ribeiro, P. (2012). *A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Crónico Em Contexto Hospitalar*. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde
8. Gineste, Y.; Pellissier, J. (2008). *Humanitude, compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos*. Lisboa: Piaget Editora.
9. Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo, Brazil)*, 8(1), 102–6. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
10. Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista Referência, série 2 nu*(7), 97–105.
11. Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de Humanidade Gineste - Marescotti ®. *Revista Referência*, 3(4), 69–79.
12. Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanitude: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(no 6), 81–93. <https://doi.org/10.12707/RIII1177>
13. Biquand, S., & Zittel, B. (2012). Care giving and nursing, work conditions and humanitude ®. *Work*, 41(SUPPL.1), 1828–1831. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0392-1828>
14. Araújo, R., Galvão, A., & Martins, P. (2014). Humanitude: Uma Ferramenta do Cuidar em Cuidados Continuados - O olhar do Educador Social.
15. Costa, O., Galvão, A., & Baptista, G. (2014). “ Novos Olhares na Saúde ” - Humanitude: empreender qualidade em saúde, 1(1), 322–334.
16. Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L. H., Salgueiro, N., Alves, R., Araújo, J., & Rodrigues, M. (2017). State-of-the-art in the implementation of the Humanitude care methodology in Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 53–62.
17. Marques, F. B. (n.d.). Tipos de Estudos Científicos e Níveis de Evidência.
18. Rappo, I. (2007). Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l'humanitude des patients comateux durant leurs interventions?, 1–83. Retrieved from <http://doc.rero.ch/record/8577>

A DIMENSÃO ESPIRITUAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA:

REVISÃO INTEGRATIVA

THE SPIRITUAL DIMENSION IN THE HEALTH CARE OF THE PERSON IN CRITICAL SITUATION AND HIS / HER FAMILY:

INTEGRATIVE REVIEW

ALUNA DO MESTRADO PROFISSIONAL DE MÉDICO-
CIRÚRGICA NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE –
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, ENFERMEIRO
NO HOSPITAL FERNANDO FONSECA E NA UNIDADE DE
CUIDADOS PALIATIVOS DA CASA DE SAÚDE DA IDANHA.
E.MAIL: TETYANA-STAMATI@HOTMAIL.COM CONTACTO
969724028

Tetyana Kolodiy

PHD, PROFESSORA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE, UNIDADE DE ENSINO DE ENFERMAGEM DE LISBOA
– UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. PALMA DE
CIMA 1649-023 LISBOA, CONTACTO 217 214 000
E.MAIL: PATRICIAPS@ICS.LISBOA.UCP.PT.

Sousa Pontífice, Patrícia

RESUMO

Tema:

A dimensão espiritual nos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e sua família.

Objetivo:

Sintetizar o conhecimento existente acerca da dimensão espiritual da pessoa em situação crítica e sua família.

Abordagem teórica:

As questões que envolvem espiritualidade/religiosidade estão sempre presentes no ser humano. A espiritualidade das

INTRODUÇÃO

Desde Florence Nightingale, a espiritualidade, dentro do contexto do tratamento, é uma componente importante da qualidade de vida, o atendimento à pessoa não pode e não deve ser unidimensional deixando de encarar o ser nas suas várias faces: bio-psico-sócio-espiritual.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a espiritualidade é um fator que não deve ser desprezado, juntamente com as dimensões corporais, psíquicas e sociais, o bem-estar espiritual tem sido considerado como mais uma dimensão do estado de saúde. Assim, a dimensão espiritual está integrada no conceito de saúde. A Organização Mundial da Saúde criou o Grupo de Qualidade de Vida, que inclui, no seu método genérico de avaliação de qualidade de vida, o World Health Organization's Quality of Life Measure (WHOQOL), os domínios da Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (SRPB).¹

Pela experiência da prestação de cuidados e pelas referências que o Plano Nacional de Saúde lhe atribui, justifica-se que a dimensão espiritual do ser humano se transforme numa área privilegiada dos cuidados de saúde.

Conforme o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermei-

peças em situação crítica é pouco abordada na literatura disponível. As atenções dos enfermeiros centram-se nas intervenções técnicas.

Metodologia:

Trata-se de uma revisão interativa da literatura efetuada em outubro de 2017 na base de dados científicos: B-on, seguindo a metodologia do Sousa, Silva e Carvalho.

Resultados:

Foram selecionados 13 artigos para análise integral que abordam a espiritualidade como componente fundamental na prática dos cuidados para promover o conforto e o alívio do sofrimento da pessoa em estado crítico.

Conclusão

A síntese realizada possibilita aos profissionais de saúde o agir intencional perante as necessidades espirituais da pessoa em situação crítica e sua família, planeando as ações direcionadas para a promoção do conforto e do sentido da vida.

PALAVRA-CHAVE:

ENFERMAGEM, CUIDADOS, DIMENSÃO ESPIRITUAL, DOENTE CRÍTICO.

ABSTRACT

Theme:

The spiritual dimension in health care to the person in critical situation and his family.

Aim:

To synthesize existing knowledge about the spiritual dimension in the person in critical situation and his family.

Theoretical approach:

The questions that involve spirituality / religiosity are always present in the human being. The spirituality of people in critical situations is little discussed in the available literature. Nursing care focuses on technical interventions.

ros Portugueses (Decreto-Lei n.º 161/96, artigo 4.º, n.º 1), a enfermagem é “a profissão que na área da saúde tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”² De acordo com Artigo 102 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Portugueses o enfermeiro assume o dever de “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação...respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas...” O Artigo 103.º consagra que os seus membros são obrigados a: “Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” (Decreto-Lei n.º 156/2015).³

Na área da saúde, a espiritualidade apresenta-se como um tema de interesse. A promoção da espiritualidade, enquanto dimensão do ser humano ao qual se pretende prestar assistência de forma holística, tem vindo a ganhar importância na medida em que permite ganhos na saúde. Diversos estudos têm analisado o complexo conceito de espiritualidade, destacando a importância do atendimento dessa dimensão pelos profissionais de enfermagem.^{4,5} São vários os fatores que dificultam a prática do cuidado espiritual: a dificuldade em definir a espiritualidade, o insuficiente apoio de gestão, os recursos, os fatores culturais, a própria espiritualidade do enfermeiro (influenciada pela idade e pela experiência profissional), o aumento da carga de trabalho e a consideração dos enfermeiros de que os seus conhecimentos e habilidades são insuficientes para o apoio espiritual (devido a falta da formação académica nessa área).⁵⁻⁹

Perante esses factos, compreende-se que a dimensão espiritual é pouco explorada nos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem. Sendo a enfermagem uma ciência que cuida do ser humano, na sua dimensão biológica, psicológica, social e espiritual, deve reforçar-se a importância da abordagem das necessidades espirituais.¹⁰

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Não existe uma definição universalmente aceite para o termo espiritualidade. A espiritualidade humana tem sido explorada através do recurso ao pensamento crítico e filosófico, da análise histórica do conceito, da observação das pessoas, com o intuito de compreender as suas perceções sobre a espiritualidade e da análise empírica do modo como certas pessoas empregam o conceito.¹¹ A espiritualidade é uma dimensão do ser humano que atualmente está em crescente valorização,

constituindo uma maior preocupação no desenvolvimento quer a nível pessoal quer a nível profissional, de forma a proporcionar maior conforto. A dimensão espiritual representa um importante recurso interno no auxílio à pessoa, para fazer frente às adversidades, aos eventos traumáticos e stressantes, relacionados com o processo de saúde-doença.¹¹

Assim sendo, os princípios dos cuidados espirituais podem ser aplicados à pessoa em situação crítica, independentemente da sua cultura, tradição religiosa ou referência espiritual.¹²

Ser enfermeiro exige autoconhecimento e investimento contínuo na aquisição de competências não só para executar técnicas, como também para se relacionar com a pessoa em todas as suas dimensões.

“Espiritualidade é uma perspetiva pessoal, complexa, abrangente, multidimensional, sistémica e integradora da experiência humana que, através de processos de questionamento e reflexão, contemplação e meditação ou oração, avalia os aspetos materiais existenciais (perspetivas, comportamentos, relações, projetos, realizações) da vida conduzindo à consciência da transcendência nas suas dimensões: biográfica, situacional ou cósmica, ajudando a manter a relação consigo próprio, com os outros, com entidades superiores ou forças vitais, para procurar eventuais significados e propósitos de vida e sentimentos de ligação/conexão e de paz interior.”¹³

Apesar de “a espiritualidade ser o princípio de vida que impregna todo o ser humano nas suas dimensões físicas, intelectuais, morais, éticas e volitivas (o poder de escolher e de tomar decisões)”¹⁴, assiste-se frequentemente à sua desvalorização, sobretudo quando as pessoas se encontram em situação de fragilidade.

Tradicionalmente, na sociedade cristã ocidental, a noção de espiritualidade encontrava-se estreitamente ligada à religiosidade. No século XX, mais precisamente nas décadas de 60 e 70, o termo espiritualidade distancia-se da religião.

A Religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos. A religiosidade é o quanto a pessoa acredita, segue e pratica uma religião.

A espiritualidade é uma dimensão importante nos cuidados de saúde que devem ter em conta uma perspetiva holística da pessoa.¹⁵ É de salientar que os enfermeiros são sobretudo “gente que cuida de gente”, assim, torna-se imprescindível que os enfermeiros desenvolvam uma vertente humanizadora.¹⁶

A pessoa que se identifica como não crente não

Methodology:

Interactive review of the literature made in October 2017 in the scientific database: B-on, following the methods proposed by Sousa, Silva and Carvalho (2010).

Results:

A total of 13 articles were selected for comprehensive analysis that address spirituality as a fundamental component in the practice of care for promoting comfort and relief of suffering in critical condition.

Conclusion

The synthesis allows health professionals to act intentionally before the spiritual needs of the person in critical situation and his family, planning actions aimed at promoting well-being and meaning of life in their spiritual dimension.

KEYWORDS:

NURSING, CARE, SPIRITUAL DIMENSION, CRITICAL PATIENT.

deixa de ter espiritualidade. A espiritualidade e a religiosidade são conceitos distintos sendo que a vivência religiosa integra a dimensão espiritual da pessoa.

A espiritualidade consiste na procura de um sentido para a existência, trata-se da busca de uma dimensão transcendente, de algo que atribua significado e sentido a uma visão pessoal do mundo e da vida, estando além da percepção racional. Quando a pessoa é confrontada com procedimentos médicos que não surtem o efeito pretendido, surgem reações de medo e angústia bem como a necessidade de reconforto que é alcançado através da espiritualidade.

Assim, torna-se cada vez mais importante uma abordagem biopsicossocioespiritual a todas as pessoas em situação crítica. A assistência espiritual pode representar reconforto, esperança e força para enfrentar a condição de doença.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo resulta de uma revisão integrativa da literatura que constitui um instrumento da prática baseada na evidência, “a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática”.¹⁷

A opção por uma revisão integrativa deve-se ao fato da mesma constituir a “mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.”¹⁷

A presente revisão integrativa da literatura visa sintetizar o conhecimento existente acerca da dimensão espiritual na pessoa em situação crítica e da sua família. Para o desenvolvimento deste trabalho, a primeira etapa visou contemplar a questão da pesquisa, que foi definida considerando a população ou o problema de interesse, a intervenção a ser realizada e o contexto do estudo.

Considerando-se a concepção da temática em estudo, formulou-se a seguinte questão PEO (Paciente

+ Exposure + Outcome): Qual a evidência científica da dimensão espiritual nos cuidados de saúde à pessoa adulta em situação crítica e sua família?

Os critérios de exclusão de artigos foram os artigos cuja população alvo integre crianças ou adolescentes; artigos que integrem na população alvo adultos/ idosos em acompanhamento por cuidados paliativos; artigos que não estejam relacionadas com a dimensão espiritual da pessoa em situação crítica e sua família.

Os critérios para inclusão dos estudos primários selecionados foram: artigos de acesso integral, disponibilizados na modalidade de artigo original e publicados no período de janeiro de 2012 a maio de 2017, nos idiomas português, inglês e espanhol, cuja população alvo sejam os adultos.

Para a colheita de informação nas bases de dados foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Nursing, Care, Spiritual Dimension, Critical patient.

A fonte de pesquisa utilizada foi a base de dados científica B-on com as seguintes editoras: ACM, ACS, AIP, Annual Reviews, EBSCO, Elsevier, IEEE, IOP, RSC, SAGE, SIAM, Springer, Taylor & Francis, Wiley, ZentrallBlatt.

Da pesquisa efetuada em outubro de 2017 obteve-se um total de 336 artigos. Após a realização da exclusão dos repetidos, obteve-se uma amostra de 306 artigos. Efetuada, primariamente, uma análise do título e resumo, excluindo-se 268 artigos devido à população-alvo não corresponder aos critérios de inclusão definidos; excluídos 5 artigos por não ter acesso ao texto integral e excluídos 20 artigos por não focarem cuidados de enfermagem na dimensão espiritual da pessoa em situação crítica. Deste modo, selecionaram-se 13 artigos para análise integral.

Para a organização das publicações selecionadas foi desenvolvido uma ficha com as seguintes informações: título do artigo, ano de publicação, nome do periódico e da base de dados em que foi publicado, nome dos autores, tamanho de amostra, palavra-chave ou descritores, tipo de estudo e achados. Resultados Sistematização da análise dos estudos selecionados

ARTIGO	"THE IMPORTANCE OF SPIRITUALITY IN PATIENT-CENTERED CARE"
ANO	2014
REVISTA	AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE, JULY 2014, VOLUME 23, NO. 4
AUTOR (ES)	BY RICHARD H. SABEL, MD, AND CINDY L. MUNRO, RN, PHD, ANP
ACHADOS	• O MAIS IMPORTANTE É RECONHECER E TRATAR RAPIDAMENTE A DOENÇA OU LESÃO QUE AMEAÇA A VIDA DA PESSOA. • PARA CUIDAR DA PESSOA DE FORMA HOLÍSTICA (CUIDAR DA PESSOA COMO UM TODO - CORPO, MENTE E ESPÍRITO), OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DEVEM EXPLORAR A DIMENSÃO ESPIRITUAL DAS PESSOAS EM COMPLICAÇÕES DE SAÚDE E SUAS FAMÍLIAS. • OS ENFERMEIROS CONSIDERAM A ESPIRITUALIDADE COMO UMA DIMENSÃO IMPORTANTE NOS CUIDADOS.

ARTIGO	"CRITICAL CARE NURSES 'PERCEIVED NEED FOR GUIDANCE IN ADDRESSING SPIRITUALITY IN CRITICALLY ILL PATIENTS"
ANO	2016
AUTOR (ES)	CHRISTINA CANFIELD, DEBI TAYLOR, KIMBERLY NAGY, CLAIRE STRAUSSER, KAREN VAN KERKHOVE, STEPHANIE WILLS, PATRICIA SAWICKI, AND JEANNE SORRELL, BY CHRISTINA CANFIELD, RN, MSN, ACNS-BC, CCRN-E, DEBI TAYLOR, RN, KIMBERLY NAGY, RN, CLAIRE STRAUSSER, RN, BSN, CCRN, NE-BC, KAREN VAN KERKHOVE, RN, BSN, STEPHANIE WILLS, RN, BSN, PATRICIA SAWICKI, RN, AND JEANNE SORRELL, RN, PHD
REVISTA	AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE, VOLUME 25, NO. 3
PALAVRAS-CHAVE	SPIRITUALITY, SPIRITUAL CARE, NURSING
TIPO DE ESTUDO	ENTREVISTAS INDIVIDUAIS
TAMANHO DA AMOSTRA	30 ENFERMEIROS
ACHADOS	▪ O ENFERMEIRO DEVE COMUNICAR COM A FAMÍLIA E PESSOA DE FORMA AJUDA-LOS A GERIR O QUE LHE É IMPORTANTE; ▪ OS ENFERMEIROS DEVEM SER CAPAZES DE IDENTIFICAR AS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DA PESSOA. ▪ A ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO DA SAÚDE É PARTE DA PESSOA QUE DÁ SENTIDO E PROPÓSITO À SUA VIDA. ▪ A CRENÇA NUM PODER SUPERIOR QUE PODE INSPIRAR ESPERANÇA, ENCONTRAR A SOLUÇÃO E ULTRAPASSAR CONSTRAIMENTOS DE CONSCIÊNCIA, BUSCAR RESOLUÇÃO E TRANSCENDER RESTRIÇÕES FÍSICAS.
ARTIGO	"SIGNIFICADO DE ESPIRITUALIDADE PARA ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS"
ANO	2012
AUTOR (ES)	RAMON MORAES PENHA, MARIA JÚLIA PAES DA SILVA
REVISTA	ENFERMAGEM, FLORIANÓPOLIS, ABR JUN; 21(2)
DESCRIPTORES	ESPIRITUALIDADE. RELIGIÃO. COMUNICAÇÃO. ENFERMAGEM. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.
TIPO DE ESTUDO	DESCRITIVO-EXPLORATÓRIO
TAMANHO DA AMOSTRA	34 ENFERMEIROS
ACHADOS	▪ A DIMENSÃO ESPIRITUAL POSSUI QUATRO SIGNIFICADOS DISTINTOS: FÉ E CRENÇA RELIGIOSA; CRENÇA EM UMA FORÇA/PODER SUPERIOR; BEM-ESTAR ESPIRITUAL; E ATRIBUTO DO ESPÍRITO; ▪ QUANTO ÀS IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM, PODE-SE INFERIR QUE INSTITUIR A FÉ E A ESPERANÇA COMO MECANISMOS DE COMPREENSÃO MULTIDIMENSIONAL DO SER HUMANO SE TORNA IMPRESCINDÍVEL PARA A COMPREENSÃO DO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DA SAÚDE NA FORMA DE LIDAR SAUDÁVEL COM AS DOENÇAS. ▪ POSSIBILITAR A PRESENÇA DE MENTORES ESPIRITUAIS: PADRES, PASTORES, CAPELÃES, MEMBROS DO CLERO, OU OUTROS LÍDERES ESPIRITUAIS.
ARTIGO	"SPIRITUALITY IN SURVIVORS OF MYOCARDIAL INFARCTION"
ANO	2012
AUTOR (ES)	MARZIEH MOMENNASAB, MARZIEH MOATTARI, ABBAS ABBASZADE, BABAK SHAMSHIRI
REVISTA	IRAN J NURS MIDWIFERY RES . JUL-AGO; 17 (5): 343-351.
TIPO DE ESTUDO	ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS
PALAVRA-CHAVE	TEORIA FUNDAMENTADA, ATAQUE-CARDÍACO, ENFARTE-DO-MIOCÁRDIO, PESQUISA QUALITATIVA, RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE
TAMANHO DA AMOSTRA	9 PACIENTES, 7 ENFERMEIROS.

ACHADOS	- A ESPIRITUALIDADE AJUDA AS PESSOAS A MANTER A ESPERANÇA OU FÉ, OS SENTIMENTOS PARA SUPERAR ESTA SITUAÇÃO STRESSANTE DA DOENÇA QUE AMEAÇA A VIDA. - CINCO CATEGORIAS PRINCIPAIS EMERGIRAM DOS DADOS, INCLUINDO: A AMEAÇA IDENTIFICADA; A PROCURA DE APOIO ESPIRITUAL; OS VALORES RELIGIOSOS; O AUMENTO DA FÉ; E A REALIZAÇÃO. - DURANTE A EXPERIENCIA DO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO, A ESPIRITUALIDADE PROPORCIONOU ESPERANÇA, FORÇA E PAZ PARA AS PESSOAS EM SITUAÇÃO CRÍTICA. - OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM VALORIZAM AS INTERVENÇÕES RELACIONADAS COM PREOCUPAÇÕES CULTURAIS (DE ACORDO AS CRENÇAS/ VALORES DE CADA PAÍS); PROPORCIONAR APOIO ESPIRITUAL PROMOVENDO O CONFORTO ESPIRITUAL.
ARTIGO	"NURSE'S 'PERCEPTIONS OF SPIRITUALITY AND SPIRITUAL CARE"
ANO	2013
REVISTA	AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING, THE VOLUME 31 N.º1
AUTOR (ES)	BENGÜ ÇETINKAYA, ARIFE AZAK, SEBAHA ALTUUNDA DÜNDAR
TIPO DE ESTUDO	DESCRITIVO
PALAVRA-CHAVE	CUIDADOS, ESPIRITUAIS, RELIGIÃO
TAMANHO DA AMOSTRA	289 ENFERMEIROS
ACHADOS	- APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ESPIRITUALIDADE PARA A PERCEÇÃO DA PREPARAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ABORDAGEM ESPIRITUAL; - OS ENFERMEIROS NÃO RECEBEM PREPARAÇÃO SUFICIENTE SOBRE CUIDADOS ESPIRITUAIS QUER NA FORMAÇÃO ACADÊMICA, QUER DURANTE O DESEMPENHO DAS SUAS FUNÇÕES; - OS ENFERMEIROS CONSIDERAM IMPORTANTE A FORMAÇÃO PARA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DO USUÁRIO.
ARTIGO	"THE CONCEPT OF SPIRITUAL HEALTH FROM THE VIEWPOINT OF NURSES WORKING IN INTENSIVE CARE UNITS"
ANO	2015
REVISTA	JOURNAL OF NURSING AND MIDWIFERY SCIENCES
AUTOR (ES)	SEYYEDEH ROGHAYEH EHSANI, AREZOO MOHAMADKHANI GHIASVAD, ESMAEIL MOHAMMADNEJAD, FATEMEH NEMATI DOPOLANI
TIPO DE ESTUDO	ESTUDO TRANSVERSAL
PALAVRA-CHAVE	UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS, ENFERMEIRA, BEM-ESTAR ESPIRITUAL
TAMANHO DA AMOSTRA	62 ENFERMEIROS
ACHADOS	- A ESPIRITUALIDADE AUMENTA A ESPERANÇA E A FÉ DOS PACIENTES; - A CAPACIDADE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM PRESTAR CUIDADO ESPIRITUAL ESTÁ ASSOCIADA À PRÓPRIA ESPIRITUALIDADE DO ENFERMEIRO, SENDO INFLUENCIADA PELA IDADE E EXPERIENCIA PROFISSIONAL; - A FORMAÇÃO SOBRE A DIMENSÃO ESPIRITUAL CONTRIBUI PARA UM BOM ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DOS USUÁRIOS.
ARTIGO	ASSESSING PATIENTS SPIRITUALITY: A NEW AGE HOLISTIC APPROACH OR A FORGOTTEN NURSING PRACTICE?
ANO	2015
REVISTA	HEALTH SCIENCE JOURNAL ISSN 1791-809X 2015 VOL. 9 NO. 3:1
AUTOR (ES)	SOFIA ZYGA
ACHADOS	- O ATENDIMENTO À PESSOA NÃO PODE E NÃO DEVE SER UNIDIMENSIONAL, MAS UMA ENTIDADE COMPOSTA DE DIMENSÃO BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL E ESPIRITUAL - A ESPIRITUALIDADE É UM SENSO DE "LIGAÇÃO" - A SI MESMO, A OUTROS, À NATUREZA OU A "DEUS". CONTRIBUI NO SENTIDO DE LEVAR A PESSOA A LIGAR-SE COM A NATUREZA (REFLEXÃO SILENCIOSA), OU MESMO COM O "DIVINO", PROMOVENDO ASSIM A PAZ INTERIOR E A SEGURANÇA PSICOLÓGICA. - A INTEGRAÇÃO DAS CRENÇAS ESPIRITUAIS O PROCESSO TERAPÊUTICO É VITAL E SE ENCONTROU CORRELACIONADA COM RESULTADOS POSITIVOS PARA A SAÚDE. - ESTAS TÉCNICAS PERMITIAM ALCANÇAR O OBJETIVO DA PROMOÇÃO DOS CUIDADOS ESPIRITUAIS À PESSOA EM AMBIENTE HOSPITALAR.

ARTIGO	"THE SPIRITUAL DIMENSION OF CARE IN NURSING PRACTICE: STUDENT'S OPINION"
ANO	2012
REVISTA	REVISTA ENFERMAGEM UFPE
AUTOR (ES)	AMANDA MARITSA DE MAGALHÃES OLIVEIRA, MARIA EMÍLIA LIMEIRA LOPES, CARLA BRAZ EVANGELISTA, ELOISE MARIA DE LIMA GOUVEIA, SOLANGE FÁTIMA GERALDO DA COSTA, ADRIANA MARQUES PEREIRA DE MELO ALVES
TIPO DE ESTUDO	EXPLORATÓRIO QUALITATIVO
DESCRIPTORES:	ESPIRITUALIDADE; CUIDADOS DE ENFERMAGEM; ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
TAMANHO DA AMOSTRA	9 ESTUDANTES
ACHADOS	- OS RESULTADOS DESSE ESTUDO PERMITIRAM COMPREENDER A DIMENSÃO ESPIRITUAL CONSIDERADA PELOS ESTUDANTES COMO IMPORTANTE PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM. - DA SUA OBSERVAÇÃO, OS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NOTARAM QUE DURANTE ATIVIDADE PROFISSIONAL QUER POR FALTA DE TEMPO, QUER POR FALTA DE FORMAÇÃO ACADÊMICA, SE SENTIAM INSEGUROS PERANTE ABORDAGEM DAS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DA PESSOA.
ARTIGO	"SPIRITUAL CARE IN NURSING PRACTICE: NURSES 'PERCEPTION"
ANO	2015
REVISTA	REV ENFERM UFPE
AUTOR (ES)	OLGA ELISA MORAES DA SILVA, GINA ANDRADE ABDALA, IRANETE ALMEIDA SILVA, MARIA DYRCE DIAS MEIRA
TIPO DE ESTUDO	EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO
DESCRIPTORES	CUIDADOS DE ENFERMAGEM; ESPIRITUALIDADE; SAÚDE.
TAMANHO DA AMOSTRA	3 ENFERMEIROS
ACHADOS	- OS CUIDADOS ESPIRITUAIS CONTRIBUEM PARA MAIOR ADESAO AO TRATAMENTO, AO CONFORTE, À REDUÇÃO DO STRESS E DESGASTE DOS PROFISSIONAIS; - OS ENFERMEIROS CONSIDERAM IMPORTANTE A ABORDAGEM ESPIRITUAL DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, MAS ATRIBUEM PRIORIDADE AOS CUIDADOS FÍSICOS.
ARTIGO	PERSON-CENTERED REFLECTIVE PRACTICE
ANO	2013
REVISTA	NURSING STANDARD.
AUTOR (ES)	DEVENNY B. DUFFY K
PALAVRA-CHAVE	EDUCAÇÃO PASTORAL CLÍNICA, ESTRUTURA EDUCACIONAL, ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA, PRÁTICA REFLEXIVA, CUIDADOS ESPIRITUAIS, ESPIRITUALIDADE.
ACHADOS	- OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM CONSIDERAM IMPORTANTE A DIMENSÃO ESPIRITUAL DA PESSOA E SUA FAMÍLIA; - OS ENFERMEIROS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATENDEM A PESSOA NA SUA DIMENSÃO ESPIRITUAL, ATRAVÉS DA ESCUTA ATIVA E PRÁTICA REFLETIVA, ANALISANDO AS DIMENSÕES ESPIRITUAIS NO CUIDAR DA PESSOA, SEUS PRÓPRIOS VALORES E CRENÇAS E O EFEITO QUE PODEM TER SOBRE A SUA PRÁTICA.

ARTIGO	"SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT RELIGION AND SPIRITUALITY"
ANO	2015
REVISTA	REV BRAS ENFERM. JUL-AGO;68(4):524-31.
AUTOR (ES)	MOEMA DA SILVA BORGES, MARÍLIA BORGES COUTo SANTOS, TIAGO GOMES PINHEIRO
TIPO DE ESTUDO	EXPLORATÓRIO E DESCRITIVO
DESCRIPTORES	ESPIRITUALIDADE; RELIGIÃO; RELIGIÃO E MEDICINA; CURA PELA FÉ.
TAMANHO DA AMOSTRA	25 DOCENTES.
ACHADOS	PARA OS DOCENTES, AS REPRESENTAÇÕES DA RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE SÃO FORJADAS EM TORNO DA FÉ E DA CRENÇA EM DEUS. A FÉ CONFERE-LHES PAZ E FORÇA PARA LIDAR COM OS DESAFIOS DA VIDA QUOTIDIANA, APOIANDO O SENTIDO E O PROPÓSITO DA VIDA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA.
ARTIGO	"CRITICAL REFLECTION ON PRACTICE DEVELOPMENT"
ANO	2013
REVISTA	INTERNATIONAL PRACTICE DEVELOPMENT JOURNAL 3 (2) [9]
AUTOR (ES)	CHRISTOPHER JOHNS
TIPO DE ESTUDO	HISTÓRIA DE VIDA
PALAVRA-CHAVE	ESPIRITUALIDADE, SOFRIMENTO, REFLEXÃO, NARRATIVA, DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICA
ACHADOS	A RESPOSTA ESPIRITUAL NÃO É ALGO QUE PODE SER PRESCRITO COMO UMA TÉCNICA. É UMA REFLEXÃO ESPIRITUAL QUE NÃO SE LIMITA A UMA DICOOTOMIA ENTRE O CIENTÍFICO E O TEOLÓGICO.
ARTIGO	WHAT ARE THE BARRIERS TO SPIRITUAL CARE IN A HOSPITAL SETTING?
ANO	2014
REVISTA	BRITISH JOURNAL OF NURSING, VOL 23, NO 7
AUTOR (ES)	LUCY RUSHTON
PALAVRA-CHAVE	ESPIRITUALIDADE, CUIDADOS HOLÍSTICOS, BEM-ESTAR, EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM
TAMANHO DA AMOSTRA	136 ITENS, (ARTIGOS DE PESQUISA, ARTIGOS DE OPINIÃO E EXTRATOS DE LIVROS).
ACHADOS	- OS CUIDADOS ESPIRITUAIS SÃO FUNDAMENTAIS PARA O BEM-ESTAR DA PESSOA; - REALIZAR OS CUIDADOS DE FORMA HOLÍSTICA E ATENDER ÀS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DA PESSOA; - OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ESTÃO A FALHAR NO QUE DIZ RESPEITO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO MEIO HOSPITALAR; - OS ENFERMEIROS NÃO CONSEGUEM SATISFAZER AS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DAS PESSOAS POR VÁRIAS RAZÕES; - AS PRINCIPAIS BARREIRAS AO CUIDADO ESPIRITUAL SÃO A DIFICULDADE EM DEFINIÇÃO DA ESPIRITUALIDADE, FALTA DE NORMAS, DE TREINO E EDUCAÇÃO SOBRE ESPIRITUALIDADE, COMO TAMBÉM A FALTA DE TEMPO DOS ENFERMEIROS PARA PROPORCIONAR CUIDADOS ESPIRITUAIS.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos referidos artigos permitiu sintetizar o conhecimento acerca da dimensão espiritual e os cuidados de enfermagem direcionados para as necessidades espirituais da pessoa em situação crítica.

A evidência científica vem comprovar que existem vários aspetos na abordagem da dimensão espiritual da pessoa em situação crítica e a sua família, fez emergir as necessidades espirituais, as estratégias que dão resposta e o resultado através do agir intencional.

Cuidar da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro conhecimentos da anatomia e fisiopato-

logia humana. É imprescindível reconhecer que ao cuidar da pessoa em situação crítica, os enfermeiros encontram-se mais focados em tratar a doença ou a lesão que ameaça a vida da pessoa, como também na abordagem técnica da colocação e manipulação de cateter venoso central, linha arterial, via aérea, hemoculturas, etc.^{4,10,18} Os enfermeiros referem a abordagem física como prioritária na pessoa em situação crítica e em muitas situações é descorada a abordagem espiritual.^{4,10,19}

A relação de empatia do profissional de enfermagem e a pessoa ganha em competência, qualidade e humanidade contribuindo para um cuidado in-

tegral quando a pessoa deixa de ser vista somente como objeto de intervenções técnicas.¹²

Os enfermeiros consideram a espiritualidade como uma dimensão importante nos cuidados, independentemente da confissão religiosa da pessoa.^{10,18}

Para a abordagem da pessoa na sua dimensão espiritual, os profissionais de enfermagem devem, além da comunicação, usar outras práticas como: a escuta ativa, a música, a integração nos cuidados do toque terapêutico, a luz, os aromas, a reflexão silenciosa e o sentido de humor.

A presença, a formação de vínculo e a concentração nas preocupações da pessoa e da sua família, promovem serenidade, tranquilidade, compreensão e conforto, melhorando a qualidade de vida dos utentes em situação crítica.^{4,11,18,20-23}

É de referir que nas intervenções a implementar, os profissionais de enfermagem devem sempre ter em consideração a multiculturalidade, os valores religiosos e as necessidades particulares de cada pessoa em cada situação específica de cuidados.^{10,20} Conforme alguns estudos, para muitos profissionais de enfermagem a dimensão espiritual traduz uma fonte de força/poder superior, fé e crença religiosa que proporcionam conforto e bem-estar espiritual possibilitando, assim, uma melhoria no quadro clínico.^{11,20,22} Vários estudos apresentados na literatura nacional e internacional relatam as crenças espirituais das pessoas como uma estratégia eficaz para enfrentar situações stressantes relacionadas com o bem-estar e contribuindo para a recuperação física.^{19,24} Contudo, muitos enfermeiros têm dificuldade em interligar a espiritualidade e a ciência.⁴

A abordagem espiritual da pessoa é influenciada pelos próprios valores espirituais do profissional de enfermagem, assim como pela formação sobre as diferenças religiosas, culturais e espirituais.^{4,10,12,18,25,26} A falta de preparação dos profissionais de enfermagem na abordagem das questões espirituais da pessoa foram evidenciados noutros estudos.^{5,18-20}

De acordo com vários autores, a formação académica sobre a dimensão espiritual é importante para os profissionais de enfermagem darem resposta às necessidades espirituais da pessoa e da sua família.^{5,10-12,19,22,23,25}

As necessidades espirituais devem ser abordadas em todas as pessoas, independentemente da religião que pratiquem.^{11,18,20} Uma vez que a religião não está relacionada com a espiritualidade, trata-se do caminho para as pessoas expressarem a própria espiritualidade. Não se deve incutir a prática da religião para os não crentes, não se deve

questionar sobre a religião como também não se pode forçar a história espiritual.^{12,18,20}

Para algumas pessoas, a espiritualidade está fundamentada na religião, enquanto outros vêem a espiritualidade num nível metafísico ou existencial, esta expressa-se ou revela-se de forma diferente para cada pessoa.¹⁵

Para o ser humano a espiritualidade representa uma força superior, trata-se da busca de sentido para a vida, por meio de uma relação consigo mesmo, com os outros e com o Divino, que os conforta e fortalece e faz com que o seu quotidiano fique mais leve diante da sua situação clínica.^{18-20,22,25} A saúde espiritual é um dos aspetos essenciais da enfermagem.^{19,27} Integrar a espiritualidade nos cuidados de enfermagem melhora o bem-estar e a satisfação da pessoa.^{12,25} Avaliar as necessidades espirituais da pessoa é uma necessidade para alcançar o atendimento holístico.¹⁹

Pessoas que se encontram ameaçadas e em risco, apresentam necessidades de dimensão física, psicológica e social, mas o bem-estar espiritual tem impacto na saúde, promovendo satisfação com a vida e a capacidade de adaptação face à doença.^{22,25} A forma como a pessoa lida com situações complicadas, no sofrimento emocional e face à morte é afetada positivamente pela fé.^{12,21,22} Em situação crítica, a espiritualidade e as crenças religiosas ajudam as pessoas a experienciar a esperança, a paz e o conforto levando-os a enfrentar melhor a crise.^{21,22}

A reflexão espiritual fornece sentimentos positivos como esperança, amor, perdão assim como compreensão dos seus próprios valores, crenças, resiliência pessoal. Sendo que o respeito mútuo e escuta ativa são elementos fundamentais nessa reflexão.^{23,26}

A abordagem da pessoa na sua dimensão espiritual contribui para o estímulo das relações interpessoais no pré-operatório ou no pós-operatório, como também durante o agravamento do estado clínico manifestado pela tristeza, medo, angústia, stress.¹¹ Em situações de sofrimento, a pessoa está mais consciente da necessidade e apoio espiritual. Assim, torna-se fundamental ajudar as pessoas a encontrar um significado nas experiências de vida promovendo o bem-estar espiritual. A formação sobre a dimensão espiritual contribui para a um bom atendimento das necessidades espirituais dos utentes.²⁵

A espiritualidade é o componente fundamental na prática dos cuidados pelo facto de promover o conforto e o alívio do sofrimento da pessoa em estado crítico. A abordagem das necessidades espirituais é importante e tem efeitos significativos na recu-

peração física, psicológica e social das pessoas.^{5,22} Assim, torna-se evidente que a valorização da dimensão espiritual, enquanto uma das mais importantes do ser humano, contribuindo para a prática de cuidados humanizadores.

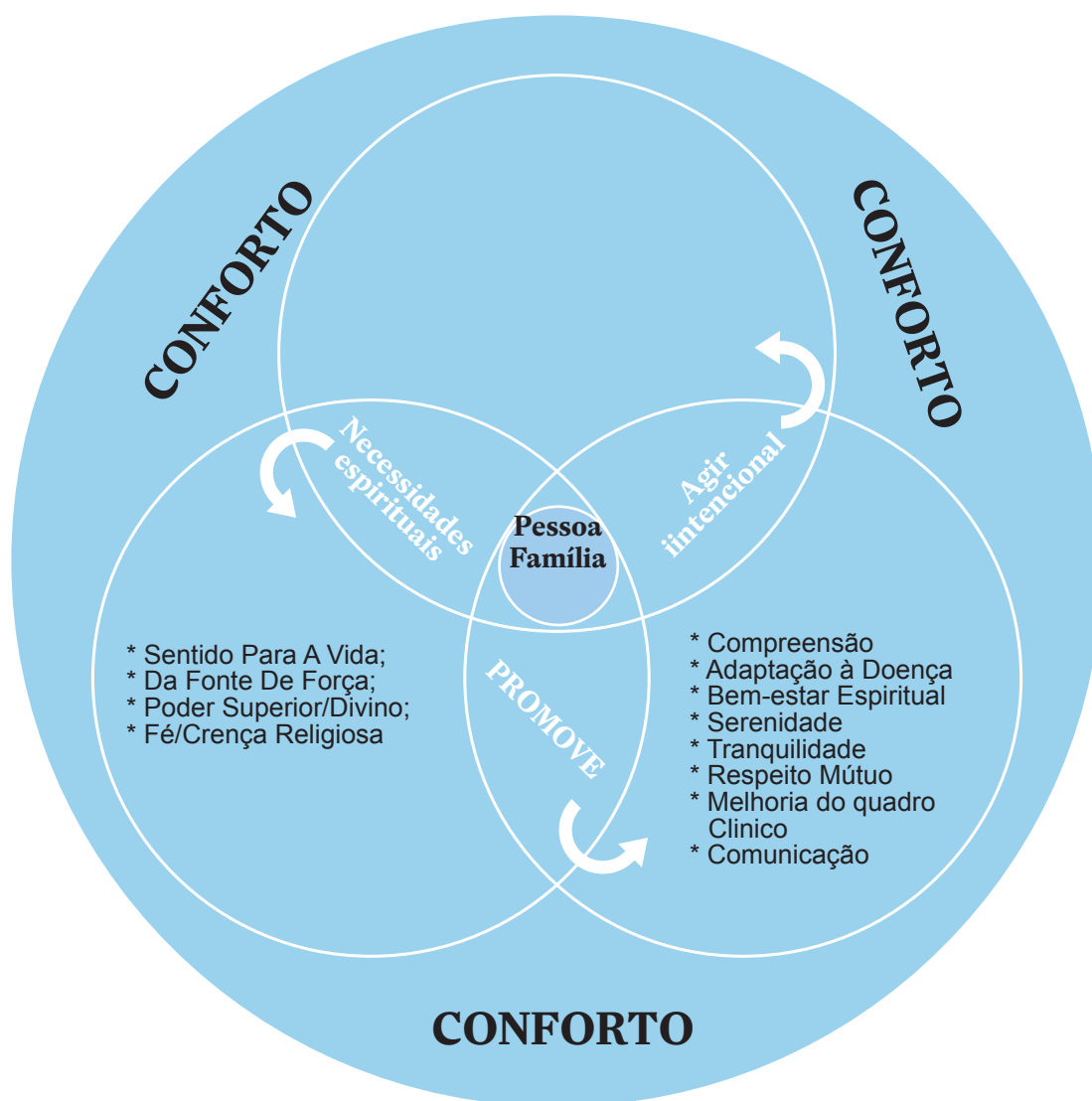
“A satisfação das necessidades espirituais ou religiosas promove a melhoria da relação com a pessoa, a melhoria no curso e evolução da doença, a aderência ao tratamento ou lidar com processo saúde-doença, amplia a confiança, o bem-estar espiritual, a tranquilidade e a compreensão, promovendo o conforto. O cuidado espiritual procurará ajudar as pessoas a encontrar um significado nas experiências de vida, como sejam as situações de

doença crónica, de sofrimento e de dor. Assim, deve ser valorizado pelos enfermeiros, implicando, por um lado, que o enfermeiro seja sensível às necessidades espirituais e, por outro, que esteja familiarizado e preparado para lidar com problemas espirituais”²⁹.

Fig.1 O processo que relaciona abordagem espiritual da pessoa e sua família, promovendo o conforto nessa dimensão.

Fonte: Adaptado a partir de Sousa, Pontífice, P. (2012). A Natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar. Construção de uma teoria explicativa.³⁰

Figura 1: O processo que relaciona abordagem espiritual da pessoas e sua família, promovendo o conforto nessa dimensão.



Fonte: Adaptado a partir de Sousa, Pontífice, P (2012). *A Natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar. Construção de uma teoria explicativa.*

CONCLUSÃO

Os enfermeiros afirmam-se como um grupo profissional de elevada importância na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família. Os profissionais de enfermagem procuram consolidar os conhecimentos teóricos e práticos para responder às particularidades de cada ser humano no que diz respeito à promoção e manutenção da vida.

Os cuidados de enfermagem abrangem muito mais do que aplicação de conhecimentos teóricos, trata-se essencialmente de uma relação numa multiplicidade de ações que marcam o agir da enfermagem e promovem o conforto.

O profissional de enfermagem deve saber o momento certo e a forma correta de abordar a dimensão espiritual / religiosa sem ofender ou julgar as preferências religiosas da pessoa, prestando cuidados de enfermagem da forma mais humana e integral possível.

Perante a ocorrência de uma situação crítica, as pessoas tornam-se mais vulneráveis e neste contexto a dimensão espiritual influencia a capacidade do ser humano lidar com as perdas provocadas pela doença. Assim, os profissionais de enfermagem têm o dever de colocar a espiritualidade como foco do diagnóstico, instituir intervenções direcionadas e avaliar a ação das mesmas através de indicadores de saúde.

Das conclusões extraídas da investigação científica nos serviços de saúde a temática da espiritualidade ainda é encarada como polémica. A espiritualidade é uma dimensão complexa e misteriosa porém intrínseca ao ser humano.

Todas as pessoas têm uma natureza espiritual.

A abordagem da pessoa na sua dimensão espiritual é uma responsabilidade dos cuidados holísticos de enfermagem. Muitos profissionais não estão preparados para a prestação de cuidados espirituais junto da pessoa e da sua família e, na dúvida, elegem o silêncio.

A análise dos artigos e a discussão dos resultados possibilitou efetuar uma síntese acerca da importância da dimensão espiritual nos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e a sua família.

A síntese realizada assume-se como uma mais-valia para a prestação de cuidados de saúde, potenciando a qualidade dos cuidados prestados. Possibilita aos profissionais uma intervenção baseada em evidência, permitindo aos mesmos identificar, de forma mais clara, os cuidados de enfermagem direcionados para as necessidades espirituais da pessoa em situação crítica na sua dimensão espiritual. Desta forma, o objetivo inicialmente delineado foi alcançado.

Uma das limitações sentidas na realização desta pesquisa prende-se com o facto de existirem poucos artigos relacionados com o domínio da enfermagem sobre as necessidades espirituais da pessoa em situação crítica.

Recomenda-se que as pesquisas sobre a relação entre a saúde e a espiritualidade sejam continuamente desenvolvidas com o intuito de subsidiar a aceitação e a progressiva implementação da atenção espiritual. Deste modo visa orientar medidas de cariz político na área da saúde, direcionadas para os cuidados de enfermagem na abordagem das necessidades espirituais da pessoa em situação crítica e sua família na sua dimensão, promovendo o conforto espiritual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS: Desenvolvimento do WHO-QOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública* 2003 Ago; 37(4):446-53.
2. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril)
3. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)
4. Richard H. Savel, MD, Cindy L. Munro, RN, PhD, Ahp The Importance Of Spirituality In Patient-Centered Care, *American Journal Of Critical Care*, July 2014, Volume 23, No. 4 p.276-278
5. Bengü Çetinkaya, Arife Azak, Sebahat AltundaD Dündar Nurses' Perceptions Of Spirituality And Spiritual Care. *Australian Journal of Advanced Nursing, The 2013, Volume 31 série 1*
6. Narayanasamy, A. 2003. Spiritual coping mechanisms in choronic illness: A qualitative study. *British Journal of Nursing*, 11:1461-1470.
7. Baldacchino, D.R. 2006. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 15:885-896.
8. Cockell, N. and McSherry, W. 2012 Spiritual care in nursing: an overview of published international research. *Journal of Nursing Management*, 20:958-969.
9. Smith, J., McSherry, W. 2003. Spirituality and child development: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3):307-315
10. Silva O.E. Moraes, Gina A. Abdala, Silva, I. Almeida, Meira M. D. Dias. Spiritual Care In Nursing Practice: Nurses' Perception. *J Nurs UFPE on line.*, Recife, 9(8):8817-23, Aug.,2015
11. Oliveira A.M.M., Lopes M.E.L., Evangelista C.B., Gouveia E.M.L, Costa S. F.G, Alves A.M.P.M. Spirtual Dimension Of Care In Nursing Practice: Student's Opinion. *The S. Rev enferm UFPE on line*. 2012 Sept;6(9):2037-44
12. Borges M.S., Santos M.B.C., Pinheiro T.G. Social representations about religion and spirituality.. *Rev Bras Enferm* (2015). jul-ago;68(4):524-31.
13. Barbosa, A. (2010). Sofrimento. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ªed.) Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa pp.563-593.
14. Hopkins, V.L. (1999). Promover a saúde espiritual. In V. Bolander, *Enfermagem fundamental: Uma abordagem psicofisiológica* (Cap. 53, pp. 1821-1850). Lisboa: Lusodidacta
15. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs*. 2001;33(4):446-45
16. Watson, J. (2002) - *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*; trad. J. Enes. Loures: Lusociência.
17. Souza, M.T., Silva, M.D., & Carvalho, R.(2010). *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein (São Paulo),8, 102-106.
18. Canfield C., Taylor D., Nagy K., Strauser C., Kerkhove K.V., Wills S., Sawicki P., Sorrell J. *Critical Care Nurses'Perceived Need For Guidance in Adressing Spirituality in Critically ill Patients American Journal Of Critical Care*, May 2016, Volume 25, No. 3.
19. Lucy Rushton,What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? *British Journal of Nursing*, (2014) Vol 23, No 7.
20. Penha R.M, Maria Silva J.P. Significado da espiritualidade para enfermagem em cuidados intensivos *Enferm, Florianópolis*, 2012 Abr-Jun; 21(2): 260-8.
21. Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, Shamshiri B. Spirituality in survivors of myocardial infarction, *Irā J Nurs Midwifery Res* . 2012 Jul-Ago; 17 (5): 343-351.
22. Zyga Sofia. Assessing Patients Spirituality: A New Age Holistic Approach ora Forgotten Nursing Practice? *Health Science Journal ISSN 1791-809X* 2015 Vol. 9 No. 3:1
23. Johns Christopher. *Critical Reflection On Practice Development International Practice Development Journal* (2013)3 (2) [9]
24. Koenig HG, Cohen HJ, George LK, Hays JC, Larson DB, et al. (1997) Atendimento a serviços religiosos, interleucina e outros parâmetros biológicos de função imune em adultos mais velhos. *Int J Psychiatry Med* 27: 233-250.
25. Ehsani S.R, Ghiasvad A.M, Mohammadnejad E. Dopolani F.N. The concept of spiritual health from the viewpoint of nurses working in intensive care units. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2015: 2(2): 48-52.
26. Devenny B, Duffy K. Person-centred reflective practice. *Nursing Standard*. 2014, Vol.28, N28 37-43. July 5.
27. Ebrahimi H, Ashrafi Z, Eslampanah G, Noruzpur F, Relationship between spiritual well-being and quality of life in hemodialysis patients. *J Nurs Midwifery Sci* 2014; 1(3):41-8 .
28. Caldeira S; Branco Z.C.; Vieira M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - n.º 5 - Dez. p.p.145-152.
29. Sousa P.C.P (2008), *A Espiritualidade no Doente Crónico como uma Estratégia de Coping: Narrativa de uma História de Vida*. *Revista Referência - II* - n.º 7 - 2008,p.p21-31.
30. Sousa, Pontífice, P. (2012). *A Natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar. Construção de uma teoria explicativa*. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem.

A INCERTEZA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

CONTRIBUTOS PARA UM CUIDAR HOLÍSTICO E HUMANIZADO

THE UNCERTAINTY IN THE CRITICALLY ILL PERSON:

CONTRIBUTIONS TO A HOLISTIC AND HUMANIZED CARE

HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.
IC19, 2720-276 AMADORA, PORTUGAL
E.MAIL: joanamsilva@gmail.com)

Joana Silva

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA
PALMA DE CIMA, 1649-023 LISBOA, PORTUGAL

Patrícia Pontífice Sousa

RESUMO

Introdução

A proximidade com a ameaça à vida despoleta na pessoa sentimentos de incerteza, sendo esta o stressor psicológico com maior influência em situação crítica.

Objetivos

Conhecer o impacto da incerteza vivenciada pela pessoa em situação crítica e, inerentemente, de que forma direccionar o cuidado de enfermagem no âmbito.

Método

Revisão integrativa da literatura.

Resultados

Sentimentos de carácter pejorativo e ambivalente são associados à incerteza. Estar longe de pessoas significativas, incapacidade para influenciar o próprio cuidado, entre

INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica é, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010)¹, aquela que apresenta a sua vida ameaçada por eminência da falência ou mesmo falência de uma ou várias funções vitais do seu organismo, dependendo de avançados meios para a sua vigilância, monitorização e terapêutica. Esta proximidade com a ameaça à vida despoleta na pessoa sentimentos de incerteza, sendo esta o stressor psicológico com maior influência em situações de doença crítica (Hansen, et al., 2012)².

Tal foi percecionado por Merle Mishel que desenvolveu a sua Teoria da Incerteza na Doença, onde reconhece o risco de ameaça à vida como um dos indicadores do seu desenvolvimento. De acordo com esta teórica, tal fenómeno define-se como a incapacidade da pessoa para estruturar, de forma adequada, os eventos associados à sua doença, ou como inaptidão para prever os resultados no âmbito. É descrita, de igual modo, como um estado cognitivo no qual a pessoa não consegue categorizar a sua doença devido a pistas insuficientes sobre a mesma (Tomey & Alligood, 2004; Hansen, et al., 2012)²⁻³.

Para a compreensão do fenómeno à luz desta teoria há que atender ao que precede e caracteriza a incerteza, ao processo da sua avaliação e às estratégias utilizadas para lidar com a mesma. Os seus antecedentes são o quadro de estímulos, a capacidade cognitiva e os fornecedores de estrutura. O quadro de estímulos inclui o padrão de sintomas (sintomas percecionados como tendo um padrão), familiaridade do evento (com pistas reconhecidas ou situação usual) e congruência do evento (coerência entre o experienciado e o esperado). A capacidade cognitiva diz respeito à capacidade de proces-

outros, fomentam-na. A sua apreciação traduz-se num novo propósito de vida. Mecanismos de coping ajudam no processo adaptativo.

Conclusão

Conhecer o impacto da incerteza na pessoa em situação crítica alude a direcionar o cuidado de enfermagem no sentido de maximizar a adaptação, nomeadamente otimizando os fornecedores de estrutura e quadro de estímulos da pessoa, envolvendo-a no seu cuidado, e promovendo estratégias de coping.

PALAVRAS-CHAVE

INCERTEZA; EMOÇÕES; CUIDADOS CRÍTICOS.

ABSTRACT

Introduction

The proximity to life's threat triggers the person's feelings of uncertainty, being this the psychological stressor with greater influence in critical situation.

Objectives

To know the impact of the uncertainty experienced by the critically ill person and, inherently, how to direct the nursing care in this scope.

Methods

Integrative literature review.

Results

Pejorative and ambivalent feelings are associated with uncertainty. Being away from significant people, inability to influence one's own care, among others, fosters it. Their appreciation translates into a new life purpose. Coping mechanisms help in the adaptive process.

Conclusion

Knowing the impact of uncertainty in the critically ill person refers to directing nursing care in order to maximize adaptation, namely by optimizing the structure providers and framework stimuli of the person's, involving her in their own care, and promoting coping strategies.

KEYWORDS

UNCERTAINTY; EMOTIONS; CRITICAL CARE.

sar informação. E os fornecedores de estrutura são recursos que ajudam a pessoa a interpretar o seu quadro de estímulos, como sejam a autoridade credível, apoios sociais e educação (Tomey & Alligood, 2004; Miller, 2015)^{3,4}.

Na fase de avaliação, a pessoa aprecia a incerteza como oportunidade ou como ameaça e, na fase final, a pessoa utiliza estratégias de coping, isto é, estratégias para “gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.46)⁵ visando a sua adaptação (Miller, 2015)⁴.

A constante preocupação pela ameaça à vida conduz à incerteza que é descrita como stressante e como um fardo. Conduz à perturbação do senso de controlo da pessoa e prejudica as suas estruturas de equilíbrio e a sua direção de vida. Este sentimento de incerteza, por sua vez, também despoleta preocupação, medo e solidão. Existe, efetivamente, um equilíbrio delicado e sustentadas incertezas perante a consciência do risco de vida. Este fenómeno surge, assim, como uma presença constante na pessoa em situação crítica, alertando-a para a sua vulnerabilidade (Sheilds, et al., 2015)⁶.

Por outro lado, enfrentar a incerteza resulta num continuum que se inicia no stress e conduz à reorientação e adaptação, até à aceitação, esperança e otimismo (Hansen, et al., 2012)². Processos de mudança contínua, nomeadamente a nível cognitivo e emocional, são descritos na literatura (Sheilds, et al., 2015)⁶.

Com efeito, a vivência prolongada da incerteza pode mudar a sua apreciação como perigo para a sua perceção como oportunidade. Assim, esta fase pode ser reestruturante na medida em que a pessoa ganha uma nova perspetiva ou mesmo aceitação da imprevisibilidade, sendo um processo dinâmico onde ocorre mudança contínua e a pessoa reescreve a sua história pessoal (Miller, 2015)⁴. Muitas das pessoas em situação crítica empenham-se, de facto, num persistente processo de reflexão (Sheilds, et al., 2015)⁶.

OBJETIVOS

Dado o impacto da incerteza na pessoa a vivenciar uma situação crítica, urge, em consonância com um cuidar humanizado e holístico, conhecê-lo à luz da perspetiva do nosso alvo de cuidados – a pessoa. Compreender este fenómeno de enfermagem permitirá, por conseguinte, direcionar o cuidado no âmbito. Assim, a questão que se impõe é: de que forma a pessoa em situação crítica experiencia a incerteza?

MÉTODO

De modo a responder à questão supracitada, tendo em vista a busca de conhecimento e a promoção da melhoria do cuidado à pessoa, foi elaborada uma revisão integrativa da literatura alicerçada em seis passos preconizados, como sejam a elaboração da questão de investigação, pesquisa da literatura, categorização dos estudos/dados encontrados, avaliação dos mesmos, interpretação dos resultados e, por fim, a síntese do conhecimento obtido (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008)⁷.

Em conformidade, foi utilizada a plataforma EBS-COhost, na qual foram selecionadas as seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Subsequentemente, foi efetuada uma pesquisa da literatura dos últimos 5 anos (entre 2011 e 2016), utilizando indicadores booleanos e termos validados de acordo com a nomenclatura Medical Subject Headings da seguinte forma: (uncertainty OR feelings) AND critically ill NOT

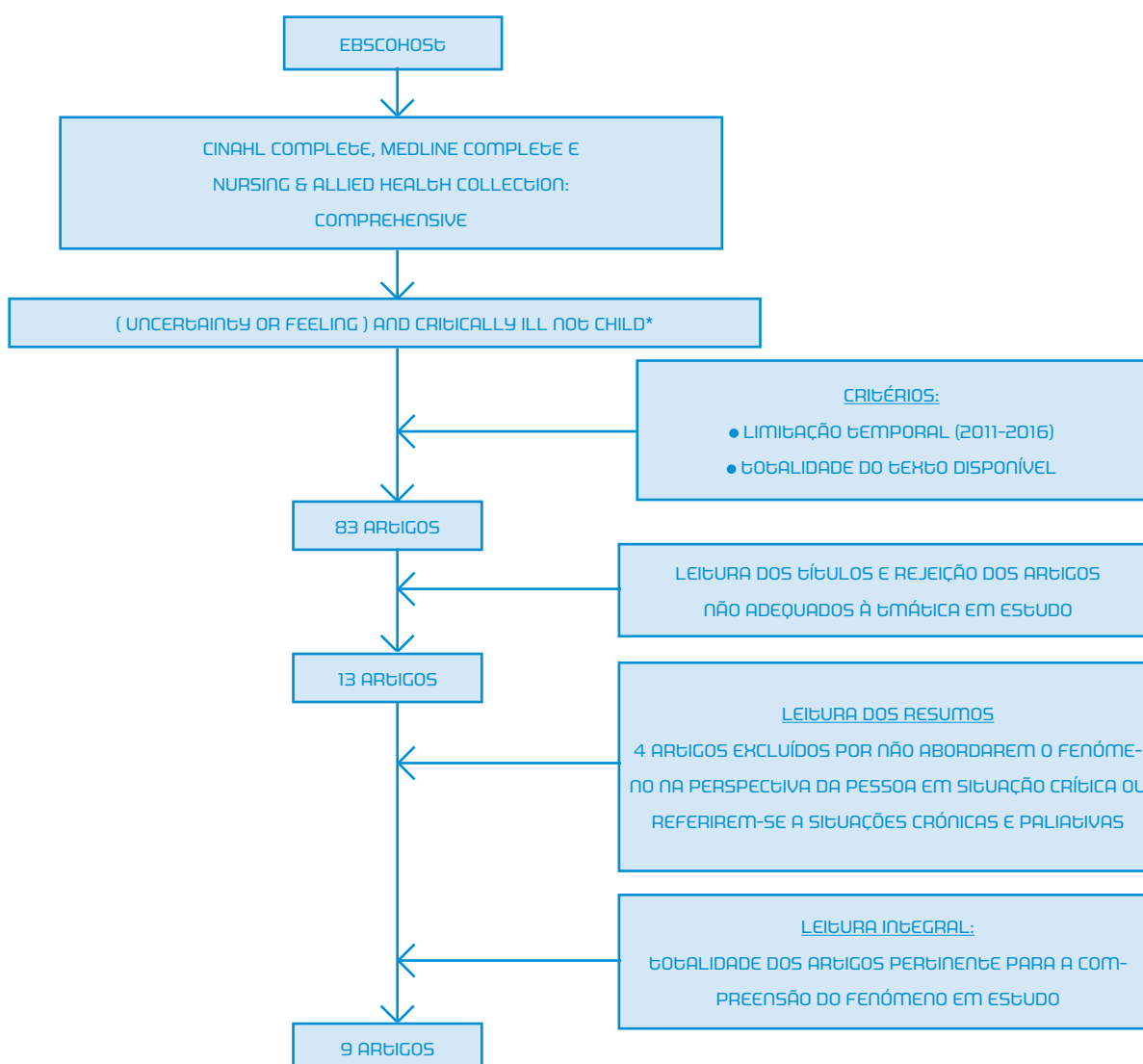


FIGURA 1 Percurso metodológico

child*. Deste modo, está subjacente que a população pediátrica foi excluída desta pesquisa. Não obstante, o critério de totalidade de texto disponível foi, também, aplicado. Assim, obtiveram-se 83 artigos para serem eventualmente selecionados. Após leitura, em primeira instância, dos títulos e, posteriormente, dos resumos dos mesmos, permaneceram 9 artigos para serem submetidos a leitura integral de modo a verificar a sua potencialidade para responderem à questão de investigação elaborada. Tal foi verificado, e foi sobre estes que incidiu a presente revisão integrativa da literatura. A Figura 1 demonstra, de modo sintetizado, o percurso metodológico desenvolvido.

QUADRO 1 Resultados dos primeiros artigos analisados

AUTORES E ANO	CONTEXTO	SENTIMENTOS ASSOCIADOS À INCERTEZA	ANTECEDENTES DA INCERTEZA	AValiação DA INCERTEZA	MECANISMOS DE COPING
ABRÃO, SANTOS, ARAÚJO, OLIVEIRA & COSTA (2014) ¹¹	NA UCI	MEDO E INSEGURANÇA; ANSIEDADE; STRESS; PROXIMIDADE DA MORTE.	ESTAR LONGE DE PESSOAS SIGNIFICATIVAS; AMBIENTE DESCONHECIDO; PRESENÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE; CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO.		SUPORTE FAMILIAR; PRESENÇA DE SIGNIFICATIVOS; ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO.
ARO, PIEHLA & VEHVILAINEN-JULHONEN (2012) ¹⁶	FACE ÀS NECESSIDADES NUMA UCI		CONFORTE FÍSICO; SENTIMENTO DE SEGURANÇA; PRESENÇA E CREDIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS; TER INFORMAÇÕES CLÍNICAS; CAPACIDADE PARA TOMAR DECISÕES; RESPEITO PELA INDIVIDUALIDADE.		APOIO EMOCIONAL
BAUMGARTEN & POULSEN (2015) ¹²	FACE À VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UCI	RAIVA; FRUSTRAÇÃO; VULNERABILIDADE; ANSIEDADE; DEGRADORAÇÃO; STRESS; IMPOTÊNCIA; MEDO; PÂNICO.	INCAPACIDADE PARA COMUNICAR; PRESENÇA DOS PROFISSIONAIS; INCAPACIDADE DE CONTROLAR O CORPO E SENTIMENTOS; AMBIENTE NÃO FAMILIAR E ASSUSTADOR; REALIDADE DIFUSA; RECEBER INFORMAÇÕES CLÍNICAS; SOLIDÃO; SENTIR-SE UM FARDADO.	LUTA PELA SOBREVIVÊNCIA; EXPERIENCIAR CONTROLO.	ACREDITAR EM ALGO RELIGIOSO; SUPORTE DE PESSOAS SIGNIFICATIVAS
JOHNSTON (2011) ⁹	RECUPERAÇÃO DA DOENÇA CRÍTICA	INTROSPEÇÃO; LUTA; SENTIMENTOS DE PERDA AMBÍGUOS.	ALUCINAÇÕES; FALTA DE APOIO DE PESSOAS SIGNIFICATIVAS; PAPEL SOCIAL INDEFINIDO.	MUDANÇA E RENASCIMENTO.	TENTAR RECUPERAR; QUERER MAIS DA VIDA; NOVAS REDES DE SUPORTE SOCIAL; PRÁTICA ESPIRITUAL.

RESULTADOS

A totalidade dos dados obtidos no âmbito da revisão da literatura efetuada remetem para a experiência da situação crítica associada ao contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sendo, desde já, uma eventual limitação da presente revisão.

É consensual que sentimentos de cariz pejorativo estão associados à incerteza, tais como ansiedade e medo. Sentimentos ambivalentes são, também, mencionados neste âmbito. Os restantes dados parecem corroborar a Teoria de Merle Mishel. Os quadros seguintes (Quadro 1 e Quadro 2) mostram, de forma sucinta, os achados mais relevantes para a compreensão da experiência do fenómeno em estudo pela pessoa em situação crítica.

QUADRO 2

Resultados dos restantes artigos analisados

AUTORES E ANO	CONTEXTO	SENTIMENTOS ASSOCIADOS À INCERTEZA	ANTECEDENTES DA INCERTEZA	AValiação DA INCERTEZA	MECANISMOS DE COPING
KHALAILA ET AL. (2011) ¹⁴	FACE À DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO DEVIDO A VENTILAÇÃO MECÂNICA	STRESS; ANSIEDADE; MEDO; RAIVA	DEPRESSÃO; EXPERIÊNCIAS STRESSANTES; DIFICULDADE EM COMUNICAR.		
LASITER (2011) ¹⁵	FACE AO SENTIMENTO DE SEGURANÇA NA UCI	RISCO DE SENTIR-SE INSEGURO.	AMBIENTE DIFERENTE; CAPACIDADE PARA TOMAR DECISÕES; SENTIMENTO DE CONTROLO; PRESENÇA DOS PROFISSIONAIS E SUA CREDIBILIDADE.		
PALESJO, NORDGREN & ASP (2015) ⁹	APÓS INTERNAMENTO NA UCI	LUTA EXISTENCIAL; EXPERIÊNCIA ENTRE O REAL E O NÃO REAL; SENTIMENTO DE VAZIO; VULNERABILIDADE; MEDO E ANSIEDADE.	CORPO DIFERENTE E FRÁGIL; SENSACÕES ALTERADAS; CONFUSÃO; APOIO DE PESSOAS SIGNIFICATIVAS; CUIDADO ADEQUADO.	LUTA PARA CRIAR SENTIDO E COERÊNCIA; SUPERAR A INCERTEZA; CRIAR SENTIDO EXISTENCIAL	APRECIAR OS MOMENTOS USUAIS DA VIDA; VIVER UM DIA DE CADA VEZ; SUPERAR A ANSIEDADE.
STAYT, SEERS & TUTTON (2015) ¹³	FACE AO SUPORTE TECNOLÓGICO NA UCI	FALTA DE CONTROLO.	CUIDADO IMPESSOAL; SOLIDÃO; MEDO DE SER UM FARDO; INCAPACIDADE PARA INFLUENCIAR O CUIDADO; RECONHECIMENTO DA EXPERIÊNCIA E JULGAMENTO CLÍNICO DOS PROFISSIONAIS; PRESENÇA DE TECNOLOGIA NÃO FAMILIAR; CONFORTO FÍSICO.		
WASSENHAR, SCHOUBEN & SCHOONHOVEN (2014) ¹⁷	FACE AO SENTIMENTO DE SEGURANÇA NA UCI	INSEGURANÇA; MEDO; ANSIEDADE; VULNERABILIDADE; PERDA DE CONTROLO; DISEMPOWERMENT; FRUSTRAÇÃO.	CUIDADO IMPESSOAL; CREDIBILIDADE DOS ENFERMEIROS; EXPLICAÇÃO DOS ACONTECIMENTOS; NÍVEL FLUTUANTE DE CONSCIÊNCIA; SOLIDÃO.	GANHAR NOVAMENTE O CONTROLO; MANTER A ESPERANÇA.	MANTER A ESPERANÇA; CRENÇAS RELIGIOSAS; APOIO SOCIAL E FAMILIAR.

De ressaltar que alguns dos contextos específicos, retratados na literatura incluída, foram considerados de forma a proporcionar uma visão mais abrangente da problemática.

DISCUSSÃO

Para a pessoa, estar em estado crítico é sentido como uma profunda experiência de vida que a impele, forçosamente, a si e às suas pessoas significativas, a uma conjuntura transicional (Johnston, 2011)⁸. Por conseguinte, o foco na experiência da incerteza existencial, inerente a esta situação, é fulcral para um cuidado holístico (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015)⁹, dado que atribuir à pessoa o papel de centralidade no cuidado de enfermagem é considerar as suas reações, as suas angústias e o seu ser além do corpo (Sousa, 2014)¹⁰.

Em virtude da natureza crítica do seu estado de saúde, a pessoa carece de cuidados intensivos, sendo tais cuidados percecionados como assen-

tes num conceito paradoxal do cuidar (Johnston, 2011)⁸. Com efeito, a complexidade de todo o cuidado no âmbito despoleta a incerteza. Não obstante, o simples facto de se estar numa UCI gera sentimentos de ansiedade, medo e stress, associados ao manifesto medo da morte (Abrão, Santos, Araújo, Oliveira & Costa, 2014; Palesjo, Nordgren & Asp, 2015)^{9,11}.

Estar em estado crítico é percecionar o mundo usual como uma neblina, é viver entre o real e o não real. Implica confrontar-se com um corpo não familiar que é desobediente, vulnerável e fornece sensações alteradas, experienciando sentimentos de deterioração e incerteza fomentados pela imprevisibilidade de como o corpo reagirá (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015; Baumgarten & Poulsen, 2015)^{9,12}.

Também a natureza da tecnologia utilizada na UCI, não conhecida pela pessoa, aumenta a angústia da mesma (Stayt, Seers & Tutton, 2015)¹³. O seu

papel social indefinido, experiências stressantes e uma atmosfera diferente conduzem a um senso de insegurança e medo do desconhecido (Johnston, 2011; Khalaila et al., 2011; Lasiter, 2011; Abrão, Santos, Araújo, Oliveira & Costa, 2014)^{8,11,14,15}.

Sentimentos de ser invisível no seio da panóplia de dispositivos tecnológicos, conduzindo a um cuidado impessoal são, também, relatados (Stayt, Seers & Tutton, 2015)¹³. Porquanto, ser respeitado como um ser humano único é essencial (Aro, Pietila & Vehvilainen-Julkunen, 2012)¹⁶. Neste sentido, Wassenaar, Schouten, & Schoonhoven (2014)¹⁷ referem que o cuidado despersonalizado fomenta a incerteza na pessoa em situação crítica.

Com efeito, a pessoa em situação crítica depara-se com inúmeros eventos que não lhe são familiares. Experiencia, de igual modo, incongruências nos diversos eventos com que se depara, tais como cuidado insuficiente, contrariamente ao esperado, sentir-se um fardo para os profissionais de saúde, e não receber informação sobre a sua condição clínica, conduzindo à insegurança e ao desempowerment. Ao invés, sentimentos de conforto físico e conceito relativo de controlo, tal como poder solicitar ajuda dos profissionais ou participar nas decisões clínicas sobre si, parecem fomentar a esperança e o senso de segurança (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015; Stayt, Seers & Tutton, 2015; Baumgarten & Poulsen, 2015; Lasiter, 2011)^{9,12,13,15}. Esforços para compreender coerentemente o desenrolar dos eventos são, também, descritos pela pessoa em situação crítica (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015)⁹. Assim, depreende-se que não há consistência suficiente para os sintomas serem percebidos como tendo uma configuração específica. A sua natureza ambígua e a dificuldade em atribuir significado às sensações experienciadas têm sido reconhecidas como fontes de incerteza (Tomey & Alligood, 2004)³.

De acordo com Merle Mishel, conforme a familiaridade do evento, a sua congruência e o padrão de sintomas diminuem, aumenta a incerteza. Não obstante, também as capacidades cognitivas estão associadas à forma como a pessoa estrutura os estímulos num esquema cognitivo, que, por sua vez, diz respeito à interpretação subjetiva da pessoa acerca do seu estado de saúde (Tomey & Alligood, 2004)³. Ora, a pessoa em situação crítica experiencia confusão mental, flutuações no estado de consciência, sensações alteradas, memórias fragmentadas, alucinações, incapacidade para influenciar o cuidado e tomar decisões (Wassenaar, Schouten, & Schoonhoven, 2014; Palesjo, Nordgren, & Asp, 2015; Johnston, 2011; Stayt, Seers, & Tutton, 2015)^{8,9,13,17}. Além disso, pode não receber

a informação relevante sobre o seu estado clínico (Aro, Pietila, & Vehvilainen-Julkunen, 2012)¹⁶.

Incapacidade para comunicar devido à presença de ventilação mecânica é igualmente mencionada, associada a sentimentos pejorativos tais como ansiedade, raiva, medo, depressão (Khalaila et al., 2011)¹⁴ e à percepção de não ser visto como um ser humano (Baumgarten & Poulsen, 2015)¹².

Fornecedores de estrutura como sejam a autoridade credível, apoio social e educação diminuem a incerteza ao promover a interpretação de eventos (Tomey & Alligood, 2004)³. Todavia, a pessoa em situação crítica em contexto de UCI, apesar de reconhecer a competência e o julgamento clínico dos profissionais de saúde, descreve sentimentos de solidão e falta de apoio de pessoas significativas (Lasiter, 2011; Stayt, Seers, & Tutton, 2015; Johnston, 2011)^{8,13,15}. É, de igual modo, relatado que estar longe da família significa o início do fim, fomentando a incerteza e o medo da morte (Abrão, Santos, Araújo, Oliveira & Costa, 2014)¹¹. A falta de informação clínica sobre a sua situação é, uma vez mais, mencionada neste contexto (Aro, Pietila & Vehvilainen-Julkunen, 2012)¹⁶.

Relativamente à avaliação da incerteza fomentada pelos aspetos descritos, parece consensual a sua apreciação como oportunidade. Neste sentido, é levada a cabo uma luta motivada pelo desejo de viver e pelo voltar ao local onde se pertence. Tal luta envolve criar sentido e coerência para o vivenciado de modo a que haja uma reconciliação com o novo corpo e com a vida (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015)⁹. Narrativas de renascimento, tais como um novo propósito de vida ou um novo emergir da vida, são usuais no âmbito (Johnston, 2011)⁸.

Manter a esperança e ganhar novamente controlo é, similarmente, imperativo para a pessoa e vivenciar uma situação crítica (Wassenaar, Schouten, & Schoonhoven, 2014)¹⁷. Envolver-se no seu próprio cuidado ajuda a enfrentar a incerteza, na medida em que a pessoa se sente verdadeiramente humana, a lutar pela sua sobrevivência e pela sua necessidade de experienciar controlo (Baumgarten & Poulsen, 2015)¹².

No que concerne às estratégias de coping utilizadas, as pessoas que vivenciaram uma situação de doença crítica referem que se focalizaram em viver o dia-a-dia, apreciando os momentos banais da vida que, anteriormente, eram tidos como garantidos (Palesjo, Nordgren & Asp, 2015)⁹. Motivação para recuperar e manter a esperança é, igualmente, relatado (Johnston, 2011; Wassenaar, Schouten & Schoonhoven, 2014)^{8,17}.

Ter suporte social e familiar é um mecanismo significativo, porquanto proporciona conforto,

humanização (Baumgarten & Poulsen, 2015)¹² e possui um impacto direto sobre a incerteza, reduzindo a complexidade observada pela pessoa (Mishel & Braden, 1988, citados por Tomey & Alligood, 2004)³. Não obstante, a espiritualidade e a religião são vistas como recursos importantes que sustentam a crença da pessoa numa recuperação mais rápida e fornecem uma referência de força sobrehumana (Abrão, Santos, Araújo, Oliveira & Costa, 2014)¹¹.

CONCLUSÃO

A proximidade com a ameaça à vida experienciada pela pessoa em situação crítica fomenta o despoletar de sentimentos de incerteza. Inúmeros eventos decorrentes da natureza crítica do estado de saúde da pessoa, bem como do próprio contexto de cuidado numa UCI, concorrem a favor do seu desenvolvimento. Apesar do impacto deste fenômeno na pessoa em situação crítica, parece con-

sensual a instalação de um continuum que se inicia com sentimentos pejorativos ou ambivalentes até à apreciação do fenômeno como uma oportunidade de criar uma nova narrativa e um novo propósito de vida.

É ambicionando explorar este fenômeno à luz da experiência vivenciada pela pessoa, em conformidade com um paradigma humanista e mais compreensivo, que surge o presente contributo para uma efetiva prática baseada na evidência. Embora, perscrutá-lo deverá transbordar o contexto específico da UCI que aqui se encerra.

Compreender o fenômeno da incerteza e respetivo impacto na pessoa em situação crítica alude ao direcionar o cuidado de enfermagem no sentido de ajudar a pessoa a adaptar-se à incerteza, nomeadamente envolvendo-a no seu próprio cuidar, influenciando positivamente os seus fornecedores de estrutura e o seu quadro de estímulos, e, ainda, otimizando os mecanismos de coping utilizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordem dos Enfermeiros. (20 de outubro de 2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
2. Hansen, B. S., Rortveit, K., Leiknes, I., Morken, I., Testad, I., Joa, I., & Severinsson, E. (2012). Patient experiences of uncertainty - a synthesis to guide nursing practice and research. *Journal of Nursing Management*, pp. 266-277.
3. Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). (A. R. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência.
4. Miller, C.-A. (2015). Pseudoprogression: Patient experience and nursing in uncertainty. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 37(2).
5. Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE Versão 2 - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa.
6. Shields, L., Molzahn, A., Bruce, A., Makaroff, K. S., Stajduhar, K., Beuthin, R., & Shermak, S. (2015). Contrasting stories of life-threatening illness: A narrative inquiry. *International Journal of Nursing Studies*, 52, pp. 207-215.
7. Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (Outubro/Dezembro de 2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, pp. 758-764.
8. Johnston, L. B. (2011). Surviving Critical Illness: A Case Study in Ambiguity. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7, pp. 363-382.
9. Palesjo, C., Nordgren, L., & Asp, M. (Julho de 2015). Being in critical illness-recovery process: a phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, pp. 3494-3502.
10. Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
11. Abrão, F. M., Santos, E. F., Araújo, R. A., Oliveira, R. C., & Costa, A. M. (Março de 2014). Feelings of Patients while Staying in Intensive Care Unit. *Journal of Nursing*, 8, pp. 523-529.
12. Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Nordic College of Caring Science*, 29, pp. 205-214.
13. Stayt, L. C., Seers, K., & Tutton, E. (2015). Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 71, pp. 2051-2061.
14. Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M., & Sviri, S. (Novembro de 2011). Communication Difficulties and Psychoemotional Distress in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *American Journal of Critical Care*, 20(6), pp. 470-479.
15. Lasiter, S. (2011). Older adults' perceptions of feeling safe in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 67, pp. 2649-2657.
16. Aro, I., Pietila, A.-M., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2012). Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 1847-1858.
17. Wassenaar, A., Schouten, J., & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, pp. 261-273.

CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA: QUE CONTROVÉRSIAS

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

MOUTh CARE IN THE ELDERLY: WHAT CONTROVERSIES

INTEGRATING LITERATURE REVIEW

ENFERMEIRA NO CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL
– HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER
ESTUDANTE NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
E-MAIL: joanacapaz@gmail.com

Joana Nogueira Gameiro Capaz

ENFERMEIRA NO CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL
– HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER
ESTUDANTE NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
E-MAIL: scbatista@hotmail.com

Sónia Cristina Teixeira Batista

PROFESSORA DOUTORA, PROFESSORA AUXILIAR NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
E-MAIL: patriciaps@ics.lisboa.ucp.pt

Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro

RESUMO

A qualidade dos cuidados à boca que se prestam aos idosos é da responsabilidade dos enfermeiros. Este estudo consiste numa revisão integrativa da literatura que objetiva identificar o estado atual do conhecimento científico sobre as controvérsias associadas aos cuidados à boca da pessoa idosa. O levantamento bibliográfico foi feito no mês de junho de 2017 em bases de dados nacionais e internacionais, obtendo-se uma amostra final de cinco artigos. Os dados originaram as seguintes categorias temáticas: Análise dos conceitos dos cuidados à boca nos idosos; Necessidades dos idosos dependentes no que diz respeito

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo individual e coletivo dependente de inter-relações biológicas, físicas, químicas e de carácter psíquico, cultural e social (1). Neste processo a forma como a pessoa viveu e se adaptou aos vários acontecimentos de vida é determinante. Assim, para entender o envelhecimento é necessária uma compreensão dos múltiplos fatores que o influenciam e o reconhecimento de que os resultados são característicos a cada indivíduo (2).

Esta realidade é descrita por Collière como “com o passar dos anos, a capacidade de se autocuidar diminui e surge a necessidade de recorrer à família, aos próximos e aos prestadores de cuidados, para ser cuidado, vigiar ou manter capacidades existentes e diminuir a aceleração de perdas sensorio-motoras e psicoafectivas” (3).

No envelhecimento são imprescindíveis os cuidados de compensação, manutenção, estimulação, conforto, parecer e apaziguamento (3), uma vez que ajudam a ultrapassar o sofrimento. Na intersecção destes cuidados existe outro que permite diminuir o desconforto e melhorar a autoestima, facilitar a comunicação e diminuir o isolamento: os cuidados à boca.

A boca é um órgão do corpo complexo e importante, com significado fisiológico e psicológico, que desempenha um papel fundamental na

expressão do ser humano, seja ela verbal ou não verbal (o beijo, o sorriso, ou o choro) e a existência de sintomas que provocam desconforto são angustiantes e diminuem a capacidade de conceber esperança nas pessoas em fim de vida (4).

De acordo com a OMS, a saúde oral é um estado de ausência de: dor na boca ou face, lesões tumorais ou outras na mucosa oral ou garganta, defeitos congênitos, doenças periodontais, cáries, perda de dentes ou outras situações que afetem a cavidade oral. De acordo com a mesma entidade, os fatores de risco para as doenças orais são comuns a outras doenças crônicas, tais como a dieta inadequada, o uso do tabaco, o consumo excessivo de álcool e uma higiene oral deficiente (5).

Com o envelhecimento, a cavidade oral sofre algumas alterações, nomeadamente: mucosas mais sensíveis e finas, aparecimento de xerostomia, diminuição da sensibilidade gustativa dos alimentos, coloração mais amarelada dos dentes, perdas dentárias, cáries radiculares e doenças periodontais (6). Também as alterações imunitárias, fatores ambientais, existência de fatores psicológicos como depressão e dificuldades visuais podem influenciar a capacidade dos idosos de se alimentarem e higienizarem a cavidade oral (7), conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida (8-10). As complicações derivadas de uma má higiene oral são conhecidas e podem condicionar dor e desconforto, desidratação e desnutrição, risco aumentado de pneumonia, endocardite e septicemia, aumentar a sensação de xerostomia provocando dificuldades de deglutição, fonação e halitose, influenciando o bem-estar físico e psicossocial da pessoa (11-13).

Os objetivos dos cuidados à boca são a promoção do conforto, a ausência de lesões dolorosas ou infeções, proporcionar hidratação, limitar a placa bacteriana e eliminar vestígios alimentares (14).

A promoção do conforto dos idosos deve ser uma preocupação constante para os enfermeiros quando cuidam. Como nos diz Jean Watson, “o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral, direcionado para a proteção da dignidade humana”

aos cuidados à boca; Conhecimentos e habilidades dos enfermeiros na prestação de cuidados à boca em idosos. Pontua-se que o enfermeiro desempenha um papel ímpar no contexto da prestação dos cuidados à boca nos idosos, mas que é um cuidado subestimado, existindo inúmeros hiatos para a realização dessas intervenções.

PALAVRAS-CHAVE:

CUIDADOS À BOCA, IDOSOS, ENFERMAGEM

ABSTRACT

The quality of elderly's mouth care is nurses' responsibility. This study is an integrative literature review that aims to identify the current state of scientific knowledge about the controversies associated with the mouth care of the elderly. The bibliographic research occurred in June 2017 in national and international scientific databases, obtaining a final sample of five articles. The data resulted in the following thematic categories: Analysis of the concepts of mouth care in the elderly; Needs of the dependent elderly on the care of the mouth; Knowledge and skills of nurses in the provision of oral care in the elderly. It is assumed that nurses play a singular role in the context of the provision of mouth care in the elderly, but that it is an underestimated care, and there are innumerable gaps in the performance of these interventions.

KEYWORDS:

MOUTh CARE, ELDERLY, NURSING CARE

(15), mas este pode estar condicionado pela presença de alterações na boca, não estando apenas influenciado o conforto físico, mas também o conforto emocional e psicológico (16).

É neste contexto que emerge na saúde, mais concretamente na Enfermagem, o conceito de “conforto” tão necessário durante estados de saúde e doença, e especificamente em grupos de doentes socialmente vulneráveis e fragilizados, como é o caso dos idosos (2,17).

Reconhecido como um estado holístico e complexo, resultante de um cuidado de saúde, o conforto é muito mais que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos, é um estado resultante das intervenções de Enfermagem (18). Deste modo, torna-se importante definir intervenções/estratégias individualizadas, medidas de conforto significativas da ação e de cuidados, com objetivos direcionados às necessidades individuais de cada doente (18).

Neste sentido, o conforto pode ser considerado um último estado de saúde e, assim, ser reconhecido como um objetivo da Enfermagem (17).

Os enfermeiros atribuem uma prioridade baixa aos cuidados à boca, apesar de existir evidência de que estes reconhecem a sua importância (16,19). Os fatores relacionados com a prestação de inadequados cuidados à boca prendem-se com a falta de conhecimentos sobre esta temática, ou com o facto de os enfermeiros referirem que o cuidar da boca das pessoas doentes é uma tarefa desagradável (16,19), acabando estes cuidados por serem frequentemente negligenciados, deixados à responsabilidade do doente ou de pessoas menos preparadas para os realizar (11).

A realização dos cuidados à boca traduz bons cuidados de enfermagem (12,20,21), e uma boa prática contribui para manter a qualidade de vida dos idosos, influenciando o seu conforto, bem-estar, autoestima e imagem corporal, sendo também importante para a manutenção do estado nutricional, da saúde da cavidade oral e prevenção de infeções (16,22–25).

Para uma boa prática e continuidade dos cuidados

é indispensável a elaboração de registos. Os registos de enfermagem “são a prova de uma atividade reflexiva e de um desejo de organização”, provando os cuidados prestados. Podemos assim entender os registos de enfermagem como uma orientação para a prática diária dos cuidados ao doente e também uma forma de prevenir alterações (26), pelo que todas as observações da cavidade oral e respetivos achados devem ser devidamente registados. Estes são o “reflexo de uma determinada filosofia do cuidar” (26) e, sendo a Enfermagem uma ciência, os registos podem contribuir para o fornecimento de dados necessários e pertinentes no sentido de aumentar o corpo de conhecimentos, resultando numa melhoria dos cuidados prestados.

As intervenções relacionadas com os cuidados à boca são normalmente baseadas em rotinas estabelecidas e costumes, em vez de princípios científicos e evidência existente, resultando em práticas subjetivas (25), existindo evidência que os enfermeiros providenciam os cuidados orais de acordo com um ritual ou rotina estabelecida (24).

A inexistência de *guidelines* ou protocolos para sistematizar a avaliação da cavidade oral com validade, confiabilidade e facilidade de utilização potencia a manutenção da situação de negligência neste tipo de intervenção de enfermagem. Existem, no entanto, instrumentos de avaliação da cavidade oral que têm vindo a ser testados e validados em contextos específicos (11,12) mas a sua disseminação é ainda incipiente.

METODOLOGIA

Para a realização deste estudo optou-se pela revisão integrativa da literatura, um método que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, que contribui para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas. Para aumentar o rigor da revisão integrativa, a pesquisa atende a seis fases: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, colheita de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (27).

O processo de elaboração foi desenvolvido através da seguinte questão norteadora: “Qual a evidência científica atual acerca da importância dos cuidados à boca na pessoa idosa?” Esta questão surge da necessidade de aprofundar conhecimentos com vista à melhoria da prática clínica com a melhor evidência científica disponível sobre o tema.

A pesquisa dos artigos foi realizada online, no mês de junho de 2017, nas bases eletrônicas: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library, Information Science & Technology Abstracts*, *MedicLatina*. Foram realizadas buscas manuais de artigos a partir da lista de referências dos artigos selecionados na revisão, além de uma pesquisa de teses e dissertações que abordassem o tema.

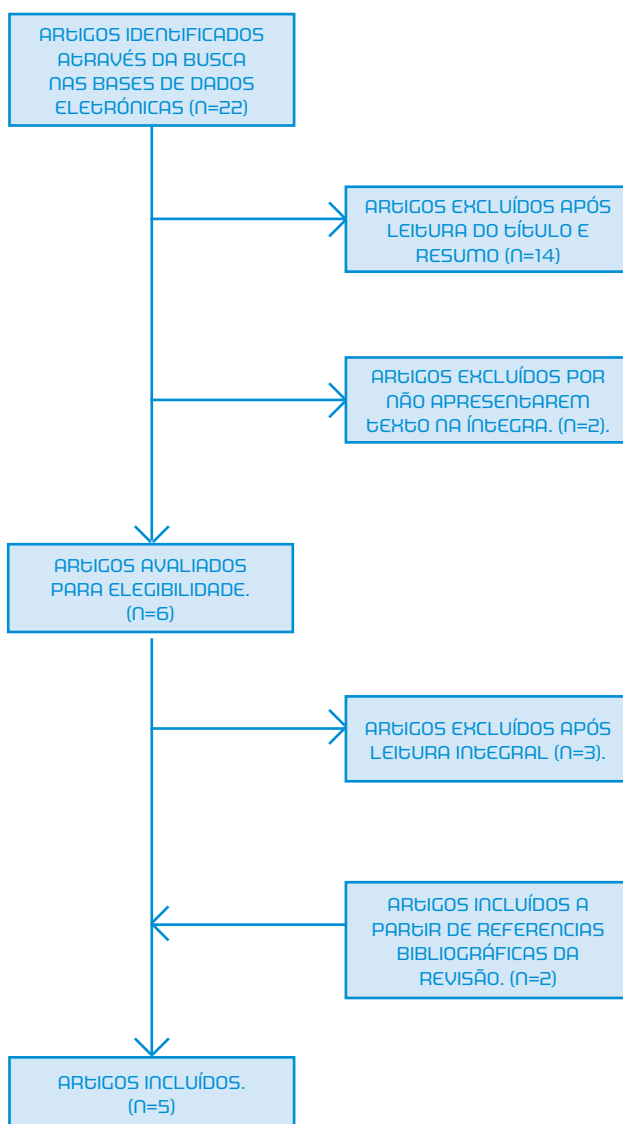
Para o levantamento dos estudos utilizaram-se os descritores controlados provenientes do vocabulário MeSh do U.S. National Library of Medicine (NLM): *Nursing Care*, *Mouth Care*, *Elderly*. Os operadores booleanos *AND* foram utilizados para possibilitar combinações entre os descritores durante a pesquisa dos estudos, tendo sido efetuada a busca por todas as ordens possíveis utilizando os discriminadores supracitados.

A seleção dos artigos foi baseada na conformidade dos limites dos objetivos deste estudo, desconsiderando aqueles que, apesar de aparecerem no resultado da busca, não abordavam o assunto sob o ponto de vista da pesquisa. O limite temporário das publicações não foi definido e não foi estipulado o idioma dos mesmos, sendo que apenas um artigo foi encontrado em Língua Espanhola e todos os outros são de Língua Inglesa.

A pesquisa resultou num total de vinte e dois artigos. Após leitura do título foram excluídos nove artigos, cinco após leitura do resumo e ainda dois por não apresentarem texto na íntegra. Dos seis artigos selecionados, após análise dos mesmos, foram excluídos três após leitura integral e conside-

FIGURA 1

Fluxograma do processo de seleção dos artigos da revisão



rados dois a partir das suas referências bibliográficas por serem relevantes para o tema.

RESULTADOS

Para a avaliação dos artigos, tiveram-se em consideração as suas semelhanças, com a intenção de organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, e analisar informações que possam ser utilizadas na avaliação crítica dos estudos selecionados, como: tipo de estudo, objetivos e principais achados.

ORAL HEALTH CARE NEEDS OF DEPENDENT OLDER PEOPLE: RESPONSIBILITIES OF NURSES AND CARE STAFF (28)	
ANO	2000
AUTOR	JOANNE FITZPATRICK
REVISTA	JOURNAL OF ADVANCED NURSING [J ADV NURS] 2000 DEC; VOL. 32 (6), PP. 1325-32.
TIPO DE ESTUDO	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
OBJETIVOS	DAR ATENÇÃO AOS CUIDADOS À BOCA A NÍVEL INDIVIDUAL, ESPECIFICAMENTE SOBRE AQUELES QUE DEPENDEM DE ENFERMEIROS PARA ATENDER ÀS SUAS NECESSIDADES E COMO ISSO PODE SER ALCANÇADO.
ACHADOS	SIGNIFICADO FISIOLÓGICO E PSICOSSOCIAL DA CAVIDADE ORAL. NECESSIDADE CRESCENTE DE CUIDADOS À BOCA NOS IDOSOS DEVIDO A MÚLTIPLAS CAUSAS. ALÉM DE QUESTÕES RELACIONADAS À IDADE, OUTROS FATORES, INCLUINDO QUESTÕES MEDICAMENTOSAS, APRESENTAM IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA BOCA DOS IDOSOS. OPINIÕES SOBRE A PRÁTICA INDICAM QUE A MAIORIA DOS ENFERMEIROS ACREDITA QUE OS CUIDADOS À BOCA NÃO SÃO REALIZADOS COM BASTA FREQUÊNCIA COMO DEVERIAM E IDENTIFICAM AS BARREIRAS. VANTAGENS DE FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS À BOCA.

LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE BUCAL DE LOS ANCIANOS DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS (29)	
ANO	2006
AUTOR	RAQUEL FERREIRA, ENIA ROCHA, NATÁLIA COUBINHO, MARCO RIBEIRO, CLÁUDIA MAGALHÃES, ALLYSON MOREIRA
REVISTA	INVESTIGACIÓN E EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA (INVESTIGACIÓN EDUC ENFERM), 2006 MAR; 24(1): 48-57. (10P)
TIPO DE ESTUDO	ESTUDO QUANTITATIVO, TRANSVERSAL.
OBJETIVOS	AVALIAR O PAPEL DOS ENFERMEIROS NO QUE SE REFERE ÀS PRÁTICAS DE CUIDADOS À BOCA E FATORES RELACIONADOS COM A IMPLEMENTAÇÃO OU NÃO DESSES PROCEDIMENTOS EM DOENTES INCAPAZES DE O REALIZAR.
ACHADOS	OS CUIDADOS À BOCA SÃO UMA INTERVENÇÃO SUBESTIMADA PELA EQUIPA DE ENFERMAGEM, QUANDO COMPARADO COM OUTRAS ATIVIDADES. A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS À BOCA É UM PROCESSO GRADUAL, QUE DEPENDE DE VÁRIOS FATORES. EXISTE UMA NECESSIDADE DE FORMAÇÃO ORIENTADA PARA A HIGIENIZAÇÃO DA CAVIDADE ORAL E PRÓTESES, E UMA MAIOR CONSCIÊNCIA DA IMPORTÂNCIA DE TAIS PROCEDIMENTOS. RAZÕES MAIS FREQUENTES PARA A NÃO REALIZAÇÃO DE CUIDADOS DE HIGIENE À BOCA E PRÓTESES EM DOENTES QUE NÃO CONSEGUEM FAZÊ-LO SÓZINHOS.

NURSES' KNOWLEDGE OF MOUTH CARE PRACTICES (30)	
ANO	2008
AUTOR	THOMAS COSTELLO, IMELDA COYNE
REVISTA	BRITISH JOURNAL OF NURSING (BR J NURS), 2/28/2008; 17(4): 264-268. (5P)
TIPO DE ESTUDO	MIXED STUDY
OBJETIVOS	AVALIAR CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS SOBRE OS CUIDADOS À BOCA EM ENFERMARIAS CIRÚRGICAS E MÉDICAS NUM HOSPITAL DISTRICTAL NA IRLANDA.
ACHADOS	OS RESULTADOS FORAM AGRUPADOS EM QUATRO ÁREAS PRINCIPAIS: EXPERIÊNCIA E EDUCAÇÃO DOS ENFERMEIROS; ATITUDES DOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS À BOCA; PRÁTICAS UTILIZADAS; USO DE FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO E BARREIRAS À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À BOCA. OS ENFERMEIROS NÃO DETINHAM CONHECIMENTOS ADEQUADOS SOBRE OS CUIDADOS À BOCA E REFEREM OS PRINCIPAIS MOTIVOS PARA A NÃO REALIZAÇÃO DESSES CUIDADOS. EXISTE NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DE CONHECIMENTOS NOS ENFERMEIROS, FORNECIMENTO ADEQUADO DE EQUIPAMENTOS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À BOCA E PROMOÇÃO DO USO FORMAL DE FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO

GUIDE TO PROVIDING MOUTH CARE FOR OLDER PEOPLE (31)	
ANO	2012
AUTOR	SUSAN BISSETT, PHILIP PRESHAW
REVISTA	NURSING OLDER PEOPLE [NURS OLDER PEOPLE] 2011 DEC; VOL. 23 (10), PP. 14-21.
TIPO DE ESTUDO	ARTIGO DE REFLEXÃO
OBJETIVOS	FORNECER UMA VISÃO GERAL DA SAÚDE DA BOCA, A SUA IMPORTÂNCIA PARA OS IDOSOS E COMO UMA DEFICIENTE SAÚDE DA BOCA PODE AFETAR O ESTADO NUTRICIONAL E A QUALIDADE DE VIDA.
ACHADOS	OS CUIDADOS À BOCA SÃO ESSENCIAIS PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS E SÃO UM COMPONENTE ESSENCIAL DO CUIDADO HOLÍSTICO. A EQUIPA DE ENFERMAGEM TEM UM PAPEL FUNDAMENTAL NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE DA BOCA DAS PESSOAS. O AUTO-CUIDADO ADEQUADO DEVE SER PROMOVIDO E AVALIADO ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS. O CONHECIMENTO E AS ATITUDES DOS ENFERMEIROS SÃO PARTE INTEGRANTE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À BOCA. EXISTEM OBSTÁCULOS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À BOCA.

A CONCEPT ANALYSIS OF ORAL HYGIENE CARE IN DEPENDENT OLDER ADULTS (32)	
ANO	2013
AUTOR	ESTHER COHER, JENNY PLOEG, SHARON KAASALAINEN, ANITA FISHER
REVISTA	JOURNAL OF ADVANCED NURSING [J ADV NURS] 2013 OCT; VOL. 69 (10), PP. 2360-71. DATE OF ELECTRONIC PUBLICATION: 2013 FEB 25.
TIPO DE ESTUDO	ANÁLISE DE CONCEITOS
OBJETIVOS	ANALISAR OS CONCEITOS SOBRE CUIDADOS À BOCA.
ACHADOS	OS CUIDADOS À BOCA NOS IDOSOS FRÁGEIS TENDEM A SER POBRES E, APESAR DA EXISTÊNCIA DE DIRETRIZES, AS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM TENDEM A SER INADEQUADAS. O CONCEITO DE CUIDADOS À BOCA COMO UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PODERIA POSSIBILITAR UM MAIOR IMPACTO NO QUE DIZ RESPEITO A RESULTADOS DE SAÚDE.

DISCUSSÃO

Com base nos artigos analisados, foi possível apon-
tar questões a serem relatadas sobre os cuidados à
boca nos idosos. A discussão dos resultados divi-
de-se em três grandes eixos:

ANÁLISE DOS CONCEITOS DOS CUIDADOS À BOCA NOS IDOSOS

A saúde da boca é um componente essencial do
cuidado holístico e objeto de intervenções de en-
fermagem, traduzindo qualidade nos cuidados
prestados (12,18,20,21,28,30,31). A cavidade oral
tem significados diversos (fisiológico e psicos-
social) essenciais para a saúde, e afeta questões
como a alimentação e a comunicação, mas tam-
bém o conforto, a qualidade de vida e o bem-estar
geral (4,16,22-25,28,30-32).

As vantagens dos cuidados à boca visam sobre-
tudo o aumento do conforto (14,28-30), a melho-
ria da alimentação (28), a diminuição da halitose
(11-13,28-30) e a prevenção de outras doenças

(29,30,32) traduzindo-se em ganhos em saúde
(30,32).

Os cuidados à boca devem envolver uma aborda-
gem individualizada (17) visando a avaliação da
cavidade oral, redução da placa e microrganismos
salivares e limpeza e hidratação dos tecidos de for-
ma a prevenir doenças associadas, melhorando o
conforto dos idosos (17). Estes cuidados incluem
a manutenção da mucosa e lábios limpos, macios,
húmidos e intactos, limpeza da boca e dos dentes
(naturais ou próteses), de detritos alimentares e
placas dentárias (14,28,31,32).

NECESSIDADES DOS IDOSOS DEPENDENTES NO QUE DIZ RESPEITO AOS CUIDADOS À BOCA

Existem necessidades particulares nos cuidados à
boca dos idosos (6,28,31,32) e, apesar das diretri-
zes existentes, estes cuidados tendem a ser inade-
quados (28,30,32).

Nos idosos, os cuidados à boca podem ficar com-

prometidos devido a incapacidade funcional, visual e/ou cognitiva (7,29,31), conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida (8–13). Desta forma destacam-se os processos normais de envelhecimento (28,31,32), a fragilidade física e mental (28,31,32), o uso de próteses dentárias (31), efeitos secundários de medicamentos (28,31) e a xerostomia (6,28,31,32).

A xerostomia é abordada como um problema muito frequente nos idosos que provoca um estado de saúde nutricional e geral deficiente, afetando o apetite, a alimentação e o conforto oral, aumenta o risco de ulceração, o número de cáries e prejudica a remoção de detritos (6,8,10–13,28,31,32).

É frequente os enfermeiros não procederem a qualquer inspeção da boca (28,29,31,32) e, quando o realizam, fazem-no uma vez por dia e no momento do banho, quando as recomendações apontam para a realização destes cuidados duas vezes por dia e, se necessário escolher apenas um momento, deve ser dada preferência ao período da noite (29). Esta inspeção determina as necessidades individuais dos idosos de forma a um encaminhamento mais adequado, se necessário (32). Esta avaliação da cavidade oral deve ser realizada de forma regular com preenchimento de dados e registos dos cuidados prestados (31).

CONHECIMENTOS E HABILIDADES DOS ENFERMEIROS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À BOCA EM IDOSOS

Os enfermeiros reconhecem o seu papel na importância da prestação dos cuidados à boca como parte integrante do seu trabalho (28,29,31) e identificam a necessidade de deter conhecimentos e habilidades para satisfazer as necessidades dos doentes incapazes de as realizar (29).

Os cuidados à boca são considerados pelos enfermeiros como desagradáveis (11,16,28,29) e são subestimados quando comparados com outras atividades da sua responsabilidade (29) sendo, muitas vezes, delegados para outros profissionais (11,28). Estes cuidados são normalmente baseados em rotinas e costumes, resultando em práti-

cas subjetivas (24,25) e, apesar de haver referência a estes cuidados na formação do curso base (29,30), os enfermeiros identificam lacunas a nível de conhecimentos (28,30–32) sobre: problemas oro-dentários, problemas sistémicos e interações medicamentosas e ferramentas disponíveis para a prestação de cuidados à boca, identificando necessidade de formação orientada para o exercício e maior consciência da importância dos procedimentos (29).

Demonstrou-se que os principais motivos apontados pelos enfermeiros para a realização inadequada dos cuidados à boca (11,16,28–30) eram sobretudo a falta de tempo (28–31), falta de pessoal (28), considerarem estes cuidados com baixa prioridade (28,30,31), falta de atualização na área (formação e treino) (28,30), falta de material (28–30), a existência de barreiras psicológicas (28,31) e a pouca colaboração dos doentes (29,30). São ainda referidos a aversão expressa na manipulação e limpeza de próteses dentárias e o grande número de doentes dependentes ao cuidado dos enfermeiros (29).

A prestação de cuidados à boca é influenciada pelo nível educacional dos enfermeiros e pelos fatores organizacionais das instituições (30). A sua implementação depende de fatores financeiros e culturais, disponibilidade de tempo, motivação e interesse dos enfermeiros, sendo um processo gradual mas, sobretudo, uma necessidade que deve ser prática e realista (29).

Os registos de enfermagem contribuem para a avaliação da competência no desempenho das intervenções, mas estes, muitas vezes, não contemplam os cuidados à boca (12,20,21,26,28,32). O uso de linguagem padronizada permite extrair dados para apoiar pesquisas e projetos de melhoria de qualidade através de resultados de enfermagem mas não existe um entendimento comum sobre os termos utilizados (32). A implementação de ferramentas de avaliação, válidas e confiáveis, que permitam avaliar a eficácia dos cuidados à boca torna-se, desta forma, imprescindível (11,12,28,30,31).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados à boca assumem não só um importante papel a nível da dimensão física dos idosos, mas também a nível da dimensão psicológica e social, uma vez que têm uma forte influência na satisfação das necessidades dos idosos. A realização de uma rigorosa higiene da boca é um fato bem reconhecido como fundamental e integrante da vida quotidiana. São várias as razões que servem de referencial para a sua realização e podemos mesmo dizer que, sem uma correta higiene da boca, podem ficar comprometidas todas as dimensões anteriormente referidas.

Cuidar a boca dos idosos é uma intervenção de enfermagem, fundamental na promoção do conforto e da qualidade de vida. Estes cuidados exigem dos enfermeiros várias competências, como a avaliação do estado da boca, o reconhecimento precoce de alterações, o planeamento das intervenções,

uma higiene cuidada da cavidade oral, registos precisos onde estejam descritas as alterações encontradas e a evolução das mesmas, os cuidados prestados, a avaliação da eficácia das intervenções e o seu impacto na vida das pessoas.

Apesar dos enfermeiros valorizarem conceptualmente a importância da prestação de cuidados à boca, no quotidiano da sua prática, estes cuidados são prestados de forma pouco sistemática e com baixa prioridade, sendo muitas vezes invisíveis nos registos de enfermagem. Num olhar reflexivo da prática, os enfermeiros devem pretender a melhoria destes cuidados, modificando as suas práticas quotidianas.

A realização do estudo e os dados obtidos constituem um contributo para o conhecimento que envolve a prestação de cuidados à boca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osório, A., & Fernando, P. (2007). *As pessoas idosas: contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
2. Elliopoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica* (5a Edição). Porto Alegre: Artmed.
3. Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2a Edição). Loures: Lusodidacta.
4. Chochinov, H. M. (2006). Dying , Dignity , and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 84–103.
5. OMS. (n.d.). Organização Mundial da saúde. Retrieved July 10, 2017, <http://www.who.int/eportuguese/countries/prt/pt/>
6. Heath, H., Sturdy, D., Edwards, T., Griffiths, J., Hylton, B., Jones, V., & Lewis, D. A. (2011). Promoting older people 's oral health.
7. WHO. (n.d.). World Health Organization. Retrieved July 10, 2001, <http://www.who.int/en/>
8. Sweeney, M. P., & Bagg, J. (2000). The mouth and palliative care. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 17(2), 118–124. <https://doi.org/10.1177/104990910001700212>
9. Wohlschlaeger, A. (2004). Prevention and Treatment of Mucositis: A Guide for Nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21, 281–287. <https://doi.org/10.1177/1043454204265840>
10. Davies, a N., Broadley, K., & Beighton, D. (2001). Xerostomia in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(4), 820–825.
11. Paulsson, G., Sciences, H., & Wårdh, I. (2008). Comparison of oral health assessments between nursing staff and patients on medical wards. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00802.x>
12. Stout, M., Goulding, O., & Powell, A. (2009). Developing and implementing an oral care policy and assessment tool, (February 2004).
13. Rohr, Y., Adams, J., & Young, L. (2010). Oral discomfort in palliative care : results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients, 16(9), 439–444.
14. SECPAL. (n.d.). Guia de Cuidados Paliativos. Retrieved July 10, 2017, <http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
15. Watson, J. (2002). *Enfermagem - Ciência Humana e Cuidar uma teoria de Enfermagem*. Camarate: Lusociência.
16. Adams, R. (1996). Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 552–560. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.22416.x>
17. Ribeiro, P. (2012). *A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Idoso Crônico em Contexto Hospitalar*.
18. Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. (Springer Publishing Company, Ed.). New York.
19. Wårdh, I., Hallberg, L. R.-M., Berggren, U., Andersson, L., & Sörensen, S. (2000). Oral Health Care-A Low Priority in Nursing: In-depth Interviews with Nursing Staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2), 137–142. <https://doi.org/10.1080/02839310050162370>
20. Southern, H. (2007). Oral care in cancer nursing : nurses ' knowledge and education, (September 2006), 631–638. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04159.x>
21. Harris, D. J., Eilers, J., Harriman, A., Cashavelly, B. J., & Maxwell, C. (2015). Putting Evidence Into Practice ® : Evidence -Based Interventions for the Management of Oral Mucositis, 12(1), 141–152.
22. Wilkin, K., & Wilkin, K. (2002). A critical analysis of the philosophy , knowledge and theory underpinning mouth care practice for the intensive care unit patient, 3397(2), 181–188. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(02\)00017-4](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(02)00017-4)
23. Gibson, F., Horsford, J., & Nelson, W. (1997). Oral care: ritualistic practice reconsidered within a framework of action research. *Journal of Cancer Nursing*, 1(4), 183–190. [https://doi.org/10.1016/S1364-9825\(97\)80517-2](https://doi.org/10.1016/S1364-9825(97)80517-2)
24. Honnor, A., & Law, A. (2002). Mouth care in cancer nursing: using an audit to change practice. *Br J Nurs*, 11(16), 1087–1096. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.16.10550>
25. Cohn, J. L., & Fulton, J. S. (2006). Nursing staff perspectives on oral care for neuroscience patients. *The Journal of Neuroscience Nursing : Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 38(1), 22–30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16568810>
26. Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. pensamento e acção na perspectiva do Cuidar*. Lusociência.
27. Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
28. Fitzpatrick, J. (2000). Oral health care needs of dependent older people : responsibilities of nurses and care staff, 32(6), 1325–1332.
29. Ferreira, R., Rocha, E., Coutinho, N., Ribeiro, M., Magalhães, C., & Moreira, A. (2006). La actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados. *Investigación Y Educación En Enfermería*, XXIV, 48–57.
30. Costello, T., & Coyne, I. (2008). Nurses ' knowledge of mouth care practices, 17(4), 264–268.
31. Bissett, S., & Preshaw, P. (2011). Guide to Providing Mouth Care for Older People. *Nursing Older People*, 23(10), 14–21.
32. Coker, E., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Fisher, A. (2013). A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. <https://doi.org/10.1111/jan.12107>

INVESTIMENTO PESSOAL E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL:

ESTUDO DOS NÍVEIS E DOS DETERMINANTES NUM GRUPO DE IDOSOS

PERSONAL INVESTMENT AND FUNCTIONAL INDEPENDENCE:

STUDY OF LEVELS AND DETERMINANTS IN A GROUP OF ELDERLY PEOPLE

ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO
MOGADOURO

Cristiana Fermento

PROFESSORA COORDENADORA DA ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
E.MAIL: rmartins.viseu2gmail.com

Rosa Martins

EQUIPARADA A PROFESSORA ADJUNTA DA ESCOLA
SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Sofia Campos

RESUMO

Enquadramento:

O envelhecimento populacional é encarado como uma conquista da sociedade atual e constitui simultaneamente um desafio no sentido de se conseguir que este envelhecimento seja ativo, bem-sucedido e com qualidade de vida. O investimento na vida pessoal (IVP) realizado pelos idosos de forma a obter a melhor qualidade de vida bem como a manutenção da sua independência funcional são indicadores importantíssimos que urge ser estudados.

INTRODUÇÃO

Atualmente os países da União Europeia (UE), incluindo Portugal, enfrentam um dos mais importantes desafios económicos, financeiros e principalmente social: o envelhecimento da população. Para Andrade e Martins (2011) o aumento da longevidade constitui um novo desafio para as sociedades, gestores de saúde, pesquisadores e para toda a população que envelhece no mundo. Também a Direção Geral da Saúde (DGS 2013, com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, tem alertado todos os profissionais da saúde no sentido de estarem despertos no desempenho das suas funções, as quais devem visar a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas (65 ou mais anos de idade), prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

Para Drago e Martins (2012) a capacidade que o idoso tem de permanecer independente é condicionada por vários fatores como: a constituição genética, os hábitos e estilos de vida, o meio ambiente, o contexto socioeconómico e cultural, o investimento realizado na vida pessoal bem como ter nascido numa sociedade mais ou menos desenvolvida e num contexto familiar com maior ou menor poder económico. Por outro lado o aumento da população idosa juntamente com as mudanças ocorridas na nossa sociedade tais como o

Objetivos:

Avaliar a percepção dos idosos sobre o investimento na vida pessoal e independência funcional e analisar associações entre estas variáveis e as de caráter sociodemográfico, clínico e psicossocial.

Material e Métodos:

Estudo de cariz descritivo, transversal, analítico-correlacional e de natureza quantitativa, realizado numa amostra não probabilística por conveniência constituída por 103 idosos numa Santa Casa da Misericórdia do norte do distrito de Viseu.

O instrumento de colheita de dados integrava questões de caracterização sociodemográfica; clínica e psicossocial, o Índice de Barthel; e uma Escala de Investimento na vida Pessoal adaptada e validada para a população portuguesa por Santos & Martins (2015)

Resultados:

O IVP percecionado pelos idosos mostra que este foi elevado para 13,6%, moderado para 75,7% e baixo para 10,7%.

Os níveis de independência funcional eram variáveis sendo que 40,8% dos idosos eram independentes, 29,1% ligeiramente dependentes, 10,7% moderadamente dependentes, 5,8% severamente dependentes e 13,6% totalmente dependentes. Verificámos ainda que o IVP era superior nos idosos: dos que residiam no domicílio/centro dia ($p=0,013$) praticavam exercício físico ($p=0,001$) e percecionavam famílias altamente funcionais ($p=0,006$).

Já a independência funcional apenas se relacionou de forma significativa com o género sendo os homens os mais independentes ($p=0,001$).

Conclusões

Apesar dos níveis de IVP e independência funcional dos idosos apresentarem valores bastante positivos, estes podem ser ainda melhorados através da implementação de estratégias de intervenção que estimulem maior investimento e promovam uma melhor independência funcional no sentido da prossecução de um envelhecimento ativo e bem sucedido.

aumento da participação das mulheres no mundo do trabalho, a fragilidade dos laços familiares e a diminuição da solidariedade entre gerações desencadearam o processo de institucionalização do idoso. Fatores como o isolamento, a solidão, a precariedade das condições económicas e habitacionais, a dependência física e o agravamento do estado de saúde contribuíram igualmente para que a institucionalização fosse a única solução para muitos idosos.

A institucionalização dos idosos, que é por vezes um *tabu*, torna-se uma problemática social e familiar, uma vez que é uma questão de difícil gestão porque, associada a institucionalização do idoso, surgem por vezes tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família e, frequentemente, abandono, isolamento e dificuldades na adaptação do idoso à instituição (Carvalho & Dias, 2011). Face ao exposto estabelecemos como objetivo geral do estudo identificar a percepção dos idosos sobre o seu investimento na vida pessoal e avaliar níveis de independência funcional; num segundo momento procurámos analisar associações existentes entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e de contexto com o investimento pessoal e a independência funcional.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013) tem divulgado dados demográficos reveladores da tendência de envelhecimento em Portugal. Entre 2008 e 2013 a proporção de pessoas idosas aumentou 1,9 por pessoa, situando-se em 19,9%. Consequentemente, o índice de envelhecimento, que traduz o número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos, passou de 116 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens. Entre os anos de 2008 e 2013, o índice de dependência total (número de menores de 15 anos e de pessoas com 65 anos por cada 100 pessoas em idade ativa) aumentou de 50 para 53 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, tendência transversal a todas as regiões do país, sobretudo pela influência do aumento do índice de dependência de idosos, índice que traduz o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos), de 26,8% em 2008 para 29,9% em 2013. As projeções apresentadas pelo mesmo organismo preveem um decréscimo populacional e um forte envelhecimento demográfico da população residente em Portugal entre os anos de 2013 e 2060, em que a idade média da população poderá aumentar de 43 para 51 anos e o índice de envelhecimento da população de 136 para 307 idosos para cada 100 jovens.

Perante este cenário, e tendo em conta que os estudos estatísticos indicam que o envelhecimento populacional é um fenómeno que promete prolongar-se e agravar-se, torna-se importante compreender melhor esta nossa população idosa, conhecer o seu nível de investimento pessoal, bem como grau de independência funcional para podermos possibilitar um melhor envelhecimento ativo e saudável, ou seja uma melhor qualidade de vida.

1.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO EM PORTUGAL

Os dados demográficos referidos anteriormente têm sido responsáveis pela institucionalização de muitos idosos, facto que, segundo vários autores, nem sempre é bem aceite. De acordo com Paulos (2010), o processo de institucionalização, simbolizado pela saída do idoso da casa onde sempre residiu, comporta um conjunto de etapas tais como a decisão relativa a institucionalização, a escolha da instituição e a adaptação/integração a essa mesma instituição e pode ser um processo longo ou curto. Para Gonçalves (2015) os principais motivos da institucionalização são: o progressivo envelhecimento da população, em conjunto com as alterações na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições habitacionais, a degradação das condições de saúde e a insuficiência de serviços de proximidade. Oliveira (2012) acrescenta a solidão e o isolamento e a insuficiência na gestão das necessidades diárias e impossibilidade da família prestar os cuidados necessários.

1.2 (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

As pessoas idosas encontram-se numa situação particular de vida, que não é apenas inseparável da sua idade, mas também de todos os acontecimentos que ocorreram ao longo do seu percurso de vida. A capacidade que o idoso tem de se manter independente é influenciada por uma série de fatores como os hábitos e estilos de vida, constituição genética, o meio ambiente, o contexto socioeconómico e cultural, bem como ter nascido numa sociedade menos ou mais desenvolvida e num contexto familiar com maior ou menor capacidade económica (Drago & Martins, 2012).

De facto, a dependência surge quando há uma perda mais ou menos acentuada da autonomia funcional de uma pessoa e que faz com que essa pessoa necessite da ajuda de terceiros. É um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição, que pode ser aguda ou crónica, afeta a funcionalidade do idoso e o desempenho das suas atividades de vida diária. Torna-se assim importante esclarecer os conceitos de autonomia, dependência e in-

PALAVRAS-CHAVE:

INVESTIMENTO NA VIDA PESSOAL,
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL,
ENVELHECIMENTO ATIVO, IDOSOS.

ABSTRACT

Background:

Population aging is seen as a conquest of today's society and is simultaneously a challenge in order to make this aging successful and quality of life. The investment in the personal life (IVP) carried out by the elderly in order to obtain the best quality of life as well as the maintenance of their functional independence are important indicators that need to be studied.

Objectives:

To evaluate the perception of the elderly about the investment in personal life and functional independence and to analyze associations between these variables and those of socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics.

Material and Methods:

A descriptive, cross-sectional, analytical-correlational and quantitative study carried out on a non-probabilistic sample for the convenience of 103 elderly people from a Santa Casa da Misericórdia in the northern district of Viseu.

The data collection instrument integrated sociodemographic characterization issues; Clinical and psychosocial, the Barthel Index; and an Investment Scale in personal life adapted and validated for the Portuguese population by Santos & Martins (2015)

Results:

The IVP perceived by the elderly showed that it was elevated to 13.6%, moderate to 75.7%, and low to 10.7%. Functional independence levels were variable, and 40.8% of the elderly were independent, 29.1% slightly dependent, 10.7% moderately dependent, 5.8% severely dependent and 13.6% totally dependent. We also verified that

the IVP was superior in the elderly: they lived in the domicile / day center ($p = 0.013$), practiced physical exercise ($p = 0.001$) and perceived highly functional families ($p = 0.006$). Functional independence only related with men being the most independent ($p = 0.001$).

Conclusions

Although the levels of IVP and functional independence of the elderly present fairly positive values, these can be further improved through the implementation of intervention strategies that stimulate greater investment and promote better functional independence in the pursuit of active and successful aging.

KEY WORDS:

INVESTMENT IN PERSONAL LIFE, FUNCTIONAL INDEPENDENCE, ACTIVE AGING, ELDERLY

dependência. Para Drago e Martins (2012) autonomia corresponde ao comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas próprias leis e do sistema de valores adotado para gerir a sua conduta e presidir às suas atitudes. A perda de autonomia é um dos fenómenos que maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma, especialmente a nível psicológico.

Os conceitos de independência e dependência são por vezes complexos e difíceis de operacionalizar. Este conceito surge como uma construção social que tem vindo a sustentar as medidas de proteção social às pessoas que necessitam de ajuda nas atividades de vida diária para a satisfação das suas necessidades básicas (Quaresma, 2004). A capacidade funcional caracteriza-se pela capacidade que o idoso tem em manter uma vida independente e autónoma. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) considerou que podem ser definidas três subdimensões que são fundamentais para a independência e autonomia: as “Atividades Básicas de Vida Diária (AVD’s)”, que avaliam as funções de sobrevivência como o alimentar-se, higienizar-se, vestir-se, transferir-se e o controlo de esfíncteres; as “Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD’s)” englobam problemas mais complexos da vida quotidiana tais como gerir o dinheiro, realizar compras, utilizar telefone, sair só, etc. Por último as “Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD’s)” incluem atividades ocupacionais, recreativas e voluntárias sociais. Apesar das preocupações não tem existido consenso em termos de medição do significado de dependência. As escalas de avaliação disponíveis são todas guiadas por uma perspetiva funcionalista. De forma a uniformizar a informação em relação à avaliação funcional dos idosos, utilizam-se os instrumentos de avaliação funcional baseados nas AVD’s do idoso tais como: Escala de Katz, Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB), Escala de Barthel, Escala de Lawton e Brody, etc.

1.3 FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, que se depara com novos desafios em termos sociais, económicos e sanitários, também as famílias têm vindo a sofrer importantes transformações, mantendo-se porém a importância fundamental no processo de cuidar dos seus membros. A escala de Apgar Familiar é um instrumento que permite mensurar a satisfação relativamente à assistência prestada pelos membros da família ao idoso avaliando assim a funcionalidade familiar. A maneira como os membros da família interagem entre si leva a que se possa avaliar se a família é funcional,

moderadamente funcional ou disfuncional. As famílias são consideradas funcionais ou maduras quando respondem com estabilidade emocional às situações críticas e aos conflitos, havendo harmonia no convívio entre os membros da família. Estão comprometidos entre si e unem-nos laços de carinho e responsabilidade, e as suas relações são baseadas em compreensão e respeito (Andrade & Martins, 2011).

Nas famílias disfuncionais ou chamadas imaturas, há um individualismo onde os interesses individuais são priorizados. Os vínculos são superficiais e a hostilidade e agressividade são comuns, e em situações de crise culpam-se uns aos outros (Souza et al, 2014). As famílias moderadamente funcionais são aquelas que se situam numa posição intermédia deste continuum, sendo capazes de atender, satisfatoriamente, as necessidades de cuidados aos seus membros.

1.4 INVESTIMENTO NA VIDA PESSOAL ENVELHECIMENTO ATIVO

O conceito de envelhecimento ativo envolve os indivíduos, as suas famílias e a comunidade que os rodeia, constituindo indicadores de qualidade do envelhecimento das pessoas e populações, resultante da sua interação (Rodrigues, 2013).

Como indicadores de um envelhecimento satisfatório e de uma boa qualidade de vida (QV) na velhice temos a capacidade de manter ou restabelecer o bem-estar subjetivo em uma situação que provoca limitações ou perda de capacidades, estar satisfeito com a vida atual, ter expectativas positivas em relação ao futuro, investir no alcance de metas significativas e manter um senso de significado pessoal, ou seja um bom investimento na vida pessoal. Uma atitude proactiva perante a vida e as circunstâncias que a rodeiam com estabelecimento de metas é assumida como forma de investimento na vida pessoal. Trata-se de um constructo que resulta da soma dos investimentos nos muitos domínios importantes da vida (saúde, funcionamento intelectual, passatempo e interesses, relação com amigos e conhecidos, sexualidade, bem-estar da sua família, independência, vida como um todo e a morte e o morrer) e constitui um indicador fundamental no investimento relatado pelos indivíduos nas suas vidas como um todo.

De facto, à medida que são experienciadas situações de sucesso e de fracasso, os indivíduos fazem uso das suas capacidades de reserva, enfrentamento e de adaptação para conseguirem lidar com a diminuição de recursos e as perdas inerentes ao processo de envelhecimento, seleccionando os domínios e as prioridades da vida nos quais serão

feitos maiores investimentos pessoais em termos de pensamento, tempo e ação, quer mesmo abandonando, substituindo ou recuperando metas e projetos pessoais.

O envelhecimento pode ser vivido de inúmeras formas, e vivenciar um envelhecimento ativo e bem-sucedido depende não apenas das questões relacionadas com a saúde, mas das ações e responsabilidades de cada idoso, que se torna assim num agente importante na promoção do seu próprio envelhecimento.

2-MATERIAL E MÉTODOS

Optámos pelo método de investigação quantitativo, num desenho de estudo descritivo, transversal, analítico e correlacional. Utilizou-se uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 103 pessoas idosas de diversas valências (institucionalizados, centros dia e domiciliados com apoio) duma Santa Casa da Misericórdia do norte do distrito de Viseu. Os critérios de seleção estabelecidos foram: possuir idade igual ou superior a 65 anos; apresentarem capacidade de resposta verbal e orientação no espaço e no tempo; aceitar participar no estudo e assinar o consentimento (o próprio ou o seu representante legal, quando necessário), depois de devidamente informados sobre o estudo. O questionário foi construído e adaptado aos objetivos do estudo, estando organizado em cinco secções: a primeira caracterizava a amostra em termos sociodemográficos; a segunda era composta por variáveis contextuais; a terceira avaliava a funcionalidade familiar, através da aplicação da escala de Apgar; a quarta secção destinou-se à mensuração da independência funcional dos idosos, através da aplicação da Escala de Barthel; a quinta e última secção destinou-se à mensuração do investimento pessoal pelos idosos recorrendo-se ao uso da Escala de Investimento na vida Pessoal. Esta última escala é constituída por 9 itens, para os quais são oferecidas cinco alternativas de resposta: “muito pouco”, “pouco”, “mais ou menos”, “muito” e “muitíssimo”. Cada uma é cotada de 1 a 5, respetivamente. O resultado final é o somatório das cotações de cada resposta e varia entre o mínimo de 9 e o máximo de 45. Quanto maior for a pontuação total, maior será o nível de investimento na vida pessoal.

Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, (com autorizações por parte dos Provedores e Diretores das Instituições e respetivas Comissões de Ética), garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Após terminar a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise à base de dados onde irão

ser inseridos os questionários, com o objetivo de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos. O tratamento estatístico dos dados foi realizado no Statistical Package for the Social Sciences, versão 20 para Windows. Para caracterizar a amostra recorremos a medidas de tendência central tais como: a média amostral; as medidas de dispersão como o coeficiente de variação (CV) e o desvio padrão (Dp); as medidas de assimetria e o achatamento conforme as variáveis em estudo. Na inferência estatística e devido à natureza das variáveis em estudo aplicaram-se testes não paramétricos, nomeadamente: Teste de Qui-Quadrado (X²), Teste U-Mann Whitney, Teste Kruskal-Wallis e Teste de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5%, como tal, sempre que o valor de prova seja inferior à significância, valida-se estatisticamente a hipótese formulada.

3-RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 103 indivíduos, dos quais 56 são do género feminino e os restantes 47 do masculino. A maioria dos inquiridos (53,4%) são viúvos, 34% são casados, cerca de 11% solteiros e os restantes são divorciados ou separados. A idade dos inquiridos varia entre 65 e 100 anos, sendo a idade média 83,17 anos e o desvio padrão 6,70 anos. O coeficiente de variação obtido foi de 8,06%, o que traduz uma dispersão baixa em torno da média. Concluimos ainda que a distribuição das idades é simétrica pois a assimetria (Sk) e o achatamento (K) estão compreendidos entre -2 e 2.

Relativamente a situação residencial constatamos que a maioria dos inquiridos (N=70, 68%) está institucionalizada, 29,1% reside no domicílio com apoio domiciliário e os restantes (N=3) estão em centros de dia. No que diz respeito ao período de institucionalização, obteve-se uma variação oscilatória entre 1 mês e 30 anos, sendo a média 3,7 anos e o desvio padrão 5,3 anos.

Quanto a situação de saúde verificámos algumas fragilidades uma vez que a grande maioria dos inquiridos sofre de alguma doença (85,4%), e apenas 14,6% diz não sofrer. As patologias que predominam são as doenças dos sistemas músculo-esquelético, cardiovascular e neurológico.

As práticas de atividade física regular são mencionadas por cerca de 61% dos inquiridos, que privilegiam essencialmente as caminhadas. Apenas um inquirido refere a ginástica como opção e os restantes 38,8% não realizam nenhum tipo de atividade.

A maioria dos utentes são independentes nas AVD's excetuando-se a higiene, onde apenas 44,7% e

34% se posicionam respetivamente nas duas avaliações. A atividade da vida diária com maior grau de independência é a alimentação

Globalmente a percentagem de pessoas independentes diminui do primeiro para o segundo momento de avaliação nas AVD's. Apenas na alimentação, já mencionada, na transferência cama/cadeira e na deambulação a percentagem de independentes se manteve inalterada entre as duas avaliações. O maior decréscimo de independentes foi registado na higiene, com uma diminuição na ordem dos 10%.

Assim, no momento de admissão a maioria dos inquiridos (51,5%) era independente, cerca de 19% eram ligeiramente dependentes, 9% moderadamente independentes, 7% severamente dependentes e havia 13,6% (n=14) totalmente dependentes. Na avaliação feita aquando da recolha de dados, a percentagem de independentes baixou cerca de 10% face ao momento de admissão, tendo aumentado, em cerca de 10,0 %, os ligeiramente dependentes. De notar que o número de totalmente independentes manteve-se constante entre o momento de admissão e o momento de recolha de dados.

Verificámos também que 48,5% (n=50) da amostra percecionava a família como sendo altamente funcional, 38,8% (n=40) atribui uma disfunção leve e os restantes 12,6% (n=13) considera ter uma família disfuncional.

Centrando-nos nas respostas da escala de investimento pessoal, verificamos que a maioria adota uma posição neutra (mais ou menos) a tender para a positividade. Excetua-se ao que fica dito a questão relativa à sexualidade onde a maioria (56,3%) considera ter investido muito pouco. Em sentido oposto estão os investimentos no bem-estar da família, independência, vida como um todo e morte e morrer, na qual se obtiveram mais de 50% de respostas nos itens muito ou muitíssimo investimento. Em termos classificativos constatamos que a maioria dos idosos (75,7%) sente ter tido um investimento moderado, 13,6% elevado e 10,7% baixo investimento

Para testar a variável género no investimento na vida pessoal dos idosos recorremos ao teste Qui-quadrado, o valor de prova obtido é superior a 5% pelo que o género e o investimento na vida pessoal não estão associados de forma estatisticamente significativa. Nos vários cruzamentos entre o sexo e a independência funcional, a estatística do teste e o valor de prova associado ao teste qui-quadrado é inferior a 5% pelo que as variáveis em causa estão associadas de forma estatisticamente significativa, constatando-se assim que os homens são mais independentes do que as mulheres, pois os

dados observados são claramente superiores aos esperados.

Recorremos ao teste exato de Fisher para testar as variáveis idade e investimento pessoal, o valor de prova obtido é superior a 5% pelo que as variáveis em causa não estão associadas de forma estatística. Os resultados do teste de associação de Fisher para avaliar a dependência da idade e da independência funcional obteve um valor de prova de $0,921 > 5\%$ pelo que as variáveis em causa são independentes.

Do cruzamento entre o estado civil e o investimento na vida pessoal, assim como os resultados associados ao teste de Fisher, o valor de prova obtido é inferior a 5%, a associação entre estas variáveis é estatisticamente significativa. Já as variáveis estado civil e independência funcional dos idosos são estatisticamente independentes pois o valor de prova obtido no teste de Fisher é superior a 5%.

As variáveis local de residência e investimento na vida pessoal estão associadas de forma estatisticamente significativas ($p = 0,013$). Valida-se então a hipótese formulada, e destacamos que os idosos que residem no seu domicílio com apoio ou em centros de dia apresentam ordem média claramente superior à dos idosos institucionalizados.

O valor de prova obtido do cruzamento das variáveis instituição e independência funcional dos idosos é inferior a 5% pelo que as variáveis estão associadas de forma estatisticamente significativa. Os idosos com dependência moderada a severa são em menor número que o esperado, sendo a diferença compensada na categoria moderadamente dependente com número observado superior ao esperado.

No teste de Mann-Whitney, usado para comparar o investimento na vida pessoal entre os idosos com e sem patologias associada, o valor de prova obtido é superior a 5% pelo que não há diferenças entre os dois grupos.

As patologias também não estão associadas à independência funcional dos idosos de forma estatisticamente significativa ($p = 0,115$) mas sim ao IVP ($p = 0,037$). A independência funcional dos idosos está associada de forma estatisticamente significativa com a prática de exercício físico ($p = 0,027$)

A funcionalidade familiar dos idosos está associada de forma estatisticamente significativa com o investimento na vida pessoal ($p = 0,006$), sendo os idosos com famílias altamente funcionais os que apresentam maior IVP, comparativamente aos idosos com famílias disfuncionais.

A funcionalidade familiar não está associada à independência funcional dos idosos, pois o valor de prova obtido no teste Kruskal-Wallis é $0,429 > 5\%$.

4-DISCUSSÃO

A nossa amostra foi constituída por um total de 103 indivíduos com 65 ou mais anos, ou seja idosos que se encontravam institucionalizado, ou em regime de centro de dia ou apoio domiciliário. Existe um predomínio de indivíduos do sexo feminino, 54,4%, relativamente a 45,6% de indivíduos do sexo masculino. A feminização do envelhecimento demográfico é uma realidade traduzida nos dados do INE (2013). Também Martins (2006) na sua tese de doutoramento “Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Viseu” corrobora esta predominância do sexo feminino (56,8%) na população idosa.

As idades da amostra variam entre os 65 e os 100 anos, com uma média de idade de 83,17 anos o que também reforça o crescimento da quarta idade destacada nos dados demográficos do País. Vimos ainda que a maioria dos sujeitos são viúvos (53,4%). A situação residencial da nossa amostra traduz a tendência para a institucionalização dos idosos, visto que 68% da nossa amostra está institucionalizada, 29,1% encontra-se no seu domicílio e 2,9% encontra-se em regime de centro de dia. O tempo de institucionalização em média é de 3,7 anos, dados semelhantes aos apresentados por Rodrigues & Martins (2015) onde a maioria dos idosos se encontrava institucionalizada há mais de 4 anos (50%) e 28,6% entre 2 e 4 anos.

A grande maioria dos idosos (85,4%) afirma sofrer de alguma patologia ao invés de 14,6% que não sofre. Estes dados estão em sintonia com o estudo de Gonçalves (2015), no qual 93,0% dos idosos referiram sofrer de alguma patologia. Em 2004, a DGS relatava que a população idosa portuguesa, sobretudo os que tinham mais de 75 anos (situação similar aos indivíduos da nossa amostra), considerava a sua saúde como má ou muito má, refletindo-se esta perceção na procura dos cuidados de saúde. As doenças que predominam no grupo são as do sistema músculo-esquelético (25,0%), cardiovascular (23,9%) e neurológicas (21,6%).

Contrariamente ao expectável (considerando a média elevada de idades), os idosos da nossa amostra têm um nível de atividade física elevada, uma vez que 61,2% realiza atividade física, onde a caminhada surge como atividade principal (60,2%). Apenas 38,8% dos idosos questionados respondeu não realizar qualquer tipo de atividade física. Estes dados contrariam os obtidos por Silva (2011) uma vez que a sua amostra tinha um nível de atividade física habitual relativamente baixa (38,46%). A avaliação da independência dos idosos nas AVD's é feita na Instituição (e de forma obrigatória) através do índice Barthel: pudemos reunir

e confrontar os dados relativos ao momento da admissão dos idosos e no momento da recolha de dados para este estudo. Verificamos que quase metade dos idosos são independentes em todas as AVD's (40,8%, no momento da recolha de dados), o que vem contrariar os dados de Freire Júnior & Tavares (2006) que nos dizem que em idades avançadas (relembramos que no nosso caso a média de idades é de 83,17 anos) acentuam-se as limitações levando a uma maior dependência nas AVD's.

Verificamos uma ligeira diminuição da independência funcional do primeiro para o segundo momento de avaliação no desempenho das AVD's, sendo o maior decréscimo (10,0%) registado na higiene. Corroboramos Rodrigues & Martins (2015) ao afirmarem que nas instituições de longa permanência a dependência física é muitas vezes estimulada pelos próprios colaboradores que preferem ajudar os idosos nas suas AVD's quando eles apresentam alguma incapacidade para executar determinada tarefa embora não sejam incapazes de fazê-la. A independência da maioria da nossa amostra corrobora o referido por Martins (2006), ao defender que os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não surgem como os principais fatores apontados pelos idosos para a decisão do internamento, mas sim o isolamento. À semelhança de Andrade & Martins (2011) a funcionalidade familiar percebida pelos nossos idosos é bastante positiva uma vez que 48,5% sente estar inserido em famílias altamente funcionais e apenas 12,6% referem famílias disfuncionais.

O investimento pessoal percebido mostra que a maioria dos idosos (75,7%) acha que foi moderado, 13,6% elevado e 10,7% baixo. De facto as respostas situam-se nos itens "mais ou menos" ou no "muito", principalmente nas categorias saúde (37,9%;36,9%), no funcionamento intelectual (33,0%, 33,0%), relações com amigos (45,6%, 33,9%) e independência (35,0%, 46,6%). Pelo contrário na categoria sexualidade os nossos idosos acham ter investido pouco (56,3%). Em síntese poderemos inferir que os idosos da nossa amostra investiram na sua vida pessoal o necessário com vista a um envelhecimento ativo e uma melhor qualidade de vida.

Na relação entre variáveis constatamos que o género apenas se relacionava significativamente com a independência funcional sendo os homens mais independentes que as mulheres ($p=0,001$). Já no investimento pessoal não ficou provado a influência do género ($p>0,05$).

A relação entre a variável idade e o investimento pessoal e a independência funcional não foi validada. Este resultado está em sintonia com o obser-

vado por Farias & Martins (2015) em que a idade avançada dos inquiridos não provocou uma diminuição da QV.

Relativamente a hipótese estado civil/investimento pessoal foi validada, destacando-se os idosos casados ou em união de facto com uma percepção mais elevada no investimento na vida pessoal, tendência contrária ao que apresentam os viúvos. Já na independência funcional a hipótese não foi validada similarmente a Ferreira (2011) que não encontrou também relação entre o estado civil e a independência funcional.

Na análise da relação do local de residência com o investimento pessoal dos idosos confirmamos que as mesmas estão associadas. Os idosos que residem no domicílio com apoio ou em regime de centro de dia apresentam um maior investimento pessoal que os idosos institucionalizados. Martins e Mestre (2014) verificaram que de um modo geral a maioria dos idosos da sua amostra apresentavam uma boa qualidade de vida, no entanto esta era superior nos idosos residentes na comunidade.

Num último ponto de discussão verificamos que a funcionalidade familiar está associada ao investimento pessoal e à independência funcional, corroborando os resultados de Andrade & Martins (2011)

5-CONCLUSÕES

Envelhecer com saúde, autonomia e independência é na atualidade um desafio à responsabilidade individual e coletiva. Nesse sentido pensamos que o nosso estudo trouxe um contributo embora singelo neste longo caminho a percorrer pela sociedade. Torna-se sem dúvida importante conhecer e compreender os percursos e contextos que envolvem a nossa população idosa.

Encontrámos idosos com bons níveis de independência funcional pois como pudemos ver 40,8% da amostra surge como independente em todas as AVD's. É na atividade higiene que os idosos demonstram maior nível de dependência ao contrário da alimentação onde são mais independentes. As percepções sobre a funcionalidade familiar são muito positivas uma vez que o maior grupo percentual da amostra (48,5%) sente estar inserido em famílias funcionais, porém não devemos desvalorizar que 12,6% as classifica como disfuncionais o que exige alguma intervenção. Os níveis de investimento pessoal encontrados mostram tratar-se de um construto multidimensional subjetivo e individualizado: a maioria dos idosos (75,7%) acha ter tido um investimento moderado, 13,6% elevado e 10,7% baixo. Os maiores investimentos foram direcionados para a saúde, funcionamento

intelectual, relações com amigos e independência. Inversamente, a sexualidade colheu o menor investimento.

Em relação às hipóteses estudadas, concluímos que algumas variáveis sociodemográficas se associam ao investimento pessoal e à independência funcional quando testadas dimensão a dimensão, nomeadamente o género masculino, o estar casado ou viver em união de facto, o residir no domicílio, bem como outras variáveis como a prática regular de exercício físico e o estar inserido em famílias funcionais. Não ficou provado no nosso estudo que a variável clínica (presença de patologias) se relacionasse significativamente com as nossas variáveis dependentes.

À semelhança de outros estudos também nós reconhecemos que o nosso apresenta algumas limi-

tações: referimos especialmente uma limitação temporal que impediu a obtenção de uma amostra mais elevada em nº, o que limita generalizações a outras populações. Também a seleção dos participantes excluiu à partida um número significativo de idosos uma vez que apresentavam alterações cognitivas graves e portanto incapazes de colaborar em estudos de perceção.

Em jeito de conclusão diremos que a partir de agora pretendemos divulgar os resultados desta investigação junto dos profissionais de saúde, não só ao nível das instituições de idosos mas também ao nível da comunidade científica, no sentido da sensibilização para a importância dos profissionais de saúde prestarem cuidados baseados em evidências científicas e mais adaptados às necessidades da população idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Colén, M. (2012). Envelhecimento ativo ou investimento numa vida inteira. *Cidade Solidária*, 27/28, 12-17.
- Drago, S., & Martins, R. (2012). A depressão no idoso. *Millenium*, 43, 79-94.
- Franco, J. (2010). Envelhecer bem: uma questão de sucesso. *Nursing*, 254. Acedido em <http://www.nursing.pt/envelhecer-bem-uma-questao-de-sucesso/>
- Faria, T. (2012). Atividade física e autonomia instrumental das pessoas idosas. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 25, 9-16.
- Farias, G. M. S., & Martins, R. M. L. (2015). Qualidade de vida da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Millenium*, 48, 195-209. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium48/12.pdf>
- Ferreira, A. S. M. F. (2011). (In)dependência funcional em idosos domiciliados: intervenção de enfermagem de reabilitação (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1660>
- Figueiredo, E., & Martins, R. (2016). Rheumatoid arthritis: Implications on the functional capacities of people. *Servir*, 59(3), 26-33.
- Freire Júnior, R. C., & Tavares, M. F. L. (2006). A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: Uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(1), 83-92.
- Gonçalves, C. M. M. (2015). A qualidade de vida em idosos institucionalizados (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/12048>
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Estatísticas demográficas 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Martins, R. M. L. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu* (Dissertação de doutoramento não publicada) Badajoz: Universidade de Extremadura.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium*, 32, 126-140.
- Martins, R., & Mestre M. (2014). Esperança e qualidade de vida em idosos. *Millenium*, 47, 153-162.
- Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. I. (2015). Satisfação com a vida: Prevalência e determinantes. *Gestão e Desenvolvimento*, 23, 107-123.
- Oliveira, J. H. B. (2012). *Psicologia do idoso: Temas complementares: Sexualidade, espiritualidade, educabilidade, sociabilidade, e morte* (2ª ed.). Porto: LivPsic.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. Acedido em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Paulos, C. (2010). *Gestão de instituições para idosos: qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Lisboa: Quadritópico, Lda.
- Paschoal, S. (2012). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (3ª ed., pp. 99-106). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Quaresma, M. (2004). Interrogar a dependência. In M. L. Quaresma, A. A. Fernandes, D. F. Calado, & M. Pereira (Eds.), *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência* (pp. 37-50). Lisboa: Cesdet Edições.
- Rodrigues, L. (2013). Qualidade de vida do idoso e envolvimento comunitário envelhecimento Ativo. *Nursing*, 208. Acedido em <http://www.nursing.pt/?s=Qualidade+de+Vida+do+idoso+e+envolvimento+Comunit%C3%A1rio+Envelhecimento+ativo>
- Rodrigues, A. M. A.M. (2015). Dependência no autocuidado dos idosos residentes em lar (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3203>
- Silva, J. (2011). *A Influência da atividade física na qualidade de vida dos idosos* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1676>
- Souza, R., Costa, G., Yamashita, C., Amendola, F., Gaspar, J., Alvarenga, M., & Oliveira, M. (2014). *Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 469-476. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469.pdf

ASSOCIAÇÕES DE APOIO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE: UM IMPORTANTE RECURSO NAS POLÍTICAS SOCIAIS

ASSOCIATIONS IN SUPPORT OF PEOPLE WITH DISABILITIES: AN IMPORTANT RESOURCE IN SOCIAL POLICIES

MESTRE EM ESTUDOS SOBRE AS MULHERES PELA
UNIVERSIDADE ABERTA.

DOCTORANDA EM ENFERMAGEM (LISBOA), UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA, INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE.
PROFESSORA ASSISTENTE DO INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE
DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – LISBOA.
E.MAIL: roquetteviana@ics.lisboa.ucp.pt

PROFESSORA AUXILIAR DO INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE
DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – LISBOA.
DOCTORA EM EDUCAÇÃO – ÁREA DE ESPECIALIDADE DE
FORMAÇÃO DE ADULTOS.
E.MAIL: simoesfigueiredo@ics.lisboa.ucp.pt

Clara Roquette Viana

Amélia Simões Figueiredo

RESUMO

Introdução:

As alterações decorrentes das mudanças na sociedade e os direitos alcançados pelas pessoas portadoras de deficiência e incapacidade são grandes conquistas. Estas aquisições passam pelo trabalho das Associações.

Objetivos:

Identificar as Associações de apoio à pessoa com deficiência ou incapacidade na região de Lisboa, fazer o retrato social e demográfico das mesmas.

Métodos:

O estudo integrou numa primeira

INTRODUÇÃO

Ao longo da História da Humanidade as pessoas com deficiências ou incapacidades foram objeto de discriminação, atribuindo-se frequentemente essa situação a características pessoais¹. Ainda nos dias de hoje, o bem-estar e o pleno exercício dos seus direitos continuam longe de ser uma realidade, persistindo uma imagem desvalorizada das pessoas que vivem com diferentes graus e limitações nas suas atividades.

Poderemos considerar que a explicação e a identificação das situações de deficiência ou incapacidade têm sido orientadas segundo dois modelos completamente distintos, habitualmente designados por “modelo médico/individual” e “modelo social”¹.

De acordo com o modelo médico/individual, centrado na diferença e incapacidade, as limitações vivenciadas pelas pessoas com deficiência são o resultado real atribuído às incapacidades do corpo. A imagem projetada surge como pessoas inativas, dependentes e passivas, cuja única opção passa pela sua adaptação a um meio que não considera as suas necessidades e que de certa forma cria barreiras ao seu desenvolvimento na sociedade.

Com o passar dos tempos e com o aprofundamento da reflexão sobre o conceito de deficiência ou incapacidade, no final do séc. XX, surge um novo olhar sobre a pessoa deficiente e um questionamento sobre

o próprio conceito. Considera-se que as incapacidades que surgem decorrentes de uma situação de deficiência não são um atributo inerente à própria pessoa, mas sim decorrente da interação existente entre pessoas e ambiente, incluindo as relações sociais, culturais e físicas que provocam discriminação. Surge assim o “Modelo Social”², perspectivando-se essencialmente na separação entre os dois conceitos, o conceito de “deficiência” e o conceito de “incapacidade”, o primeiro centrando-se no fenómeno socialmente construído de exclusão e opressão das pessoas com deficiência por parte da sociedade, e o segundo referindo-se aos aspetos biológicos e corporais da pessoa. O modelo conseguiu ainda trazer a debate a questão da deficiência como uma responsabilidade social e política, questão esta que perdura ainda nos dias de hoje.

Mais recentemente com o debate da questão da deficiência como fazendo parte das políticas sociais e como forma de minimizar o radicalismo existente entre os dois modelos (pois ambos fazem referência a aspetos importantes a considerar) houve a necessidade de reconciliar estas duas abordagens. Segundo Thomas³ a experiência da pessoa com deficiência deve ser entendida como o somatório das condições sociais, psico emocionais e dos efeitos da incapacidade enquanto características biológicas socializadas. Surge assim um novo olhar sobre a questão dando origem ao aparecimento do “Modelo Relacional” ou Bio/Psico/Social⁴. Este modelo traz, como novidade, um olhar mais abrangente da pessoa enquanto pessoa e reúne os três aspetos fundamentais desta questão: o direito e igualdade de oportunidades, as necessidades da pessoa e a responsabilização coletiva da sociedade, princípios que desenvolveremos em capítulos subsequentes.

Desafios das organizações não-governamentais de apoio à pessoa com deficiência ou incapacidade/família:

A vida das pessoas com deficiência encontra-se rodeada por um conjunto de barreiras físicas, sociais e psicológicas que lhes dificulta exercer os seus direitos de cidadania e de viver uma vida autónoma como qualquer um cidadão comum.

Segundo o artigo nº 71 da Constituição da República Portuguesa, o Estado assume uma política nacional de tratamento, prevenção, reabilitação e integração das pessoas com deficiência e de apoio às suas famílias, desenvolvendo uma pedagogia que sensibilize a sociedade e assuma o encargo de efetivar a realização dos direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais e tutores⁵. No entanto, verificamos haver uma lacuna na eficiência do Estado-Providência português que advém dos baixos

fase a recolha de dados percorrendo a informação disponibilizada nos sites, e numa segunda centrou-se na obtenção de informação relativamente a cada

Associação.

Resultados:

A 1ª Associação nasce no final do séc. XIX, em 1888, e a última surge em 2005. Das 24 Associações de apoio à pessoa/família com deficiência ou incapacidade que emergiram num lastro de 50 anos, encontramos 8 (33%) Associações que apresentam projetos no âmbito da intervenção precoce.

Conclusão:

As conclusões apontam para a importância que estas Associações têm no tecido social onde se constituem como peritos em matéria de deficiência e como entidades de maior competência para a sensibilização da sociedade, com vista a promover uma melhor qualidade de vida para estas pessoas.

PALAVRAS – CHAVE

DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE; ASSOCIAÇÕES; POLÍTICAS SOCIAIS

ABSTRACT

Introduction:

The multiple changes that have occurred because of changes in society and the achievements of people with disabilities regarding their rights are great achievements. However, this was only possible due to the effort and dedication of numerous associations.

Aims:

To identify the associations that support people with disabilities in Lisbon and make their social and demographic profile.

Methodology:

At first, there was an exploratory phase for the data collection on the websites; at the second phase, we took an individual approach to obtain information about each association.

Results:

The 1st Association was born at the end of the 19th century, in 1888, and the last one appeared in 2005.

From the 24 associations, that support people with disabilities and/or their families, that emerged in the last 50 years, only 8 (33%) are focusing on early intervention.

Conclusion:

The findings point to the importance that these associations have on the social environment, since they integrate experts on disability and more competent authorities to raise awareness of society, in order to promote a better quality of life for these persons.

KEY WORDS

DISABILITY OR INCAPACITY; ASSOCIATIONS;
SOCIAL POLICIES.

níveis de proteção social e da fraca redistribuição social resultante do baixo nível das prestações sociais de carácter não universal e dependente de diferentes regimes de segurança social ⁶.

Drake⁷ sugere a existência de três grupos de países, na sequência da sua organização dos serviços prestados às pessoas com deficiência/ família. O primeiro grupo, o Escandinavo, com um vasto elenco de serviços disponibilizados às pessoas deficientes/família; um segundo grupo, que inclui o Reino Unido, marcado por um sistema menos organizado, no entanto com diferentes tipos de serviços oferecidos por diferentes departamentos estatais; e um terceiro grupo, como os Estados Unidos da América, Canadá e Austrália, baseado em medidas jurídicas de forma a conferir direitos às pessoas portadoras de deficiência, no âmbito de um sistema de reivindicação de direitos. O estado português, por seu lado, parece não se enquadrar em nenhum destes três grupos, revelando uma baixa participação no setor de provisão de serviços e o apoio monetário fica muito aquém das reais necessidades das famílias e pessoas portadoras de deficiência.

Num país com mais de meio milhão de deficientes, este é, infelizmente, o cenário que conhecem milhares de famílias portuguesas. Segundo dados estatísticos recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística ⁸ existem em Portugal mais de 600000 deficientes, o que corresponde a cerca de 6.1% da população portuguesa. De acordo com o mesmo senso, a região de Lisboa e Vale do Tejo é a mais atingida.

Segundo a mesma fonte, considerando que o deficiente está inserido numa família e que existe pelo menos uma pessoa (maioritariamente a Mãe) com a responsabilidade de o cuidar, o número de cidadãos envolvidos nesta problemática duplica, atingindo directamente mais de 1200000 cidadãos portugueses.

Num contexto de crise económica como aquela que estamos a viver, a Saúde Pública tem como responsabilidade defender a saúde das pessoas, estando atenta às suas necessidades e intervindo a favor dos mais desfavorecidos e dos mais vulneráveis⁹. De modo a dar resposta a esta problemática da deficiência e incapacidade tem-se verificado uma forte mobilização dos atores sociais, mas principalmente da sociedade civil em geral. É neste sentido que, nas últimas décadas, tem-se verificado a criação e desenvolvimento de organizações/associações por iniciativa própria das pessoas portadoras de deficiência ou incapacidades, ou dos seus familiares e representantes, de forma a poderem ter um papel social e político mais par-

ticipativo nas políticas, e desta forma poderem contemplar os seus interesses e melhor garantir os seus direitos¹⁰.

O papel e desempenho das organizações não-governamentais para pessoas com deficiência tem sido fundamental para a promoção da qualidade de vida destas pessoas e sua participação nos processos de decisão, bem como para o desenvolvimento de ações nos diversos domínios setoriais, desenvolvendo um trabalho de fundo no âmbito da integração social e na prestação de serviços.

MÉTODOS

Metodologicamente, trata-se de um estudo descritivo simples, transversal e de natureza predominantemente quantitativa, inserido no paradigma positivista e que tem como objetivo central determinar a população acessível para uma investigação no âmbito do curso de doutoramento em Enfermagem.

Nesta continuidade, pretende-se identificar as Associações de apoio à pessoa com deficiência ou incapacidade existentes na região de Lisboa, fazendo um retrato social e demográfico das mesmas.

Como conceito de deficiência utilizámos o definido pela ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)⁴, restrição resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma actividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária – doenças da vida.

Apoiámo-nos igualmente na CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) onde agrupa sistematicamente diferentes domínios de uma pessoa com uma determinada condição de saúde. A Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, actividade e participação, de uma maneira similar; Incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitações da actividade ou restrição na participação. A CIF também relaciona os factores ambientais que interagem com todos estes constructos. Define ainda deficiência como problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda⁵.

O estudo integrou uma primeira fase – fase exploratória – onde a recolha de dados se efetuou percorrendo a informação disponibilizada nos sites numa primeira etapa, no período do mês de novembro de 2015, tendo tido acesso a vinte e quatro (24) Associações. A segunda etapa desta fase

exploratória de recolha centrou-se na obtenção de dados relativamente a cada Associação, norteada por uma ficha de recolha de dados que contempla: o nome, o contato, a origem/história, a missão, os objetivos e valores preconizados, a oferta de programas e projetos e a população alvo. Para o tratamento estatístico dos dados, foi construída uma base de dados no software Excel do Microsoft Office, e foram obtidas as frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Numa janela temporal de 50 anos podemos referir que, na cidade de Lisboa, a primeira Associação nasce no final do Século XIX, em 1888 – Associação Promotora do Ensino de Cegos (APEC), a qual viria posteriormente a transformar-se no “Instituto António Feliciano de Castilho” que foi, em Portugal, a primeira escola para cegos, a qual representou o principal propósito de criação desta instituição. Esta associação ao longo dos anos debateu-se com bastantes dificuldades para desenvolver o seu projeto, devido à sua dependência pelo Estado, conduzindo-a a uma situação de inatividade e de constrangimento como nos revela o quadro 1.

Segundo Correia de Campos¹¹, do ponto de vista das políticas da saúde vivíamos numa fase caritativo cooperativista (1933 – 1944), num formato caritativo para os pobres e cooperativo e comercial para os mais abastados. Esta fase caracterizava-se pela não intervenção do Estado nos problemas de saúde e, como refere o autor, estávamos longe de ter direito à saúde, e quase podemos dizer que a população não tinha sequer direito à doença. Existiam grandes desigualdades económicas, geradoras de um quadro de saúde tipo caritativo para os pobres e de tipo comercial de clínica livre para a restante população¹². No entanto, após os vários anos de quase estagnação que a Associação foi obrigada a viver por força das circunstâncias, na atualidade está a recomeçar de novo com o seu propósito, perspetivando um plano de intenções para o ano de 2015.

Assiste-se a um hiato ou intervalo de 70 anos voltando a emergir uma Associação nos anos 50 do Século XX, a Associação Portuguesa de Surdos (APS, 1958). A fundação da Associação deveu-se ao entusiasmo e vontade de um grupo de surdos, que começou a sentir necessidade de um espaço próprio. Nos primeiros anos da sua existência, a APS vivia apenas das quotas dos sócios e de alguns donativos de pessoas e instituições diversas. A APS era, sobretudo, um espaço para convívio. Passados uns anos, e após a revolução de Abril, a APS exigiu o direito das pessoas surdas ao voto,

medida extremamente importante no retrato social que assumiam. Desde os anos 80 a Associação passou a ser apoiada financeiramente pelo Secretariado Nacional de Reabilitação, nomeadamente em projetos relacionados com a língua gestual portuguesa (LGP). Um ano após a formação desta associação surge outra, desta vez dirigida para pessoas com deficiência visual – a Fundação Raquel e Martin Sain (1959), a qual tinha o objetivo de educar e investir na formação profissional de cegos, com o fim de lhes assegurar a possibilidade de um trabalho remunerado.

A participação social afirmou-se, no entanto, principalmente em França, nas décadas de 60 e 70, tanto na esfera do trabalho como na do lazer, quer ainda ao nível político. Este fenómeno materializou-se, essencialmente, na constituição de Associações da mais diversa índole. Esta crescente proliferação do movimento associativo passa a ser encarada como um indicador de democratização e maior participação na sociedade civil. Esta eclosão do movimento associativo está, também, relacionada com uma procura de identidade por parte dos grupos, que veem neste tipo de instituições, como é o caso das Associações, meios para mais facilmente alcançarem os seus objectivos¹³.

Vilaça¹⁴ sustentado por Dominique Mehl refere que o associativismo contribui para uma nova dinâmica política nas coletividades locais. O movimento associativo tem um papel específico na regulação social, responde a funções sociais particulares e ocupa um lugar original no sistema político-social. As Associações assumem relevo em termos de reestruturação de redes de sociabilidade, que passa pela criação de novas formas de socialização.

As Associações podem ainda revestir-se de uma acção fundamental na mediação das relações entre o indivíduo e o Estado. Neste sentido, as Associações voluntárias podem tornar-se um meio de integração dos indivíduos nas sociedades democráticas. Émile Durkheim aponta para a necessidade, nas sociedades modernas, de novos mecanismos sociais que reforcem a solidariedade social. As Associações voluntárias surgem como organizações naturais que fortalecem esta mesma solidariedade. Para Durkheim, os indivíduos associam-se para defender os seus interesses, para comunicarem entre si. Segundo o autor, as Associações distinguem três funções: reduzir a violência que o Estado exerce sobre o indivíduo, promover a comunicação entre o Estado e os grupos sociais, funcionando como um intermediário nesta relação, e ainda conferir um determinado grau de racionalidade às representações coletivas¹⁵. As

organizações de tipo associativo constituem-se assim como um eixo fundamental em qualquer política de desenvolvimento, na medida em que são um pilar decisivo na construção de solidariedades, são a expressão de uma forma de vida em comunidade que favorece o exercício da democracia e da cidadania.

Neste seguimento, ainda segundo o quadro 1, em Lisboa, na década de 60 do mesmo século, emergem mais 3 (13%) Associações, a Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (APPC, 1960), a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM, 1962) e o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (1966). Mas é na década de 70 que o surgimento de Associações tem maior expressão com 7 (29%) Associações. Surge a Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA, 1971), a Associação Portuguesa de Deficientes (APD, 1972), a Associação de Pais para a Educação de Crianças Deficientes Auditivas (APECDA, 1973), a Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades (CERCI) de Lisboa (1975) e de Oeiras (1975), o Centro de Educação para o Cidadão Deficiente (CECD, 1976) e a Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades de Cascais (CERCICA, 1976).

Nos anos 70, o chamado “modelo social” começa a afirmar-se na Europa e a questão da deficiência ganha apoios e novas formas de organização associativa. Este modelo assenta sobretudo na ideia de que a deficiência não é apenas um problema da pessoa, mas também da sociedade no seu todo, e a forma como deve ser encarada é numa perspectiva de direitos humanos e não meramente assistencialista.

Do ponto de vista das políticas da saúde e segundo Correia de Campos¹¹ estávamos no auge da fase sanitária. Apelava-se de alguma forma à promoção da saúde e à prevenção da doença com a reforma de 1971 e pela criação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência (Decreto-Lei nº 413/71, de 23 de Setembro) que viria mais tarde, aquando do 25 de abril de 1974, a unificar o Serviço Nacional de Saúde.

Com a revolução de Abril de 1974 surge um surto do movimento associativo ligado às pessoas com deficiências ou incapacidades, que de forma muito afirmativa exercem pressão sobre o poder político, e que estão na base da criação do Secretariado Nacional de Reabilitação (SNR), em 1976.

Com o fim do Estado Novo (1974), e restabelecida a democracia, houve lugar a uma reestruturação das políticas de proteção social, com a introdução

de novos paradigmas de intervenção social e tendo em conta os novos papéis de um Estado mais democrático.

Este período de crescente surgimento de associações coincide com a fase otimista e de consolidação normativa do Serviço Nacional de Saúde descrita por Jorge Simões. Nesta fase, a Constituição (no artigo 64^o) reconhece o direito à proteção da saúde, através da criação de um serviço nacional de saúde universal, e confere ao Estado o encargo de orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos setores médico-medicamentosos ¹⁶.

Anos mais tarde, a Constituição da República Portuguesa (1976) sofre algumas revisões, nos anos 80, e introduz um ponto n^o3 que realça a participação do Estado no apoio às Associações de Deficientes. No que se refere às políticas de proteção social, importantes medidas foram também tomadas, principalmente ao que se refere às pessoas com deficiência. Por um lado vem generalizar o abono complementar a crianças e jovens deficientes, independentemente do regime contributivo ou rendimentos do agregado familiar e, por outro lado, instituir e generalizar a todos os beneficiários dos regimes contributivos o subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial ¹⁷.

Estavam estabelecidas as bases da proteção social às pessoas com deficiência e podemos já identificar traços dominantes das políticas de deficiência em Portugal.

A construção de uma nova política europeia marcada pela preparação da adesão de Portugal à então Comunidade Económica Europeia dava então os primeiros passos, e realçava como um dos seus grandes objetivos “Saúde para Todos no Ano 2000”, aspeto este que contribuiu também ele na renovação das novas políticas instituídas.

Surgem assim ao longo desta década 5 (21%) novas Associações: a Associação Elo Social (1983), a Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Profundos (APADP, 1984), a Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa Deficiente (AFID, 1985), a Federação Nacional de Cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas (FENACERCI, 1985) e a Associação de Pais e Amigos de Deficientes Profundos (AMORAMA, 1988).

Nas últimas décadas do século XX, tem-se verificado, cada vez mais, pessoas com deficiências ou incapacidades a afirmar os seus direitos e a exigir políticas orientadas para a concretização dos mesmos.

Nos anos 90 nascem assim mais 2 (8%) Associações: a Associação Portuguesa de Portadores de

Trissomia 21 (APPT 21, 1990) e a Associação Nacional de Doentes com Artrite e outros Reumatismos da Infância (ANDAI, 1995). No entanto a tendência para a cidadania emergiu apenas após o ano 2000. O facto de Portugal integrar a União Europeia constituiu um forte contributo para a participação do país na definição das estratégias europeias para a deficiência ou incapacidade, adotando um conjunto de planos nacionais de reformas sociais e, ainda, beneficiando dos apoios comunitários que passaram a ser canalizados para os Estados membros.

O ano de 2003 foi particularmente importante, dada a decisão do Conselho da União Europeia em proclamá-lo o “Ano Europeu das Pessoas com Deficiência”, contribuindo para uma maior visibilidade e sensibilização, por parte da sociedade, para os direitos e para a mudança de atitude face às pessoas com deficiência ou incapacidade, bem como para a necessidade de promover a igualdade de oportunidades e a melhoria da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias¹⁸. Mais tarde, em 2006, surgem ainda novas alterações nas políticas da deficiência e incapacidade com a publicação de nova legislação na área das acessibilidades e a publicação de outros dois documentos fundamentais: a Lei antidiscriminação das pessoas com deficiência e o 1^o Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade de 2006-2009 ⁵. O primeiro realça que todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei (artigo 13, n^o1), o segundo representa uma evolução relativamente à abordagem política de “conta-gotas”⁶ à problemática da deficiência ou incapacidade, no sentido de uma abordagem mais integrada, mais global ¹⁶.

É assim que, no início do novo século, emergem 4 (17%) novas Associações: a Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras (Raríssimas, 2002), a Associação Portuguesa do Síndrome de Asperger (APSA, 2003), o Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIN, 2003 – embora não seja uma associação é um serviço a distinguir no apoio à pessoa com deficiência e incapacidade) e o Banco de Informação de Pais para Pais (BIPP, 2005). O seu surgimento vem no entanto reforçar o fraco impacto ainda verificado que as novas políticas da deficiência e incapacidade têm na vida das pessoas com deficiência. Continuamos a assistir a uma ausência de uma política global, capaz de agregar e orientar as diferentes políticas seguidas pelos diversos organismos governamentais no que respeita à problemática da deficiência e incapacidade ¹⁵. Neste sentido, verificamos ainda a necessidade da presença, na sociedade portuguesa, de uma

grande diversidade de associações representando as pessoas com deficiência, e simultaneamente com larga experiência de intervenção neste campo, tornando-se um recurso indispensável para que as mudanças e as melhorias, nestes recursos comunitários de apoio à pessoa portadora de deficiência ou incapacidade/família, sejam largamente participadas e se procurem consensos na multiplicidade dos olhares e das necessidades expressas. Considera-se sobretudo que o diálogo permanente com as Associações representativas das pessoas com deficiência não deve ser considerado como um mero protocolo em momentos pontuais, mas ser uma base estruturante do pensamento e da co-produção e execução das políticas públicas¹.

QUADRO 1 - Distribuição das Associações segundo a sua origem (data)

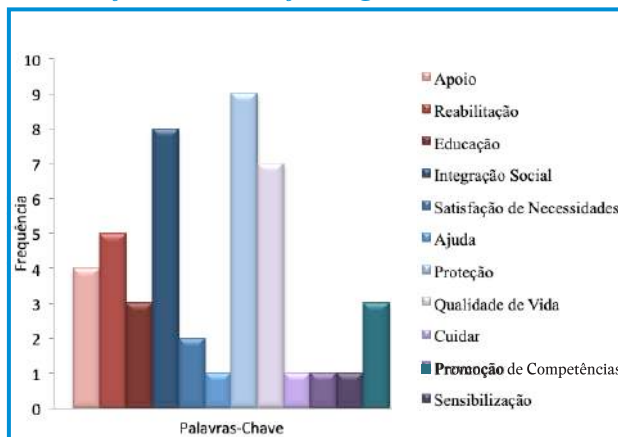
ANO	ASSOCIAÇÃO
1888	APEC – ASSOCIAÇÃO PROMOTORA DO ENSINO DE CEGOS (INSTITUIÇÃO ADORMECIDA)
1958	APS – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SURDOS
1959	FUNDAÇÃO RAQUEL E MARTIN SAIN
1960	APCL – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PARALISIA CEREBRAL
1962	APPACDM – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PAIS E AMIGOS DO CIDADÃO DEFICIENTE MENTAL
1966	CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DE ALCÓITÃO
1971	APPDA – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA AS PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO E AUTISMO
1972	APD – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE DEFICIENTES
1973	APECDA – ASSOCIAÇÃO DE PAIS PARA A EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS DEFICIENTES AUDITIVAS
1975	CERCI OEIRAS – COOPERATIVA DE EDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DE CIDADÃOS COM INCAPACIDADES DE OEIRAS
1975	CERCI LISBOA – COOPERATIVA DE EDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DE CIDADÃOS COM INCAPACIDADES DE LISBOA
1976	CECD – CENTRO DE EDUCAÇÃO PARA O CIDADÃO COM DEFICIÊNCIA
1976	CERCICA – COOPERATIVA DE EDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DE CIDADÃOS COM INCAPACIDADES DE CASCAIS
1983	ELO SOCIAL
1984	APADP – ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS DEFICIENTES PROFUNDOS
1985	AFID – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FAMÍLIAS PARA A INTEGRAÇÃO DA PESSOA DEFICIENTE
1985	FENACERCI – FEDERAÇÃO NACIONAL DE COOPERATIVAS DE EDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS INADAPTADAS
1988	AMORAMA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DE DEFICIENTES PROFUNDOS
1990	APPT21 – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE TRISSOMIA 21

1995	ANDAI – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DOENTES COM ARTRITE E OUTROS REUMATISMOS DA INFÂNCIA
2002	RARISSIMAS – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DEFICIÊNCIAS MENTAIS E RARAS
2003	APSA – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DO SÍNDROME DE ASPERGER
2003	CADIN – CENTRO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL
2005	BIIP – BANCO DE INFORMAÇÃO DE PAIS PARA PAIS

Relativamente à Missão preconizada pelas diversas Associações, conseguimos distinguir algumas características que de certo modo espelham a sua filosofia, os seus valores e os seus objetivos. Através dos dados apresentados no Gráfico 1, podemos verificar que a maior preocupação das Associações recai sobre a proteção dos seus associados e sobre a integração dos mesmos na sociedade a que pertencem, conduzindo-os a uma melhor qualidade de vida. As exigências do mundo moderno implicam a identificação de estratégias de acção que correspondam a soluções integradas impulsionadoras de valores acrescidos, bem como a disseminação do conhecimento sobre a realidade das pessoas com deficiências ou incapacidades e sobre as problemáticas que as afetam, devendo constituir um contributo para a afirmação de uma sociedade cada vez mais inclusiva.

GRÁFICO 1

Distribuição das Associações segundo a missão/filosofia



Das 24 Associações apresentadas, como nos retrata o Gráfico 2, 14 (58%) foram fundadas por um grupo de pais: Associação Nacional de Deficientes Mentais e Raras – Raríssimas, Associação de Pais para a Educação de Crianças Deficientes Auditivas – APECDA, Associação Portuguesa de Portadores de Trissomia 21 – APPT 21, Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa – AFID, Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Profundos – APADP, Centro de Educação para o cidadão com Deficiência – CECD, Cooperativa

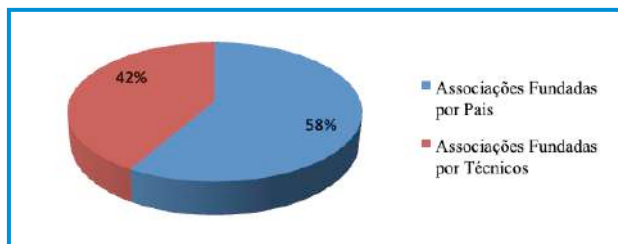
de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades – CERCI (Lisboa), Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades – CERCI (Oeiras), Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades – CERCICA (Cascais), Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo – APPDA, Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental – APPACDM, Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral – APCL, Associação Portuguesa do Síndrome de Asperger – APSA e a Associação de Pais e Amigos de Deficientes Profundos - AMORAMA.

Este acontecimento pode dever-se ao fato das raízes históricas e culturais do fenómeno “deficiência” terem sempre sido marcadas por uma forte rejeição, discriminação e preconceito, como já constatámos anteriormente. Perante a ineficiência do Estado em promover políticas públicas e sociais que garantam a inclusão dessas pessoas, surgem então as famílias empenhadas em quebrar os paradigmas e procurar soluções alternativas para que os seus filhos portadores de deficiência possam alcançar as condições necessárias, de forma a serem integrados na sociedade com a garantia de direitos como qualquer outro cidadão. Vários autores realçam que uma família envolvida no processo de cuidados é essencialmente mais esclarecida, mais tranquila e valorizada¹⁹. No entanto, esta envolvimento requer por parte dos profissionais de saúde experiência e sensibilidade, partindo do princípio que todas as pessoas têm não só forças e capacidades, como também potencialidades para crescer e se tornarem mais competentes, o que presume a delegação de poderes. Este fato pressupõe um novo formato da relação família-profissional, onde a família se encontra no centro dos cuidados e as relações estabelecidas se enquadram na perspectiva de colaboração mútua^{20 21 22}.

Nesse contexto, surgiram as primeiras associações de apoio à pessoa com deficiência ou incapacidade e família, fundadas por familiares e amigos que se envolveram nesta problemática com a intenção de dar resposta a uma série de preocupações que emergiram da relação estabelecida com pessoas com vários tipos de deficiência. Convivendo com um Estado alheio às necessidades de seus integrantes, tinham a missão de educar, prestar atendimento médico, suprir as suas necessidades básicas de sobrevivência e lutar pelos seus direitos, na perspectiva da inclusão social²³.

GRÁFICO 2

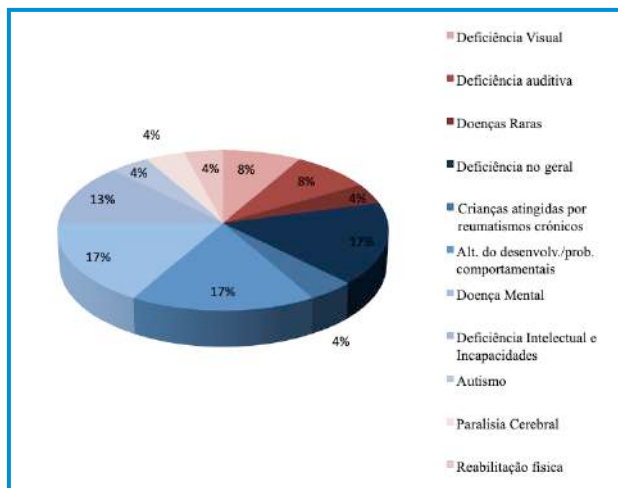
Distribuição das Associações segundo os elementos fundadores



Decorrente das Associações encontradas, verificámos haver uma distribuição face à sua população alvo, onde a deficiência surge como orientadora da sua existência. Foi nesse seguimento que identificámos as Associações segundo a deficiência emergente da população alvo expressa no Gráfico 3. Podemos verificar através dos resultados que emergem dos dados que o maior número de Associações, 4 (17%), se dirigem ao acompanhamento de pessoas portadoras de deficiência no geral, outras 4 (17%) a pessoas com alterações do desenvolvimento e problemas comportamentais, e ainda outras 4 (17%) a pessoas com doença mental no geral (sem estarem especificadas), aquelas que denominamos como “doenças da vida”. No entanto, verificamos que todas as outras Associações, embora se identifiquem com situações específicas de patologia, igualmente contemplam doenças que acompanham a pessoa ao longo do seu ciclo de vida.

GRÁFICO 3

Distribuição das Associações segundo a deficiência emergente da população alvo



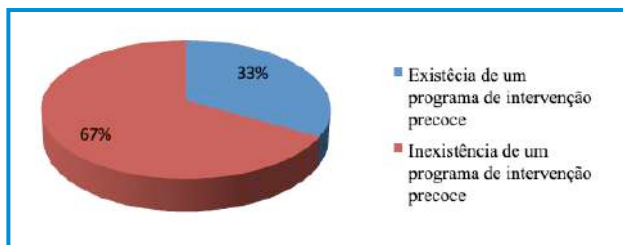
Neste pressuposto, identificam-se as Associações que integravam programas de Intervenção Precoce na Infância, programas estes que acompanham

as crianças na 1ª infância e acompanham simultaneamente os pais no seu processo de transição para a parentalidade.

Como nos revela o Gráfico 4, das 24 Associações, 8 (33%) apresentam um programa de Intervenção Precoce na Infância: CERCÍ Oeiras, CERCÍ Lisboa, CERCICA Cascais, Raríssimas – Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras, APPT21 – Associação Portuguesa de Portadores de Trisomia 21, APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental, APSA – Associação Portuguesa do Síndrome de Asperger, CADIN – Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (não é uma associação, mas uma instituição prestadora de serviços).

GRÁFICO 4

Distribuição das Associações segundo a existência de um programa de Intervenção Precoce



Considerámos como conceito de Intervenção Precoce a definição alargada de Meisels & Shonkoff²⁴ onde refere que a intervenção precoce consiste na disponibilização de serviços multidisciplinares a crianças dos 0 aos 6 anos, de forma a promover a saúde e o bem-estar, aumentando as competências emergentes, minimizando os atrasos de desenvolvimento, remediando as incapacidades existentes ou emergentes, prevenindo a deterioração funcional e promovendo a adaptação parental e funcionamento da família.

Estes objetivos são completados pela disponibilização de serviços individualizados para as crianças, de promoção do desenvolvimento, educacionais e terapêuticos, contemplando ainda o apoio para as suas famílias²¹.

É neste sentido que a intervenção precoce prioriza o papel das famílias, de forma a desenvolver as suas competências e procurando capacitá-las cada

vez mais para o desempenho do seu papel, o acompanhamento das suas crianças.

CONCLUSÃO

Podemos encontrar na cidade de Lisboa 24 Associações de apoio à pessoa com deficiência e incapacidade, numa janela temporal de 50 anos, a 1ª Associação nasce no final do séc. XIX, em 1888, e a última surge em 2005.

Todas estas Associações nascem com uma missão, onde encontramos como principais características a proteção dos seus associados e a sua integração na sociedade, conduzindo-os assim a uma melhoria na sua qualidade de vida.

Destas 24 Associações, 14 (58%) foram fundadas por um grupo de pais. Podemos verificar a forte mobilização dos atores sociais, nomeadamente os pais, com a finalidade de poderem ter um papel social e crítico nas políticas da deficiência e incapacidade e assim poderem contemplar aos seus filhos os seus interesses e direitos numa sociedade comum.

As Associações encontradas distribuem-se segundo os seus utilizadores. O tipo de Associações mais encontradas, 4 (17%), apoia pessoas com qualquer tipo de deficiência, a que denominámos de doenças da vida. No entanto, verificou-se que todas as outras Associações embora se identificassem com um tipo de utilizador específico, decorrente de um tipo de patologia, também estas doenças acompanham a pessoa ao longo do seu ciclo vital.

Sabendo que a Intervenção Precoce na Infância é fundamental para o desenvolvimento destas crianças, encontramos 8 (33%) Associações que investiram neste projeto, apoiando simultaneamente as suas famílias a fim de as capacitar para cuidarem dos seus filhos.

Em síntese podemos referir que este tipo de instituições é de extrema importância para o acompanhamento desta população em particular, pois são estas que detêm maior conhecimento sobre as necessidades específicas, endógenas ao grupo, decorrentes do tipo de patologia e condição social, sensibilizando assim a sociedade para o contributo do seu papel na aquisição de direitos e oportunidades para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerra, I. (2008). *Pessoas com Deficiência: Mobilidade, Educação e Trabalho. Parecer de Iniciativa*. Lisboa: Conselho Económico e Social.
2. Barnes, C. (2004). Disability, disability studies and the academy. In Swain, J. et al., *Disabling barriers, enabling environments* (pp.28-33). London: Sage Publications.
3. Thomas, C. (1999). *Female forms: Experiencing and understanding disability*. London: McGraw-Hill Education.
4. World Health Organization (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. Geneva: WHO.
5. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006). *Plano de ação para a integração das pessoas com deficiência ou incapacidade - 2006/2009*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.
6. Fontes, F. (2008). Early and current approaches to disability in Portugal: A brief overview. In Campbell, T. et al., *Disability Studies: Emerging Insights and Perspectives*. (pp. 77-92). Leeds: Disability Press.
7. Drake, R. F. (2001). Welfare states and disabled people. In Albrecht, GL. et al., *Handbook of Disability Studies*. (pp. 412-426). London: Sage Publications.
8. Instituto Nacional de Estatística. (2001). Recenseamento geral da população e habitação, www.censos@ine.pt
9. Nunes, E. (2011). Celebração do 25º Aniversário da Carta de Ottawa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (2), 200-202.
10. Roßteutscher, Sigrid (2000). Democracia associativa: as instituições voluntárias, como campo de treino para a democracia? In Viegas, Leite, J M L e Dias, *Cidadania, integração, globalização*. (pp. 233-254). Oeiras: Celta Editores.
11. Campos, C. (1983). Saúde. *O custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
12. Figueiredo, A. M. D. F. S. (2004). *À conquista de uma identidade: enfermeiros recém-formados, entre o Hospital e o Centro de Saúde*. Lisboa: Climepsi.
13. Giddens, A. (2013). *O mundo na era da globalização*. Lisboa: Editorial Presença.
14. Vilaça, H. (1993). Território e identidades na problemática dos movimentos sociais: algumas propostas de pesquisa. *Revista de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (3), 51-71.
15. Kellerhals, J. (1974). *Les associations dans l'enjeu démocratique: étude sur la participation aux groupements organisés*. Lausanne: Payot Lausanne.
16. Simões, J. (2010). Trinta anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado. Coimbra: Almedina.
17. Fontes, F. (2009). Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal: da caridade à cidadania social. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (86), 73-93.
18. Rosário, RD. (2013). A promoção dos direitos e a qualidade de vida das pessoas com deficiência ou incapacidade. O caso português. *Administração*, 100: XXVI (2), 447-460.
19. Korukcu, O.; Deliktas, A; KuKulu, K: (2017). Transition to motherhood in women with na infant with special care needs. [Versão eletrónica], *International Nursing Review*, 00, 000-000 1-9, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12383/pdf>.
20. Craveirinha, F. (2003). *Redes de apoio social em intervenção precoce: disponibilidade, utilidade e necessidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
21. Mc William, P., Winton, P., Crais, E. (2003). *Estratégias práticas, para a intervenção precoce centrada na família*. Educação Especial. Porto: Porto Editora.
22. Lopes, L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), 39-46.
23. Centro de Estudos para a Intervenção Social. (2008). *Estudo sobre a representatividade das organizações não-governamentais para pessoas com deficiência: relatório final/CESIS Portugal*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
24. Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In Meisels and Shonkoff, *Handbook of early childhood intervention*, (pp. 3-31). Cambridge: Cambridge University Press.

VIVER OU SOBREVIVER À MORTE: REVISÃO INTEGRATIVA LIVING OR SURVIVING DEATH: INTEGRATIVE REVIEW

MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA,
ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA. DOUTORANDA EM ENFERMAGEM DO INSTITUTO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA, PORTO, PORTUGAL, ENFERMEIRA
NA AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA
DO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA.
RESIDÊNCIA: RUA PADRE MANUEL ALAIO Nº141ºESQ
BRAGA, CORRESPONDÊNCIA
E.MAIL: SA.FERNANDES.NA@GMAIL.COM

Ana Isabel Pereira de Sá Fernandes

DOUTORA EM ENFERMAGEM, MESTRE EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA, ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. PROFESSORA DO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA, PORTO, PORTUGAL.
ENDEREÇO INSTITUCIONAL: UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA, CAMPUS DA FOZ

Sílvia Patrícia Coelho

RESUMO

Introdução:

A morte é um acontecimento natural, que obriga o ser humano a confrontar-se com a mesma durante a sua vida.

Materiais e Métodos:

O objetivo desse estudo foi realizar uma pesquisa da literatura do que existe publicado nos últimos 6 anos sobre os sentimentos dos profissionais e estudantes da área das ciências da saúde face à morte. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo descritivo. Os dados foram obtidos através das bases de dados b-ON e SCIELO.

INTRODUÇÃO

A morte é um acontecimento natural e faz parte da condição humana.¹⁻⁸

O confronto com a morte recorda ao profissional de saúde a limitação humana em controlar a natureza e a incapacidade em controlar a própria morte mesmo com toda a tecnologia ao serviço da medicina,⁸⁻⁹ o que origina uma negação da morte.^{3-5,10-11}

Desde o início da civilização, a morte suscitou inquietação e curiosidade, foi vista como um mistério,^{1,8} com superstição,¹ um processo assustador² que originava medo.^{1-2,4,11-14} A ciência do cuidar vem ao longo dos tempos a promover a procura de respostas para saber o que há no desconhecido.^{1,4,8}

A morte é vista como um adversário^{12,14} numa peça teatral com uma luta imaginária, mas desproporcional e na qual o Ser Humano sabe que vamos perder uma vez que o seu fim é uma certeza¹⁴. O ser humano tem dificuldade em falar sobre a morte,^{1-2,4-5,14} pois esta é vista como um mito, um tabu^{1,8,10,12} e falar sobre a morte pode abalar a falsa crença de onipotência e imortalidade do ser humano.⁸

A morte traz consigo inúmeros sentimentos, tais como surpresa, depressão,¹⁵ insegurança,^{1,8} revolta,¹ de dor,¹¹⁻¹² injustiça,¹² derrota¹⁶ e por vezes, antagonicamente, de alívio.¹²

Na nossa sociedade, não há tempo para falar ou pensar sobre a morte^{12,17} e há uma obrigação de continuar a “trabalhar”,¹⁷ mesmo após a morte, pois há a necessidade de rapidamente “esconder” o corpo e preparar o processo funerário.¹⁴ Um reconhecimento que os profis-

sionais não podem apegar-se emocionalmente ao doente¹⁷⁻¹⁸ e a sensação de não estarem preparados para falar na morte¹².

Os estudantes tentam negar que a morte aconteceu ou que o doente está a morrer porque não estão capacitados para lidar com este processo.¹⁰ Por seu lado, os profissionais de saúde e os familiares questionam-se se foi feito tudo o que era possível fazer.^{12,14,18}

Os profissionais de saúde procuram o apoio psicológico na família, amigos, nos pares¹⁷ e na religião.^{4,8,17} Alguns referem recalcar os sentimentos, optando por não falar sobre a morte,^{9,14,17-18} dado que muitas vezes são recriminados/reprimidos pelos pares.^{14,18}

Os profissionais tentam gerir os sentimentos através de estratégias de coping,^{6,9} ao tentarem racionalizar a morte,^{4,10} através de atividades sociais e desportivas. Alguns profissionais relataram recorrer ao uso do álcool ou drogas para minimizar o sofrimento¹⁷, e ao humor²⁰.

Tendo em consideração o estado de saúde da vítima há pensamentos que se tornam razoáveis na aceitação da morte, tais como, a morte ser vista como uma passagem para um lugar melhor do que aquele vivido no momento,¹⁰ partir para uma nova vida⁸ ou ser uma benção divina⁴ porque muitas vezes a vida é repleta de sofrimento.

O presente artigo pretende, através da análise descritiva, determinar quais os sentimentos sentidos pelos profissionais de saúde e estudantes face à morte.

MATERIAS E MÉTODOS

Para a revisão integrativa da literatura fizemos a pesquisa durante o mês de Janeiro de 2017, na base de dados b-ON e SCIELO com os descritores DeSC: Death, Attitude to death e os descritores DeSC e MeSH: Emotions, Health personnel.

Para dar resposta à nossa questão “quais os sentimentos dos profissionais de saúde e estudantes face à morte”, decidimos incluir todos artigos em texto integral, publicados entre 2011 e 2017, em revistas científicas e revistos por especialistas. Excluímos os artigos com mais de 6 anos, repetidos e que não faziam referência ao tema em estudo. Alguns artigos focavam os cuidados paliativos, na comunicação durante o fim de vida e, na sua maioria, os artigos rejeitados incidiam nos sentimentos das famílias. Tendo em conta a pergunta do estudo, o conteúdo dos artigos não se enquadrava neste estudo. Usamos como referência o Diagrama Prima, para apresentarmos a sequência da pesquisa.

Diagrama 1: Sequência de inclusão/exclusão dos artigos

Resultados:

O ser humano tem dificuldades em aceitar a própria morte porque implica aceitar a finitude da vida. É comum haver negação da morte pois negar permite afastar o pensamento da mesma.

Discussão:

A morte acarreta diversos sentimentos nos profissionais e estudantes da área das ciências da saúde como impotência, frustração, angústia, que se tornam mais intensos quando esta é inesperada ou em idade pediátrica. Conclusão: A morte causa desconforto ao ser humano, dado que realça a impotência face à terminalidade e/ou finitude porque não a consegue evitar.

PALAVRAS-CHAVE:

MORTE, ATITUDE FRENTE À MORTE (FONTE: DECS), EMOÇÕES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE. (FONTE: DECS E MESH).

ABSTRACT

Introduction:

Death is a natural event, which forces the human being to confront himself during his life.

Materials and Methods:

The objective of this study was to conduct a literature review of what has been published in the last 6 years about the feelings of professionals and students of the health sciences in the face of death. This is a literature review of the descriptive type. Data were obtained through the b-ON and SCIELO databases.

Results:

The human being has difficulties in accepting his own death because it implies accepting the finitude of life. Denial of death is common because denying allows one to discard the thought of it.

Discussion:

Death causes many feelings in professionals and students around health sciences such as impotence, frustration, anguish that become more intense when it is unexpected or pediatric age.

Conclusion:

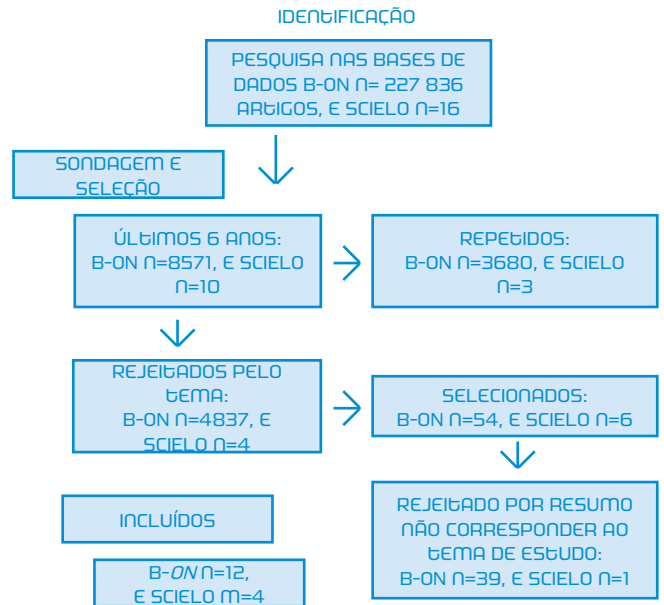
Death causes discomfort to the human being, since it emphasizes impotence towards terminality and/or finitude because it cannot avoid it.

KEY WORDS:

DEATH, ATTITUDE TO DEATH (SOURCE: DECS), EMOTIONS, HEALTH PERSONNEL. (SOURCE: DECS E MESH).

DIAGRAMA 1

Sequência de inclusão/exclusão dos artigos



Construímos a Tabela 1 para uma melhor análise e compreensão dos artigos analisados.

TABELA 1

Resumo dos artigos analisados

ANO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	REVISTA
2011	SIGNIFICADO DA MORTE E DE MORRER PARA OS ALUNOS DE ENFERMAGEM.	CANTÍDIO, VIEIRA, SENA.	SCIELO
2011	A EXPERIÊNCIA DA PERDA PERINATAL A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.	MONTEIRO, SÁNCHEZ, MONTEIRO, CRESPO, JAÉN, TIRADO.	SCIELO
2011	REAÇÕES E SENTIMENTOS DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM FRENTE À MORTE DOS PACIENTES SOB SEUS CUIDADOS.	MOTA, GOMES, COELHO, LUNARDI FILHO, SOUSA.	SCIELO
2012	THE WRAP-UP: A UNIQUE FORUM TO SUPPORT PEDIATRIC RESIDENTS WHEN FACED WITH THE DEATH OF A CHILD.	BABEMAN, DIKON, TROZZI.	B-ON

2013	DEALING WITH DEATH: MEDICAL STUDENTS' EXPERIENCES WITH PATIENT LOSS.	SOUZA E SOUSA, RIBEIRO, ROSA, GONÇALVES, SILVA, BARBOSA.	SCIELO
2013	A MORTE E O PROCESSO DE MORRER: SENTIMENTOS MANIFESTADOS PELOS ENFERMEIROS.	SOUZA E SOUSA, RIBEIRO, ROSA, GONÇALVES, SILVA, BARBOSA.	SCIELO
2013	ARE ALL DEATHS THE SAME FOR PHYSICIANS AND NURSES?: STEREOTYPE QUESTIONS PHYSICIANS AND NURSES UTILIZE TO CHARACTERIZE A PERSON WHO HAS DIED.	VATANOGU-LUTZ, COBAN, IZGI.	B-ON
2013	HOW DO SURGEONS EXPERIENCE AND COPE WITH THE DEATH AND DYING OF THEIR PATIENTS? A QUALITATIVE STUDY IN THE CONTEXT OF LIFE-LIMITING ILLNESSES.	ZAMBRANO, CHUR-HANSEN, CRAWFORD.	B-ON
2014	THE IMPACT OF DEATH AND DYING ON NURSING STUDENTS: AN EXPLANATORY MODEL.	EDO-GUAL, TOMÁS-SÁBADO, BARDALHO-PORRAS, MONFORTE-ROYO	B-ON
2014	SWEDISH NURSING STUDENTS' REASONING ABOUT EMOTIONALLY DEMANDING ISSUES IN CARING FOR DYING PATIENTS.	STRANG, BERGH, EK, HAMMARLUND, PRAHL, WESTION, OSTERLIND, HENOG.	B-ON
2014	WARD STAFF EXPERIENCES OF PATIENT DEATH IN AN ACUTE MEDICAL SETTING.	WILSON.	B-ON
2015	LEARNING ABOUT MATERNAL DEATH AND GRIEF IN THE PROFESSION: A PILOT QUALITATIVE STUDY.	CAULDWELL, CHAPPELL, MURTAGH, BEWLEY.	B-ON
2016	PEDIATRIC ONCOLOGISTS' COPING STRATEGIES FOR DEALING WITH PATIENT DEATH.	GRANEK, BARRERA, SCHEINMANN, BARBELS.	B-ON

2016	RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL ATTITUDES ABOUT DEATH AND COMMUNICATION WITH TERMINALLY ILL PATIENTS: HOW ONCOLOGY CLINICIANS GRAPPLE WITH MORTALITY.	RODENBACH, RODENBACH, TEJANI, EPSTEIN.	B-ON
2016	LIVING WITH DYING IN THE PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT: A NURSING PERSPECTIVE.	STAYER, LOCHHART.	B-ON

Da literatura publicada e nos estudos analisados identificamos como limitações: número reduzido da amostra,^{17,21-25} baixa taxa de resposta dos participantes,²³ dificuldade em recordar com pormenor as memórias de episódios vividos,²¹ ausência de retribuição monetária por participarem no estudo²⁶.

RESULTADOS

Da pesquisa realizada incluímos 16 artigos científicos publicados nos últimos 6 anos.

A morte faz parte da essência da vida humana, é um processo natural, mas que tem conotações diferentes devido à religião e às crenças pessoais o que a torna um estigma social para muitos.^{24,27-29} Alguns profissionais, manifestaram dificuldade em lidar com a morte,³⁰ medo em falar sobre a morte^{27,29} e mesmo ser considerado um tema tabu,^{27,30} enquanto outros referiam aceitar a morte³¹.

A morte traz consigo o desconhecido^{25,29} e, ao mesmo tempo, mistério e fascínio,³⁰ a certeza da irreversibilidade e da vulnerabilidade humana,^{25,30} havendo, por vezes, uma negação da possibilidade de a morte acontecer²⁸⁻²⁹ e a não aceitação da sua finitude.²⁸⁻³¹

As pessoas dedicam a sua vida praticamente ao trabalho por diversos motivos como por exemplo: por dificuldades financeiras ou por quererem ganhar mais dinheiro, por estarem focadas em adquirir bens materiais ou por características próprias e inatas, tais como a sua personalidade, a satisfação pessoal e/ou exigência da sua atividade profissional. Com o tempo surge o envelhecimento e a vitalidade da juventude diminui. Muitos vão perdendo a qualidade de vida que outrora tinham e acabam por não viver com a mesma intensidade, optando antes por viver e “passar pela vida” de forma menos prazerosa e intensa.

Quando a morte chega, existe a sensação de injustiça porque cada pessoa luta mediante as suas expectativas, desejos, sonhos ao longo de uma vida²⁸ e no fim da vida surge um vazio existencial, o fim

da vida por si mesmo e a falta de sentido de todo o sucesso ou sacrifício realizado.

Apesar da vivência com a morte tornar os profissionais mais reservados^{22,27} ou indiferentes,²⁶ estes acabam por não se sentirem indiferentes a este processo,^{22,26-27} e com a experiência aprendem a gerir o processo a nível emocional e psicológico.²⁹ Quando a morte é inesperada ou traumática causa maior transtorno ao profissional e ao estudante da área da saúde, tal como na enfermagem,^{22,25,32} embora a morte na pediatria seja considerada uma das situações mais stressantes para os profissionais e estudantes^{21,24-25,30,33} associada a emoções negativas.^{22,26,33}

Nos diversos estudos analisados, que incluem profissionais e estudantes, observamos que existem vários sentimentos despertados pela morte do doente tais como o sentimento de medo,^{24,27,29} da falta de preparação para lidar com a morte,^{24,27} a descrença,²² o ressentimento,³⁴ o insucesso,²⁹ a indignação,²⁸ a pena³⁴ e a sensação desagradável ao presenciar a morte.²⁴

Na morte os profissionais da área da saúde referem ter necessidade de estabelecer uma ligação entre doente/pessoa pelo que é frequente colocarem questões para poderem enquadrar a vítima num determinado contexto de doença, família, vivências e realidade. Isto é, existem inúmeras questões que são colocadas, mas algumas são de tal ordem difíceis de ser respondidas que criam um grande desconforto na criação de empatia e pesar por parte de todos.

A sociedade tem tendência a criar uma onda de empatia quando surge morte pediátrica e, por esse facto, a pergunta mais comum feita em 83,3% foi pretenderem saber a idade do doente. A segunda pergunta mais frequente para 59,3% dos casos é questionar o estado civil dado que é comum haver uma projeção sobre o outro tendo em conta o estado civil. A terceira questão para 54,87% foi saber se o doente tinha filhos uma vez que a perda de um progenitor cria sentimentos de abandono e desamparo da criança que fica. Outras questões com menos peso sentimental, mas que surtem curiosidade, foram para 53,44% qual a sua ocupação, 47,03% qual o sexo, 47% a reputação do doente e 28,98% e contexto da ocorrência da morte.³⁵

Alguns profissionais exprimiram sentirem-se impotentes na presença da morte e paravam, por momentos, a rever se poderiam ter feito alguma coisa para prevenir/alterar a mesma.^{27,29-30,32} Este pensamento surgia por colocarem a possibilidade de ter havido um erro clínico e terem contribuído para a morte, o que originava sentimentos de culpa, mesmo de forma indireta.^{23,26,29-30,34} O momento de

preparar o corpo foi visto, por alguns, como uma punição por não conseguirem salvar o doente.²⁹

Muitos sentiam ser importante partilhar os seus sentimentos^{23,26,32-33,36} e preferiam partilhar com os pares^{22,33,36} uma vez que os relatos eram desconfortáveis para o conjugue ou outros, 36 e era mais benéfico ter pessoas no trabalho com quem podiam falar e receber apoio.^{26,24,32-33,36}

A falta de partilha do sofrimento com a equipa, a falta de tempo para o luto, para gerir a perda foram alguns dos sentimentos verbalizados pelos profissionais devido à necessidade de continuar a trabalhar por haver mais doentes para cuidar. Outro aspeto referido foi, por vezes, sentirem a repressão pública pelos pares,^{22-23,26,32} o que gerava recalçamento dos sentimentos e não era permitido aliviar os sentimentos sentidos como, por exemplo, a ansiedade.^{21,32}

Por vezes, existe um sentimento de grande pressão para libertar a cama do doente que morreu porque há mais doentes a aguardar por uma vaga e é necessário recebê-lo.³²

Cada profissional e estudante da área da saúde adotam mecanismos de proteção para conseguirem gerir o momento tais como: refletir sobre o momento da morte do doente, interagir com os outros, racionalizar o momento^{26-27,32} e, por vezes, recorrem à religião para amenizar o sentimento de perda.^{24,26,36}

Recorrem a mecanismos de enfrentamento, como atividade física regular, yoga, caminhadas, pintura, dança, passatempos, ver televisão e outras atividades, como passar mais tempo com os próprios filhos.

Fazem, ainda, recurso à evasão mental consciente e à criação de barreiras para suprimir as experiências que causam angústia emocional. Em suma, criam mecanismos de sobrevivência que permitem a aproximação do doente/família, mas que permitem ao profissional manter o distanciamento emocional adequado à sua sanidade mental.³⁶ Os profissionais tentam manter a distância e prevenir o vínculo afetivo do doente e da família^{22,27,36} pois o impacto emocional é mais acentuado quando há proximidade.^{25,33}

Ao criar uma barreira afetiva, o profissional tenta diminuir o sofrimento que a morte causa.^{22,27,36} A morte é encarada como uma transição mas, por outro lugar, é considerado por alguns, um momento especial,²⁷⁻³⁰ o início de uma nova vida,²⁹⁻³⁰ ou então considerada como a vontade de Deus.^{24,26} Contudo, quando a morte é encarada como libertadora do sofrimento do doente é vista como um alívio do sofrimento.²⁹⁻³⁰

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, o ser humano tem dificuldade em ter consciência e aceitar a própria morte^{1,5,8,37} porque aceitar a morte representa aceitar a finitude da vida e a sua finitude.^{1,3-4,8-9,11,14,16} Ainda hoje, alguns profissionais manifestam dificuldade³⁰ e medo em falar sobre a morte,^{27,29} negam a sua possibilidade²⁸⁻²⁹ e têm dificuldade em aceitar a sua terminalidade.²⁸⁻³¹

Da literatura emana que os profissionais não se sentem indiferentes ao processo da morte.^{22,26-27,30} Historicamente, quando a morte ocorre devido a doença crónica ou prolongada, o profissional aceita melhor^{4,8,18,30,38} do que quando a morte ocorre bruscamente ou nos jovens,⁴ em particular nos mais novos.^{14,30}

Na atualidade, quando a morte é inesperada ou traumática, causa maior transtorno,^{22,25,32} embora a morte na pediatria seja considerada uma das situações mais stressantes para os profissionais e estudantes^{21,24-26} associada a emoções negativas.^{22,26,33} A idade foi a questão mais valorizada por 83,37% dos profissionais, seguindo-se questões relacionadas com a família, nomeadamente, o estado civil para 59% e o estatuto parental dos doentes para 55% dos inquiridos.³⁵

Os estudos analisados referem que os principais sentimentos encontrados foram a impotência face à morte,^{1-2,4,7-9,11-12,14,18,25,27,30,33-34,38-39} o sentimento de perda,^{3-4,6,12,16,18,29} de angústia,^{1,3,9,11,14,18,22-23,26-30,34,36,39} de fracasso,^{1-5,7,10,12,14,18,22-23,26,30,34} a frustração,^{1,3,5,8,16,18,22,25,27-30,33} o sofrimento^{10,12,14,16,23,26-30,32-33,36,38-39} e a tristeza.^{8,11,15,18,21-22,24,27,29-30,33-34,36}

Menos significativo surgiu o sentimento de desespero,^{13,15,24,27} ansiedade,^{1,9,30,34} vergonha,^{7,23} raiva^{12,15,25-26,33-34} e culpa.^{1,4-5,8,14,23,26}

Consideramos que pela literatura encontrada existe falta de tempo para falar/pensar, quer entre

os profissionais quer entre os estudantes, sobre a morte^{12,17,21} o que origina um recalçamento dos sentimentos^{9,14,17-18,21} pois existe uma pressão sobre o profissional para retomar os cuidados, sem haver tempo para expressar os seus sentimentos.^{17,21}

Apesar de haver uma crescente aposta na formação, na partilha de experiências e sentimentos entre os profissionais, percebemos que os profissionais sentem que a formação sobre como lidar com a morte e o morrer é insuficiente e consideram que deveria haver treino para saberem gerir esse processo,^{4,10,14,17,30} assim como para tornar o processo de encarar a morte como natural.^{23,27}

CONCLUSÃO

Falar sobre a morte é um tema desconfortável pois realça a impotência face à morte e estremece a crença de imortalidade e onipotência do ser humano.

Existe uma negação face à morte, um sentimento de frustração e sofrimento dos profissionais, principalmente quando a morte afeta os jovens ou as crianças.

O processo da morte é encarado de formas diferentes, sentida na sua maioria da mesma maneira, ou seja, afeta o profissional a nível emocional/psicológico o que suscita a necessidade de se falar sobre as vivências dos profissionais, assim como é fundamental abordar este tema na formação pré-graduada para facilitar aos estudantes e profissionais encararem a mesma como um processo natural.

CONFLITO DE INTERESES

No decorrer desta revisão integrativa não existiram, nem foram registados conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canastra, C. (2007). A Morte: Abordagem Interdisciplinar. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Mestre em Bioética Teológica, 2007.
2. Nogueira, A., Oliveira, L., & Pimentel, V. (2006, Dez). O Profissional da Saúde e a Finitude Humana. A negação da morte no cotidiano profissional da assistência hospitalar. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 6.
3. Azeredo, N., Rocha, C., & Carvalho, P. (2011). O Enfrentamento da Morte e do Morrer na Formação de Acadêmicos de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 37-43.
4. Combinato, D., & Queiroz, M. (2011). Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3993-3900.
5. Silva, K., Nietzsche, E., Oliveira, S., Quintana, A., & Ilha, S. (2012, Mai/Ags). O “não” à morte oferece o “sim” à obstinação terapêutica?. *Revista de Enfermagem UFSM*, 2(2), 442-448.
6. Magalhães, M., & Melo, S. (2015, Abr). Morte E Luto: O Sofrimento Do Profissional Da Saúde. *Psicologia e Saúde em Debate*, 1(1), 65-77.
7. Combinato, D., & Queiroz, M. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 209-216.
8. Santos, A., Soares, L., Graciotto, M., Scipiecz, S., Batista, V., & Velez, G. (2006, Set/Dez). A morte de idosos asilados - percepção dos cuidadores de Enfermagem. *Maringá*, 3(3), 277-286.
9. Silva, M. (2007, Dez). Doença terminal, perspectiva de morte: Um trabalho desafiador ao profissional da saúde que luta contra ela... *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10(2).
10. Borges, M., & Mendes, N. (2012, Mar/Abr). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 324-331.
11. França, M., & Botomé, S. (2005 Set/Dez). É possível uma educação para a morte?. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 547-548.
12. Costa, J., & Lima, R. (2005, Mar/Abr). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 13(2), 151-157.
13. Lima, V., & Buys, R. (2008). Educação para a morte na formação de profissionais de saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(3), 52-63.
14. Hoffmann, L. (1993, Jul/Sep) Infant Death and its Representation for the Physician — Reflections about Pediatric Practice in Different Contexts. *Caderno Saúde Pública*, 9(3), 364-374.
15. Cameron D. (2009). On Death and Dying—Forty years later, how well are we dying?. *South African Family Practice*, 51(2), 125-127.
16. Gama, M. (2013). O luto profissional nos enfermeiros. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Doutor, 2013.
17. Barbee, A., Fallat, M., Forest, R., Min, D., McClure, M., Henry, K. & Cunningham, R. (2016). EMS Perspectives on Coping with Child Death in a out of Hospital Setting. *Journal of Loss and Trauma*, 21(6).
18. Aguiar, I., Veloso, T., Pinheiro, A., & Ximenes, L. (2006). O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 131-137.
19. Vargas, D. (2010). Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 404-10.
20. Wheeler, J. (2010). Changing Kingdoms. Retirado de <http://www.emsworld.com/article/10319806/death-in-ems>.
21. Bateman, S., Dixon, R., & Trozzi, M. (2012). The wrap-up: a unique forum to support pediatric residents when faced with the death of a child. *Journal of Palliative Medicine*, 15(12), 1329 – 1334.
22. Zambrano, S., Chur-Hansen, A., & Crawford, G. (2013). How do Surgeons Experience and Cope with the Death and Dying of Their Patients? A Qualitative Study in the Context of Life-limiting Illnesses. *Word Journal of Surgery*, 37, 935 – 944.
23. Cauldwell, M., Chappell, L., Murtagh, G., & Bewley, S. (2015). Learning about maternal death and grief in the profession: a pilot qualitative study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 94, 1346-1353.
24. Strang, S., Bergh, I., Ek, K., Hammarlund, K., Pahl, C., Westion, L., Osterlind, J., & Henoch, I. (2014). Swedish nursing students' reasoning about emotionally demanding issues in caring for dying patients. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(4), 194 – 200.
25. Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Bardalho-Porras, D., & Monforte-Royo, C. (2014). The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3501–3512.
26. Pessagno, R., Foote, C., & Aponte, R. (2013/2014). Dealing with death: medical students' experiences with patient loss. *Omega*, 68(3), 207-228.
27. Sousa e Sousa, L., Ribeiro, J., Rosa, R., Gonçalves, R., Silva, C., & Barbosa, D. (2013, Out). A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. *Enfermería Global*, 32, 230 – 237.
28. Benedetti, G., Oliveira, K., Oliveira, W., Sales C., & Ferreira, P. (2013). Significado do processo morte/morrer para os acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(1), 173-179.
29. Mota, M., Gomes, G., Coelho, M., Lunardi Filho, W., & Sousa L. (2011, Mar). Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 32(1), 129-35.
30. Cantídio, F., Vieira, M., & Sena, R. (2011). Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(3), 407-418.
31. Rodenbach, R., Rodenbach, K., Tejani, M., & Epstein, R. (2016). Relationships Between Personal Attitudes About Death and Communication with Terminally Ill Patients: How Oncology Clinicians Grapple with Mortality. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 356-363.
32. Wilson, J. (2014). Ward staff experiences of patient death in an acute medical setting. *Nursing Standard*, 28(37), 37-45.
33. Stayer, D., & Lockhart, S. (2016, Julho). Living with dying in the pediatric intensive care unit: a nursing perspective. *American Journal of Critical Care*, 25(4), 350-356.
34. Montero, S., Sánchez, J., Montoro, C., Crespo, M., Jaén, A., & Tirado, M. (2011, Nov/Dez). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6).
35. Vatanoglu-Lutz, E., Çoban, M., & Izgi, M. (2013/2014). Are all deaths the same for physicians and nurses?: stereotype questions physicians and nurses utilize to characterize a person who has died. *Omega*, 68(4), 367 – 382.
36. Granek, L., Barrera, M., Scheinmann, K., & Bartels, U. (2016) Pediatric oncologists' coping strategies for dealing with patient death. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(1-2), 39-59.
37. Kübler-Ross E., Wessler, S., & Avioli, L. (1972, July). On Death and Dying. *JAMA*, 221(2), 174-179.
38. Vieira, M., Souza, S., & Sena, R. (2006, Abr/Jun). Significado da morte para os profissionais de enfermagem que atuam nos CTI. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(2), 151-159.
39. Gutierrez, B., & Ciampone, M. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 456-461.

OS ENFERMEIROS NO INÍCIO DO SÉCULO XX NO HOSPITAL REAL DE S. JOSÉ E ANEXOS EM LISBOA

NURSES AT THE BEGINNING OF THE 20TH CENTURY IN THE ROYAL HOSPITAL OF S. JOSÉ AND ANNEXES IN LISBON

PROFESSOR DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO
FRANCISCO DAS MISERICÓRDIAS
E.MAIL: LISBOASANTOS@ESESFM.PT

PROFESSOR DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO
FRANCISCO DAS MISERICÓRDIAS
E.MAIL: JPNUNES@ESESFM.PT

ESTUDANTE DE ENFERMAGEM DA ESESFM

ESTUDANTE DE ENFERMAGEM DA ESESFM

ESTUDANTE DE ENFERMAGEM DA ESESFM

ESTUDANTE DE ENFERMAGEM DA ESESFM

Luís Lisboa Santos

João Paulo Nunes

Cristina Filipa Caseiro Pires

Mariana Agra Ambrósio

Mariana Teixeira de Amorim Alves

Patrícia Sofia Almeida Duarte

RESUMO

Enquadramento:

No início do século XX, em Portugal, o hospital Real de S. José e anexos centralizava os cuidados a prestar aos doentes da região de Lisboa, e também de outras regiões do país, locais onde os enfermeiros desempenhavam funções relevantes na sua dinâmica organizacional.

Objetivos:

- Analisar a organização hospitalar no Hospital Real de S. José e anexos em 1901;*
- Identificar as funções que os enfermeiros exerciam no Hospital Real de S. José e anexos em 1901;*

INTRODUÇÃO

Estudar a História da Enfermagem torna-se essencial para a prática do enfermeiro, uma vez que permite conhecer e problematizar o passado da profissão. Além disso, permite-nos destituir mitos, preconceitos e intolerâncias que muitas vezes dificultam o desenvolvimento da enfermagem, fornecendo-nos diretrizes e fundamentos para a nossa prática profissional. Deste modo, ao compreendermos o passado da nossa profissão, permitimos “o reconhecimento da sua origem e suas raízes histórico-culturais” (Oguisso & Campos, 2013, p. 53) abordando o presente e o futuro, de uma forma mais refletida, consolidando o exercício profissional.

A partir da temática, **Os Enfermeiros no início do século XX no Hospital Real de S. José e anexos em Lisboa**, iremos realizar um trabalho de investigação, de modo a que possamos identificar e interpretar as funções que os enfermeiros desempenhavam no início do século XX. Enunciamos a questão de investigação que traduz a nossa temática e a que pretendemos dar resposta: **“Quais as funções que os enfermeiros desempenhavam no Hospital Real de S. José e anexos, em 1901?”**.

Os objetivos deste trabalho são:

- Analisar a organização hospitalar no Hospital Real de S. José e anexos em 1901;
- Identificar as funções que os enfermeiros exerciam no Hospital Real de S. José e anexos em 1901;
- Interpretar as funções que os enfermeiros exerciam no Hospital Real de S. José e anexos em 1901;

-Interpretar as funções que os enfermeiros exerciam no Hospital Real de S. José e anexos em 1901;

Material e Métodos:

Estudo qualitativo de cariz histórico, que nos remete para o passado, podendo originar novas ideias e conceber, desta forma, uma nova estrutura ao pensamento e à compreensão humana, tendo em conta o tempo, o lugar e as situações. Para a realização deste estudo recorreremos a uma fonte primária e a fontes secundárias. Como fonte primária recorreremos ao “Regulamento dos Serviços Clínicos do Hospital Real de S. José e anexos, de 1901”, que se encontra na Biblioteca Nacional de Lisboa. Como fontes secundárias recorreremos a artigos e a uma tese de doutoramento, encontrados na plataforma digital Google Académico.

Resultados:

O regulamento geral dos serviços clínicos do hospital real de S. José e anexos de 1901 apresenta-se como um extenso documento com 221 artigos, ao longo de sete grandes capítulos. Este regulamento abrangia os seguintes hospitais: “1º - Hospital de S. José; 2º - Hospital Estephania; 3º - Hospital da Rainha D. Amelia; 4º - Hospital de Rilhafolles... Tem este hospital regulamentos e regímen privativo; 5º - Hospital do Desterro; 6º - Hospital de S. Lazaro; 7º - Hospital de incuráveis e de isolamento” (Regulamento dos Serviços Clínicos do Hospital Real de S. José e anexos, de 1901:7-10), sendo que a “(...) regulamentação geral dos serviços é commum às enfermarias de todos os hospitais indistinctamente, ...” (ib: p. 6).

Conclusões:

Com a análise e interpretação deste regulamento depreendemos que o Hospital Real de S. José e anexos era uma forte referência para a prestação dos cuidados ao doente, apresentando vários recursos para os mesmos, assegurados pelos enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE:

**HISTÓRIA DA ENFERMAGEM; HOSPITAIS;
ENFERMEIROS**

Material e Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo de cariz histórico. Um estudo qualitativo permite estudar fenómenos humanos, com o intuito de aprender e dar sentido à perceção por parte dos mesmos. Este permite-nos descobrir respostas para as questões centradas na experiência social, com o objetivo de dar sentido à vida humana, possibilitando assim diversas interpretações da mesma realidade. O estudo qualitativo de cariz histórico remete-nos para o passado, podendo originar novas ideias e conceber, desta forma, uma nova estrutura ao pensamento e à compreensão humana, tendo em conta o tempo, o lugar e as situações.

A Investigação Histórica “constitui a pesquisa de alicerces que ajudam a suportar a história atual da profissão, construindo bases sólidas para o futuro” (Ferreira et al, 2013, p. 154). Esta abordagem define-se como um fenómeno passado, um registo de algo que aconteceu, com a finalidade de dar a conhecer as componentes mais pertinentes de uma História, que seja alusiva à leitura, sendo a “interpretação e a narração de acontecimentos passados” (Streubert & Carpenter, 1999, p. 222). O nosso estudo tem por base uma análise hermenêutica, que representa uma técnica de interpretação, que pressupõe, “a leitura inicial do texto, na qual se procura a compreensão ingénua deste, tomando-se o contexto inicial com as significações do mesmo; o distanciamento como condição necessária para a interpretação; a análise estrutural, a qual objetiva orientar o pesquisador no aprofundamento da semântica” (Maia et al, 2011, p. 144). Ao relermos um texto com base na hermenêutica, tal permitir-nos-á orientar o pensamento e, por conseguinte, ter uma maior capacidade para explicar, interpretar e compreender. (Ferreira, et al, 2013).

Para a realização deste estudo recorreremos a uma fonte primária e a fontes secundárias, pois “quando estudam o passado, os investigadores históricos utilizam várias fontes” (Streubert & Carpenter, 1999, p. 221). As fontes primárias consistem nas fontes originais, uma vez que são descritas por indivíduos que estão diretamente envolvidos num determinado evento, ou seja, são experiências vivenciadas “de uma pessoa, de uma instituição ou de um acontecimento, mas pode não ter análise crítica” (ib.: 230). Assim, “os investigadores devem analisar e interpretar o significado das fontes primárias” (ib.: 230). As fontes secundárias consistem na análise de documentos, “que citam opiniões e apresentam interpretações” (ib.: 231). Como fonte primária recorreremos ao “Regulamen-

to dos Serviços Clínicos do Hospital Real de S. José e anexos, de 1901”, que se encontra na Biblioteca Nacional de Lisboa. Como fontes secundárias recorreremos a artigos e a uma tese de doutoramento, encontrados na plataforma digital Google Académico.

Formulámos a seguinte hipótese:

-Os enfermeiros desempenhavam um papel fundamental na satisfação das necessidades básicas dos doentes, na organização do serviço e na gestão dos cuidados no Hospital Real de São José e anexos em 1901.

A formulação de uma hipótese é uma etapa importante na elaboração de um processo de investigação, pois o “desenvolvimento do estudo vai-se realizar a partir desta hipótese, que nos conduzirá em toda a investigação” (Santos, 2012, p. 29).

Resultados/Discussão

O regulamento geral dos serviços clínicos do hospital real de S. José e anexos, de 1901, apresenta-se como um extenso documento com 221 artigos, ao longo de sete capítulos. O primeiro, que abrange os sete primeiros artigos, aborda as disposições gerais, assim como a distribuição dos serviços clínicos nos hospitais (Regulamento geral dos serviços clínicos do hospital real de S. José e anexos, 1901, p.5-10). O segundo capítulo, do 9º ao 55º artigo, descreve o serviço clínico interno (ib: p.10-29). O capítulo seguinte engloba a população das enfermarias, as visitas aos doentes, aos empregados e ao hospital (ib: p.29-41, do artigo 56º ao 92º). O quarto capítulo, sobre a distribuição dos serviços nas enfermarias e dos horários, engloba os artigos 93º ao 99º (ib: p. 42-45). Um capítulo sobre os direitos e deveres dos empregados das enfermarias gerais, das enfermarias particulares e dos quartos particulares, surge com os artigos 100º a 203º (ib: p. 45-81). O penúltimo capítulo aborda a “polícia das enfermarias e dos quartos particulares” (ib: p. 81-85), com os artigos 204º a 219º. Por último, o sétimo capítulo enumera instruções práticas para o cumprimento do regulamento dos serviços das enfermarias; dos artigos 220º e 221º (ib: p. 85-97). Este regulamento abrangia os seguintes hospitais: “1º - Hospital de S. José; 2º - Hospital Estephania; 3º - Hospital da Rainha D. Amelia; 4º - Hospital de Rilhafolles... Tem este hospital regulamentos e regímen privativo; 5º - Hospital do Desterro; 6º - Hospital de S. Lazaro; 7º - Hospital de incuráveis e de isolamento” (ib: 7-10), sendo que a “(...) regulamentação geral dos serviços é commum às enfermarias de todos os hospitais indistinctamente, ...” (ib: p. 6). O final do século XIX ficou marcado por grandes problemas económicos, sociais e políticos

ABSTRACT

Background:

At the beginning of the 20th century, in Portugal, the Royal Hospital of S. José and its annexes centralized the care provided to patients in the Lisbon region, as well as in other regions of the country, where nurses played important roles in their organizational dynamics.

Objectives:

- To analyze the hospital organization in the Royal Hospital of S. José and annexes in 1901;*
- Identify the functions that the nurses exercised in the Royal Hospital of S. José and annexes in 1901;*
- Interpret the functions that the nurses exercised in the Royal Hospital of S. José and annexes in 1901;*

Material and Methods:

This is a qualitative study of a historical nature, which reminds us of the past and can give rise to new ideas and, in this way, conceive a new structure for human thought and understanding, taking into account time, place and situations.

For the realization of this study we resort to a primary source and secondary sources. As a primary source we refer to the “Regulation of Clinical Services of Hospital Real de S. José e anexos, 1901”, which is in the National Library of Lisbon. As secondary sources, we use articles and a doctoral thesis, found on the Google Academic digital platform.

Results

The general regulation of clinical services of the Royal Hospital of St. Joseph and annexes of 1901 is presented as an extensive document with 221 articles, covering seven major chapters. This regulation covered the following hospitals: “1st - São José Hospital; 2nd - Hospital Estephania; 3rd - Queen Amelia Hospital; 4th - Rilhafolles Hospital ... This hospital has regulations and private regimen; 5th - Hospital of Desterro; 6th - Hospital of S. Lazaro; 7th - Hospital of incurable and isolation” (“Regulation of the Clinical Services of the Royal Hospital of S. José and annexes, 1901: 7-10, with”) (...) general regulation of services commom to the wards of all hospitals indistinctively, ... “(ib: p.6).

Conclusions

With the analysis and interpretation of this regulation we can see that the Royal Hospital of S. José and annexes was a strong reference for the provision of care to the patient, presenting several resources for them. Nurses were instrumental in ensuring such a phenomenon.

KEY WORDS:

HISTORY OF NURSING; HOSPITALS; NURSES

uma vez que, segundo Marques (2003, p.135) citado por (Santos, 2012, p. 301), este foi um: “período fascinante um século por excelência da História Contemporânea, caracterizado pela instauração do liberalismo económico e democracia burguesa...realmente, não foi um tempo calmo e ponderado, pois foi um século de grandes transformações económicas, jurídicas, sociais e mentais (...)”. Pelo decreto nº 240 de 10 de Setembro de 1901, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José e Anexos, tendo sido aberta no dia 26 de Outubro desse mesmo ano. Esta tinha como objetivo: “dar aos indivíduos que se destinem à profissão de enfermeiros a instrução doutrinária e os conhecimentos de prática, que as exigências da ciência actual reclamam em quem tenha de cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem a doentes” (Estatutos Escola Profissional Enfermeiros, Hospital S. José e Anexos, 1901:5), citado por (Santos, 2012, p. 170).

Este curso de enfermeiros estava dividido em duas partes: a doutrinária e a prática. A primeira baseava-se no ensino de: “noções muito gerais de anatomia ... demonstração no manequim, em estampas ou no cadáver...aplicações tópicas... primeiros cuidados nas fracturas...noções muito gerais de physiologia ...noções gerais sobre os microorganismos nas doenças...asepsia e antiseptia ... aplicação de medicamentos intra et extra... pensos e apositos...escolha dos materiais de penso...clínica de pobres e clínica de ricos...economia hospitalar e doméstica...noções gerais de hygiene relativas ao doente, à cama e à casa”(ib.:5-6) citado por (Santos, 2012, p. 170).

A parte prática era constituída pelo ensino das diferentes técnicas que competiam ao enfermeiro. O curso tinha a duração de um ano e só passava à parte prática, nas enfermarias dos hospitais, quem apresentasse aproveitamento, conhecimentos e capacidades suficientes para desempenhar com sucesso esta fase.

Existiam dois tipos de curso, o “curso ordinário de enfermeiros” e o “curso completo de enfermeiros” (ib.:7), citado por (Santos, 2012, p. 170).

O curso ordinário de enfermeiros decorria ao longo de um ano e era constituído por uma parte teórica e uma parte prática. No final do ano escolar era realizado um exame constituído por estas duas partes (Santos, 2012, p. 170).

O curso completo de enfermeiros possuía mais um ano extra de prática. Neste segundo ano estavam incluídos temas da “(...) economia hospitalar, escripturação da enfermaria e régimen dos serviços e dos doentes hospitalizados ...” (ib.:7), citado por

(Santos, 2012, p. 170). No fim deste ano escolar, os alunos realizavam um exame para avaliação dos seus conhecimentos.

Foi neste contexto que surgiu o regulamento geral dos serviços clínicos do Hospital Real de São José e Anexos, em 1901, 38 anos depois do regulamento geral de 1863.

Pessoal interveniente na prestação de cuidados

Para a prestação dos cuidados aos doentes, existiam os enfermeiros, que eram admitidos pela administração do hospital. O concurso de admissão era destinado aos estudantes da escola profissional de enfermeiros do hospital real de S. José e anexos e aos “ajudantes de enfermeiro ou ajudante de enfermeira” (Regulamento geral dos serviços clínicos do hospital real de S. José e anexos, 1901, p. 14). Os “ajudantes” (ib.:14) ficavam a cargo dos enfermeiros e exerciam autoridade sobre todos os elementos abaixo da hierarquia e tinham o dever de ficar encarregues de substituírem os enfermeiros, quando estes necessitavam de se ausentar temporariamente ou acidentalmente. Eram substituídos pelos “praticantes” (ib.:12), quando necessitassem de se ausentar do serviço. Estes também eram admitidos pela Administração, com os seguintes requisitos:

“Certidão de idade com que provem não terem menos de vinte anos nem mais de trinta; Certidão de saberem ler e escrever e as operações elementares de arithmetica; Certidão de terem sido vacinados e não soffrerem doenças contagiosas; Atestado de exame na Escola de Enfermeiros, quando o tenham feito e queiram gozar as suas vantagens, como se acham definidas no estatuto na Escola de Enfermeiros” (ib: p.18)

Os “serventes” (ib.:19) eram igualmente importantes no cuidado ao doente, dado que eram responsáveis pela limpeza das enfermarias. “Este serviço é dirigido pelo velante (...)” (ib.:86) que, durante esta limpeza, realizava a renovação do ar, através da abertura de janelas e portas, de uma forma específica, tendo sempre em atenção as correntes de ar sobre os doentes.

Uniformes Hospitalares

A Administração era responsável pelos uniformes do pessoal e dos doentes, sendo os/as enfermeiros/as responsáveis por observarem a sua manutenção e por comunicarem ao “fiscal” (ib.:26) qualquer alteração. A utilização dos uniformes era indispensável dentro dos serviços, sendo o seu uso interdito fora do hospital.

Os/as enfermeiros/as, “ajudantes” (ib.:28) e “praticantes” (ib.:28) que exerciam funções nas enfer-

marias, apresentavam o seguinte uniforme:

“(...) blusas de brim que os cubram completamente, cingidas por um sinto de coiro, calçado de tação raso e sola flexível, que não produza bulha no andar capaz de perturbar o socego dos doentes. Os enfermeiros e as enfermeiras usaram como distintivo duas estrellas douradas na parte superior e esquerda do peito – os ajudantes e as ajudantes uma só estrella – os praticantes e as praticantes não teem signal distintivo” (ib.:28)

Os doentes do sexo masculino tinham que apresentar “(...) calça e capote de mesela, sapatos ou alpercatas e um bonnet de panno branco” (ib.:35) e as doentes do sexo feminino “(...) têm que apresentar capote de mescla, barrete de panno branco, alpercatas. No verão o capote será substituído por um casaco de riscado” (ib.:35).

Organização dos Serviços

Relativamente à distribuição dos serviços clínicos dos hospitais, encontravam-se divididos em duas grandes secções: o serviço interno e o serviço externo. O serviço interno era realizado nas enfermarias e englobava: os serviços clínicos gerais (para os dois sexos) e os serviços clínicos especializados, sendo ambos agrupados em duas secções – medicina e cirurgia. O serviço externo era da responsabilidade da “Junta Consultiva, pelos bancos de curativo e pelas consultas externas, cujo funcionamento obedece às disposições de regulamentos privativos” (ib:5).

Nas enfermarias existiam ainda serviços de “execução interrompida” (ib.:42) e “execução contínua” (ib.:42). Os serviços de “execução interrompida” (ib.:42) eram da responsabilidade dos diretores das enfermarias, dos assistentes, dos internos e dos externos que tinham a seu cargo as visitas clínicas e a realização dos pensos dos doentes. Os serviços de “execução contínua” (ib.:42) eram responsáveis pela vigilância permanente dos doentes, tendo como objetivo promover os melhores cuidados, mantendo-os confortáveis sem queixas.

Os doentes deviam permanecer nas enfermarias apenas o tempo fundamental para ser realizado o tratamento. Tinham alta quando: o seu tratamento estivesse concluído; quando se encontrassem em condições de completar o restante tratamento em casa e quando fossem considerados “incuráveis” (ib.:34) e não necessitassem de cuidados no momento.

O enfermeiro devia:

“Acompanhar o director da enfermaria na sua visita, tomando nota de todas as prescrições que

elle fizer; ... Proceder logo que a visita esteja terminada, juntamente com os internos, à organização das tabellas de remedios e de dietas e outras prescripções que devem regular até à visita seguinte, affixando-as em logar bem visivel da enfermaria para conhecimento dos empregados que tiverem de as cumprir...” (ib.:60)

Dinâmica da Prestação de Cuidados

Quanto à dinâmica da prestação de cuidados, o serviço de enfermaria apresentava o seguinte horário:

- “Às quatro horas da manhã (...), limpeza da enfermaria.
- Às seis horas (...), distribuição de remedios, arranjo de camas, preparação de utensílios para despensa e cozinha, continuação da limpeza da enfermaria.
- Às oito horas, almoços dos doentes, limpeza das bancas da cabeceira, complemento da enfermaria, almoço dos empregados.
- Às dez horas, receção das visitas para os doentes.
- Às onze horas distribuição de remedios.
- À uma hora da tarde, jantares para os doentes.
- Às duas horas, repouso para os doentes por uma hora, serviços de limpeza, jantares dos empregados
- Às tres horas, pensos, passeio nas cârcas e terrassos.
- Às cinco horas no inverno, as cinco e meia no verão, remedios.
- Às sete horas, ceia para os doentes, preparativo da noite.
- Às oito horas, começo do piquete de vela.
- À uma hora e meia da noite rendem-se os piquetes de vela.” (ib.:44 a 45).

O enfermeiro devia “cumprir e fazer cumprir o horário dos serviços da enfermaria, dando parte aos fiscais das faltas a que por si não possam pôr cobro, para que estes providenciem ou solicitem a intervenção da Administração;” (ib.:59). Deste modo, “às dez horas da manhã, todos os serviços devem estar concluidos e a enfermaria limpa de alguma cousa que a tenha sujado durante os almoços, camas completas e os doentes com os seus uniformes vestidos” (ib.:90). Era também responsável pela fiscalização das visitas e por instruir os visitantes sobre as medidas de prevenção de infeção, em situações de doença que necessitem de isolamento. Às dez horas e quarenta e cinco minutos, o enfermeiro começava a pedir às visitas que saíssem, impedindo que “(...) se demorem na enfermaria, mais do que o tempo regulamentar (...) dando cumprimento a todas as disposições d’este regulamento relativas às visitas;” (ib.: 61). Deste modo, de acordo com a regulamentação da administração hospitalar, estava estipulado que o horário das visitas fosse entre as dez horas e as onze

horas da manhã, não sendo possível entrar mais de três pessoas por doente.

Também era da sua obrigação:

“Fazer os avisos necessários para que sejam ministrados os Sacramentos da Igreja aos doentes, quando estes os pedirem, ou quando chegados pela gravidade da sua doença a estado de inconsciencia o não possam fazer. Devem, também, fornecer uma nota diária dos doentes entrados nas enfermarias durante o dia clinico, para ser enviada, por intermedio do fiscal, ao padre de serviço, cumprindo ao enfermeiro apresentar os doentes constantes d’essa nota ao referido padre, na ocasião da visita que este é obrigado a fazer a esses enfermos” (ib.:61).

Ao meio-dia, após já todos terem realizado as suas funções, dava-se por encerrado o expediente da enfermaria, onde o enfermeiro tinha que ter concluidas as requisições acerca dos objetos do seu inventário e dos artigos de penso. Além disso, tinham de ter preenchidas as requisições com tudo o que era necessário para as próximas vinte e quatro horas e as requisições com as dietas prescritas para entregar à cozinha.

À noite, quando os jantares dos doentes tivessem acabado, ocorria sempre “uma hora de silencio e repouso na enfermaria, onde ficará o enfermeiro, o empregado de piquete e um servente cerrando-se as janellas para diminuir a luz, depois de recompostas as camas e limpos os sobrados, etc” (ib.:93).

Após o repouso, o enfermeiro organizava a tabela dos piquetes sendo esta válida até à mesma hora do dia seguinte. Organizava também a “(...) do ajudante e dos praticantes, como a dos serventes, que será devidamente affixada;” (ib.:62).

Os/as enfermeiros/as tinham um papel pertinente na realização desta “ronda” (ib.:84), que era efetuada sob a vigilância rigorosa dos “fiscais” (ib.:35). Eram estes que organizavam, semanalmente, as escalas dos enfermeiros/as, informando-os atempadamente quando ficariam encarregues de realizar “rondas” (ib.:84), a fim de se prepararem para tal.

Em cada noite existiam dois enfermeiros/as de “ronda” (ib.:84): “(...) um desde a terminação das ceias até às onze horas e meia da noite, e outro desde esta ultima hora até às seis ou seis horas e meia da manhã” (Ib.:85). É também o enfermeiro que, durante a noite, dá instruções e providencia todos os materiais aos “empregados” (ib.:20) que voltam da ceia, para que a noite ocorra sem intercorrências.

Posteriormente, o enfermeiro informa o enfermei-

ro de ronda quais são os doentes com situação de saúde mais crítica e quais são os que necessitam de maior vigilância. Assim, este ficaria preparado e estaria mais atento a estes que necessitam de maiores cuidados.

Em cada “ronda” (ib.:84), os enfermeiros tinham de vigiar a parte do edifício que lhes foi atribuída, verificando se “(...) os velantes de piquete nas enfermarias permanecem acordados, se algum doente se queixa de qualquer falta, se há o necessário silêncio no dormitório, se as tabellas dos remedios e dietas são cumpridas ...” (ib.:85), ou seja, se, no serviço, o enfermeiro detetasse alguma falta destas, tinha a função de as assegurar sempre que pudesse e deveria informar os restantes “empregados” (ib.:20) de tal situação, nomeadamente o “fiscal” (ib.:26), para que este, em conformidade com a Administração, pudesse punir os responsáveis conforme a gravidade das culpas, para “manter a ordem, a disciplina e o decoro moral na enfermaria (...)” (ib.:61-62).

Segundo as normas, o enfermeiro fazia a distribuição dos “remédios” (ib.:59),

“(...) aos doentes às horas marcadas nas respetivas tabellas e pela forma que ahi for designada, tendo a maior atenção em que não haja faltas ou enganos; pertence ao enfermeiro toda a responsabilidade no cumprimento das prescrições medicas. É prohibida a execução de qualquer outro serviço durante a distribuição dos remedios;” (ib.:59).

De salientar que neste mesmo ano de 1901 surgiu o regulamento geral dos serviços farmacêuticos do Hospital Real de S. José e Annexos onde se realizava a preparação de todos os medicamentos dos diversos hospitais.

Alimentação dos Doentes

Quanto à alimentação dos doentes, o enfermeiro era responsável por “fazer a distribuição das dietas aos doentes às horas marcadas nas tabellas, tendo em vista que a cada doente seja dada exactamente a dieta que lhe for prescrita;” (ib.:60), ou seja, era função do enfermeiro distribuir os almoços, de acordo com a tabela das dietas prescritas, juntamente com os “praticantes” (ib.:11), que levavam os almoços aos doentes, ajudando-os, se necessário, a alimentarem-se.

Deste modo os enfermeiros deviam:

“Verificar se as dietas e os remedios que chegam à enfermaria veem conforme as indicações do respectivo receituário. Quando assim não aconteça, e o defeito for de pouca importância, communicá-lo aos fical para ser remediado; mas quando for de maior importancia e se repetir participá-lo ao director da enfermaria para que este providencie;

Verificar se os utensílios, que devem ser levados à botica e à cozinha para trazerem remedios ou outras substancias, vão asseados e teem a capacidade necessaria para conterem as quantidades receita-das;” (ib.:61)

Higiene dos Doentes e das Instituições

Em relação aos cuidados de higiene prestados aos doentes, estes eram assegurados pelos enfermeiros, uma vez que eram responsáveis por verificar “...se os doentes entrados de novo se acham em estado de limpeza conveniente, participando na ocasião da visita ao director da enfermaria a falta que notar para que elle indique o procedimento a ter;” (ib.:61) e que deviam “tomar cuidado em que os doentes se não deitem com os sapatos calçados, nem vestidos, nem sujem por outra forma as roupas da cama;” (ib.:61).

Por conseguinte, eram igualmente responsáveis por garantir as condições de higiene do serviço pois inspecionavam a prática dos “serventes” (ib.:11) quanto à limpeza dos sanitários e vigiavam: “(...) escrupulosamente pelo asseio de toda a enfermaria e dos seus annexos, cumprindo, no que respeita à desinfecção, as indicações que lhe forem dadas pelos internos, a quem devem consultar sempre que tenham duvidas sobre o modo como hão de proceder. Esta obrigação torna-se ainda maior no que diz respeito aos doentes que podem dar contágio e às suas roupas;” (ib.:61).

Ainda em relação à limpeza do serviço, o enfermeiro era responsável pelo:

“(...) asseio da casa da arrecadação dos objectos pertencentes à enfermaria, respondendo pela sua conservação e concordância com o inventario feito pela repartição competente, e sendo responsavel pelas faltas que se encontrem sempre que se proceder à verificação d’esse inventario;” (ib.:62). Deviam também:

“(...) Cuidar em que os objectos em uso se conservem em bom estado, requisitando a sua substituição ou a sua reparação, guia especial por intermédio da repartição fiscal, que, verificando a justiça da requisição, lhe porá o seu visto; pelo mesmo processo fazer requisição de objectos novos que sejam precisos, alem dos existentes, e do que for necessario para a limpeza da enfermaria e dos seus annexos; (ib.:62).

Conclusão

Com a análise e interpretação deste regulamento depreendemos que o Hospital Real de S. José e anexos era uma forte referência para a prestação dos cuidados ao doente, apresentando vários recursos para os mesmos. Constatámos que as

funções dos outros elementos deste hospital complementavam as dos enfermeiros, sendo também importantes para assegurar o cuidado ao doente. Através deste estudo hermenêutico, estamos em condições de dar a resposta à questão de investigação enunciada: “Quais as funções que os enfermeiros desempenhavam no Hospital Real de S. José, em Portugal em 1901?” e, simultaneamente, à hipótese por nós formulada (“Os enfermeiros desempenhavam um papel fundamental na satisfação das necessidades básicas, na organização do serviço e na gestão dos cuidados no Hospital Real de S. José e anexos em 1901”), uma vez que conseguimos identificar as funções dos enfermeiros e, por conseguinte, confirmar a sua relevância, res-

petivamente. Assim, após a análise e interpretação dos documentos, podemos verificar a importância dos enfermeiros na satisfação das necessidades básicas dos doentes, dado que intervinham nos cuidados de higiene dos mesmos, alimentação e repouso. Afirmamos, assim, que as funções dos enfermeiros não se centravam unicamente na prestação de cuidados diretos ao doente, muito pelo contrário, estes desempenhavam um papel igualmente fundamental na gestão das enfermarias, na organização e distribuição dos serviços, na orientação dos/as “ajudantes de enfermeiro/a” (ib.:13) e “praticantes” (ib.:11) e asseguravam a manutenção do serviço.

BIBLIOGRAFIA:

FONTE

- Hospital Nacional Real de São José (Lisboa) (1863). *Regulamento das enfermarias do Hospital Nacional e Real de S. José de Lisboa e Annexos*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Hospital Real de S. José e Anexos (1901) - *Regulamento geral dos serviços clínicos no Hospital Real de S. José e anexos*, aprovado por decreto de 10 de setembro de 1901. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Hospital Real de São José e Anexos (1901). *Regulamento geral dos serviços farmacêuticos do Hospital Real de S. José e Annexos*, aprovado por decreto de 10 de Setembro de 1901. Lisboa: Imprensa Nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Carvalho, J. (2010). Percurso e evolução da Enfermagem em Portugal. p. 57. Farinha, L. (2012).
2. Felismino, D., Andrade, H., Sousa, G., & Almeida, F. (2017). *800 Anos de Saúde em Portugal*. Lisboa: Museu da Saúde .
3. Ferreira, A., Canastra, A., & Esteves, A. (Dezembro de 2013). Investigação em história de enfermagem: um contributo do passado para o futuro . Revista de *Enfermagem Referência*, 153-158.
4. Ferreira, D., & Dias, P. (2016).
5. Maia, A., Costa, E., Padilha, M., & Borenstein , M. (2011). PESQUISA HISTÓRICA: POSSIBILIDADES TEÓRICAS, FILOSÓFICAS E METODOLÓGICAS PARA. 137-149.
6. Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Lisboa : Lusociência.
7. Oguisso, T., & Campos, P. (2013). Por que e para que estudar história da enfermagem? *Enfermagem em Foco*, 49-53.
8. Ricoeur, P. (2018). *Teoria da Interpretação*. Lisboa: Edições 70.
9. S.José, H. R. (1901). *Regulamento Geral dos Serviços Clínicos do Hospital Real de S. José e Annexos*. Lisboa: Imprensa Nacional.
10. Santos, L. (2012). UMA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM EM PORTUGAL (1143-1973) *A constância do essencial num mundo em evolução permanente*. Lisboa.
11. *Serviço Nacional de Saúde*. (s.d.). Obtido de Hospital de S. José.
12. Streubert, H., & Carpenter, D. (1999). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Lisboa : LUSOCIÊNCIA .

DEPOIMENTO



Maria José Augusta de
Azevedo Coutinho Simeão
Associada nº 54

Maria José Augusta de Azevedo Coutinho Simeão nasceu em Lisboa, em 22 de setembro de 1923, e faleceu no dia 25 de julho de 2019, na mesma cidade

Filha de Armando Lopo Simeão e de Maria Ana de Azevedo Coutinho Braga Simeão, passou parte da sua infância e adolescência na Alemanha, para onde a sua família foi residir, para acompanhar as atividades do seu pai, como embaixador de Portugal, na Alemanha. Aí, fez os seus primeiros estudos até regressar a Lisboa, com quatorze anos.

Tirou o Curso de Enfermagem Geral na Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, em Lisboa e especializou-se em Saúde Pública e Administração, pela Universidade de McGill de Montreal, Canadá, em 1958.

A sua atividade profissional foi exercida como Enfermeira Geral e Técnica de Saúde Pública, na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, onde foi orientadora e coordenadora dos cursos designados “Estágio teórico e prático em Enfermagem de Saúde Pública” de 1958 a 1968. Estes cursos, foram autorizados a funcionar na Misericórdia de Lisboa por serem a única formação especializada em Enfermagem de Saúde Pública, existente no país. Foram extintos com a criação da Escola de Enfermagem de Saúde Pública, em 1967, em Lisboa. Foi também coordenadora dos serviços de enfermagem dos seis Dispensários Clínicos da Misericórdia e de Medicina no trabalho.

A pedido do Diretor de Gabinete, do Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência, integrou o grupo de trabalho “ad hoc”, em 1971, para a revisão do ensino, exercício e pesquisa no sector de Enfermagem¹.

Foi professora de Enfermagem de Saúde Pública, na Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo e na Escola de Enfermagem das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria. Também colaborou na construção do plano de estudos do Curso de Enfermagem Geral, de 1965, considerado uma reforma importante para o desenvolvimento do ensino de enfermagem para a preparação de profissionais aptos e eficientes para qualquer campo de enfermagem. Foi responsável pela elaboração do programa de Enfermagem de Saúde Pública, integrado no 1º e 3º ano do referido curso ¹.

Foi no dia 1 de outubro de 1969, que fez a sua inscrição, com o nº 54, como associada da atual ACEPS tendo acompanhado e colaborado ativamente nas atividades programadas pela Associação, nomeadamente, na organização das ações de formação e na revisão e tradução de artigos para publicação na Revista Servir. Manteve esta atividade e disponibilidade, para a ACEPS, até aos últimos anos da sua vida, sem incapacidade.

1 Cf. Garcia, Elisa Maria Bernardo (2016) *Evolução Histórica do Ensino de Enfermagem de Saúde Pública (1901-1977)* Processo da Enfermeira Maria José Simeão. Documentos com dados da sua carreira profissional. Arquivo histórico do pessoal da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Consultado com a própria autorização a utilização desta informação (2016:170). Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade Católica Portuguesa

2 Cf. Direção Geral dos Hospitais (1965) *Curso de Enfermagem Geral*. Lisboa

DEPOIMENTO



Enfermeira Fernanda Pinto,
Associada nº 1408, Tesoureira da Direção Regional da ACEPS, de Braga

”É difícil para quem fica assumir a partida de um ser querido como uma ausência temporária, mas o que crê tem uma vantagem incrivelmente superior em relação a quem não tem fé: sabe, com certeza, que algum dia ele mesmo se reunirá com quem amou e com quem tornou possível esse amor: Deus.” Castagneto

Nasceu na Póvoa de Lanhoso a 27-04-1932 e faleceu em Braga a 07-09-2019.

Dedicou-se à família. Estando noiva e de mala feita, renunciou ao casamento que implicava ir para o Brasil a fim de poder acompanhar os pais na situação de doença crónica. Só após a morte destes fez a formação em enfermagem. Antes deste curso, por um curto período de tempo, lecionou Labores e Culinária em três colégios de Braga e no Porto. Exerceu, também, a função de assistente administrativa.

A formação literária foi adquirida apresentando-se a exame como aluna externa.

Ao longo da vida salientou-se pela sua generosidade, contribuindo monetariamente, de modo consecutivo, para várias coletividades e não deixando sem esmola, em dinheiro ou víveres, os mais de 500 pobres que, uma vez por mês se apresentavam à porta de casa, em tempos difíceis no âmbito da economia do nosso país.

A Fernanda exerceu atividade na Associação, iniciada durante a frequência do curso de enfermagem o qual concluiu em 1972 na Escola de enfermagem de Calouste Gulbenkian de Braga. Desde os primórdios da sua admissão na ACEPS, em 30 de outubro de 1973, integrou a direção regional de Braga como tesoureira exímia.

Sempre agiu de forma eticamente compatível e congruente com as suas convicções religiosas, cívicas e profissionais, mantendo a integridade e o sentido de justiça.

Participava, assiduamente, na reunião mensal de associados, na qual se abordam temas ligados à Ética, Enfermagem, Gestão em Saúde, entre outros, de interesse prático para os profissionais de saúde, bem como em todas as atividades realizadas.

Na sua humildade, generosidade e doação, concretamente, e de um modo sustentado, ao longo dos últimos oito anos, se ofereceu ao Senhor para partir para a eternidade, solicitando que fosse conservada a vida de outro elemento da direção em processo de doença grave, na convicção de que, deste modo, seria mais útil à Associação.

Na véspera da Natividade da Mãe de Deus, dia 7 de Setembro, a nossa amiga/tesoureira da direção da Associação Católica de En-

fermeiros e Profissionais de Saúde, em Braga, foi para junto do Pai celeste. Acreditamos que o Céu festejou a chegada da Fernanda. Damos graças a Deus pela sua vida de doação à família, à sociedade e à profissão.

A enfermeira Fernanda Pinto, de saudosa memória, exerceu com a máxima dedicação e competência no Serviço de Pediatria do então Hospital de São Marcos até à aposentação.

Foi grande a sua influência na vida da associação, dos colegas e amigos. Manifestamos o nosso reconhecimento, admiração, amizade e gratidão partilhada por todos os que com ela tiveram o privilégio de interagir.

A sua perda foi muito sentida em primeiro lugar pela sua família a quem a direção da ACEPS endereçou as mais sentidas condolências, mas também para a nossa vida coletiva que ficou mais empobrecida. Partiu uma amiga, mestre, companheira de uma longa jornada de desafios associativos, profissionais, pessoais e de crescimento como pessoas, uma referência para todos nós. Desde sempre partilhou com entusiasmo e dedicação todo o trabalho que fomos desenvolvendo. Fica o seu legado.

A direção da associação católica de enfermeiros e profissionais de saúde agradece aos cerca de 500 colegas e amigos da Fernanda Pinto que participaram no seu funeral e na missa de sétimo dia, em sua memória, no dia 14 de setembro, na igreja de São Marcos, Largo Carlos Amarante, em Braga.

Também em Fafe (13/9) e Esposende o grupo de associados dessas zonas participou na celebração de missas pela mesma intenção, a seu pedido.

Com saudade já, sabemos que a associação e nós adquirimos uma intercessora no Céu, pois a sua vida foi consentânea com a perspectiva de Boff (Leonardo Boff-1999) que afirmou “Buscamos ansiosamente uma espiritualidade simples e sólida, baseada na percepção do mistério do universo e do ser humano, na ética da responsabilidade, da solidariedade e da compaixão, fundada no cuidado, no valor intrínseco de cada coisa, no trabalho bem feito, na competência e na honestidade”.

SEDE, REDACÇÃO E
ADMINISTRAÇÃO

Avenida Sidónio Pais, 20 -4º Dtº
1050-215 Lisboa
Telefone: 213146520
Fax: 213146522

PT SITE E E-MAILS

geral@aceps.pt
dir@aceps.pt
www.aceps.pt

DESIGN GRÁFICO

Teresa Olazabal Cabral



PAGINAÇÃO

ISSN: 2184-5697

A Direção da Revista agradece
toda a colaboração que lhe
queiram enviar, reservando-se
o direito de publicar ou não.
Os artigos publicados são da
responsabilidade dos seus
autores, não comprometendo a
Direção da Revista.