



4º Seminário de Bioética
“Autonomia Bem Individual e Bem Comum”:
Livro de Resumos

Comissão de Ética da
Escola Superior de Saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu



Viseu
29 de Março de 2012

Título	<i>4º Seminário de Bioética, “Autonomia Bem Individual e Bem Comum”: Livro de Resumos</i>
Autores	Comissão de Ética da ESSV (coord.)
Editor	Comissão de Ética da ESSV
e-mail	4seminariodebioetica@gmail.com
ISBN	978-989-96715-3-9
Data da Edição	2012
Local	Viseu

Comissão de Ética:

Prof^ª. Doutora Ernestina Batoca Silva
 Prof^ª. Doutora Ana Sofia Carvalho
 Enf. José Luís Gomes
 Prof^ª. Doutora Rosa Maria Lopes Martins
 Prof^ª. Doutora Suzana Serrano André

Comissão Científica:

Prof. Doutor Carlos Albuquerque
 Prof.^ª Doutora Cláudia Chaves
 Prof. Doutor Daniel Silva
 Prof.^ª Ana Andrade
 Prof. Amadeu Matos
 Prof.^ª Emília Coutinho
 Prof.^ª Graça Aparício

PREFÁCIO

Escrever um livro é um sonho da maioria das pessoas e posso assumir que para mim também o é. Por circunstâncias várias ainda não o pude escrever, mas poder prefaciar este “*e-book*” é um desafio interessante. Este ano a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu organizou o 4º Seminário de Bioética com o tema “AUTONOMIA BEM INDIVIDUAL E BEM COMUM”. Foi uma excelente oportunidade para reunir pessoas de referência do campo da gestão e decisões em saúde e da ética, constituindo-se como um dia de formação para mais de 300 inscritos (estudantes, enfermeiros e médicos). Foi aberta a possibilidade de todos os interessados participarem com comunicações orais e *posters* sendo de registar a elevada participação de enfermeiros, professores e estudantes que contribuíram dessa forma para o sucesso científico deste evento. Esta publicação reúne os resumos das conferências, das comunicações orais e *posters*. Os temas abordados traduzem uma sensação de inquietação face aos contextos de saúde e dão a conhecer projectos e respostas da sociedade e da enfermagem a algumas dessas inquietações.

Confesso, com algum constrangimento, que este prefácio não se assemelha ao prefácio de um livro, mas trata-se de um esboço introdutório para esta “publicação”, que reuniu vários contributos e a todos manifesto um reconhecido bem-haja. Em primeiro lugar aos autores dos resumos e em especial aos ilustres conferencistas convidados, mas também aos colegas da Comissão de Ética e da Comissão Científica do Seminário pela organização, aos estudantes do 20º Curso de Licenciatura pela excelente colaboração na organização e ao Nuno Silva Campos, pela capa e formatação do texto. Prefaciar este “*e-book*” reveste-se pois, para mim, de uma honra e uma grande satisfação, essencialmente por duas razões: em primeiro lugar por aquilo que em si mesmo ele representa e que se resume à apresentação desta “publicação”; em segundo lugar porque com genuinidade e singeleza se pretende dar ênfase a uma compilação de variados e interessantes temas e estudos.

Estamos optimistas pois o principal objetivo deste Seminário foi amplamente atingido e sentimos satisfação por contribuir para a consciencialização e discernimento em bioética, nomeadamente sobre os contextos e circunstâncias em redor da autonomia, bem individual e/ou bem comum.

A vivência humana do século XXI tenta construir e defender a dignidade humana numa complexa e difícil relação convivente entre as pessoas e os poderes. Esta construção enriquece-se com a participação cívica dos membros da comunidade e a interligação dos saberes, dos direitos e deveres, permitindo que em liberdade se expressem as diferenças e especificidades, num trilho que é o caminho da humanidade ou, na perspectiva de Aristóteles, a procura da felicidade. E é esta procura do modo de actuar ético e da assunção do homem como sujeito ético que nos inspira e norteia.

Importa esclarecer e questionar, pois a interrogação ética e a resposta que em liberdade lhe for dada, faz parte da existência do homem. Agir em conformidade com compromissos éticos requer confiança e o assumir da responsabilidade de cada um. Autonomia reside neste pressuposto, pois está relacionada com a consciência de respeito pelas pessoas e significa que cada uma, de acordo com as suas aspirações pessoais, tem a liberdade de tomar decisões. Por outro lado, o bem comum emerge da interdependência entre os seres humanos e torna evidente a vulnerabilidade humana. A percepção da vulnerabilidade da saúde ou a fragilidade da vida faz com que a defesa do bem comum se torne cada vez mais universal.

A eficácia dos nossos esforços não é possível mensurar, mas juntamente com todos os que conosco colaboraram, abraçamos o compromisso de lhe dar voz através desta “publicação”. Apelamos à sua leitura. Desejo que os leitores tenham o prazer e o gosto que tive ao prefaciá-la e que senti por parte dos autores dos resumos em participarem. Esperamos que resultante de uma conversa íntima de muita gente inteligente, sobressaia a homenagem ao trabalho desenvolvido pelos autores e o reconhecimento de um trabalho que não termina aqui. A toda a equipa deixo, reconhecidamente, os meus parabéns e enalteço esta obra.

ERNESTINA MARIA V. BATOCA SILVA
Presidente da Comissão de Ética
Escola Superior de Saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu

INDICE

CAPÍTULO 1 – CONFERÊNCIAS	5
AUTONOMIA E COMPROMISSO.....	6
AUTONOMIA E CONSENTIMENTO INFORMADO.....	7
POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO EM SAÚDE	9
ÉTICA DA DECISÃO EM SAÚDE	10
CAPÍTULO 2 – COMUNICAÇÕES ORAIS	12
SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	13
A AUTONOMIA PESSOAL E OS ADOLESCENTES COM CANCRO EM FASE TERMINAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	16
NECESSIDADES DOS PAIS DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: PERSPECTIVA DOS PAIS.....	18
A INFLUÊNCIA DA DOR NA DEPRESSÃO DOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	20
A INFLUÊNCIA DO PADRÃO DE SONO NA DEPRESSÃO NOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS	22
AUTOCUIDADO: UM CONCEITO CENTRAL EM ENFERMAGEM	24
OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA: PERCEÇÃO DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS UCI NA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL	26
VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA – OPINIÃO DOS DOENTES	28
O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE DOAÇÃO E COLHEITA DE ÓRGÃOS.....	30
BEM-ESTAR SUBJETIVO EM DOENTES CARDÍACOS: FATORES DETERMINANTES	32
CAPÍTULO 3 – POSTERS	33
NUTRIÇÃO NA UCIP – PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO NO DOENTE CRÍTICO.....	34
ÉTICA E DIREITOS DO HOMEM - RESPOSTAS DA SOCIEDADE E DA ENFERMAGEM.....	35
DIREITOS HUMANOS – UM PROJETO PORTUGUÊS DE AJUDA INTERNACIONAL.....	37
BOAS PRÁTICAS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DAS ASSISTENTES OPERACIONAIS NA UCIP	38
CUIDAR: UM PERCURSO FEITO EM PARCERIA	39
A CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS ATRAVÉS DA ARTE.....	40
CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA: PROJETO SOS-CRIANÇA E PROJETO RUA -“EM FAMÍLIA PARA CRESCER” IAC	41
A CRIANÇA NA CONQUISTA DA AUTONOMIA.....	42
CARTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	43
ADOÇÃO DE CRIANÇAS EM PORTUGAL.....	45
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA GRAVE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS	47
PROJETO HORTA ESCOLAR: ALIMENTAR A MENTE PARA COMBATER A FOME.....	48
MÁS NOTÍCIAS, QUE ESTRATÉGIAS USAR.....	50
NA PEDIATRIA TAMBÉM SE MORRE.....	51
PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM À ÚLCERA POR PRESSÃO	52
DECISÕES EM FIM DE VIDA – QUEM DEVE ESTAR ENVOLVIDO?	54
FORMAÇÃO EM QUESTÕES DE FIM DE VIDA EM UCI	56
VIOLAÇÃO DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DA BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS.....	58
OBSTÁCULOS AO PROCESSO DE DOAÇÃO E COLHEITA DE ÓRGÃOS	59
VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA – OPINIÃO DOS DOENTES	61
ESTADO NUTRICIONAL EM DOENTES COM DEPRESSÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	63

CAPÍTULO 1 – CONFERÊNCIAS

AUTONOMIA E COMPROMISSO

Maria José Cantista¹

Liberdade e compromisso, autonomia e dependência, longe de serem realidades que se excluem ou limitam, são facetas de um binómio indissociável que mutuamente se requer e alimenta.

Tal como uma liberdade sem compromissos é uma liberdade infantil, também uma autonomia sem dependências é utópica, ineficaz.

O homem, porque é livre, é autónomo. É o ser que decide ser aquilo que é, com uma missão a cumprir, única e intransferível.

Diferente do animal, é um ser em aberto, a quem compete fazer as suas escolhas, traçar o seu projeto de vida, escrever a sua biografia.

Nem totalmente determinado, nem totalmente indeterminado, não é absolutamente autónomo: depende geneticamente dos pais, culturalmente de um aqui e de um agora, etc.

Tal como uma liberdade sem vínculos é uma liberdade abstrata, também uma autonomia sem dependências interpessoais, é ineficaz. Tal significa que não pode haver oposição entre autonomia individual e inserção social.

No mundo atual, fortemente individualista, considera-se a dependência (realidade existencialmente inegável), como um constrangimento à autonomia

Se se não aceita a natureza social do homem, e se não respeita uma comunidade de valores - um bem comum -, não se entende que a realização verdadeiramente autónoma é livremente comprometida, dependente.

¹ Professora Catedrática de Filosofia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto

AUTONOMIA E CONSENTIMENTO INFORMADO

Assunção Magalhães²

A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina no seu artigo 5º (2001) enuncia que:

- *“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada, após ter sido prestado pela pessoa em causa, o seu consentimento livre e esclarecido”*;

- A pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos;

- A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.

O consentimento informado decorre do respeito pela autonomia da pessoa, da sua autodeterminação e refere-se à autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos. É um paradigma que respeita a autonomia e a decisão, e que exige que cada pessoa se sinta livre para decidir, isto é exercer a sua vontade com responsabilidade.

O respeito por esta autonomia é pilar da dignidade humana.

No estatuto da Ordem dos Enfermeiros, prescreve-se que, “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de ... respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”. O consentimento é o último passo depois da informação fornecida e validação da compreensão da mensagem. Só a informação afasta a ignorância e a desinformação, permite reduzir a incerteza, contribuindo para a tomada de decisão, capacitando a pessoa para uma verdadeira participação no respeito pela sua autonomia. Esta informação tem que ser transformada em significativa para a pessoa.

Em Portugal, o Código Deontológico, a Constituição da República, o Código Civil e Penal protegem o direito do utente ao Consentimento Informado.

O consentimento, segundo a nossa lei penal “pode ser expresso por qualquer meio, que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido” e que só é eficaz se prestado por quem tiver mais que 14 anos (Código Penal, artigo 38 e 157). Existem exceções ao consentimento, nomeadamente: por incompetência ou incapacidade da pessoa, em situações de urgência, e em situações de privilégio terapêutico. (Convenção dos direitos do homem e da Biomedicina e artigo 157 do Código Penal). Assim, a Ordem dos Enfermeiros apresentou em 2007 um enunciado de posição relativamente ao consentimento informado:

- 1) “A Ordem dos Enfermeiros defende o direito de cada pessoa à autodeterminação e a uma adequada informação que permite tomar decisões face aos projetos de cuidados que lhes são propostos”.
- 2) “A Ordem dos Enfermeiros reforça a obrigação profissional de salvaguardar e proteger os direitos humanos ... Os enfermeiros estão obrigados a assegurar-se que os clientes

² Enfermeira chefe no ACES Póvoa de Varzim e Vila do Conde desde 2005 e Vice presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros

recebam informação adequada e compreensível para eles, em ordem a consentirem nos cuidados ...”

- 3) “Os enfermeiros têm o dever de informar e de obter consentimento para a realização de intervenções de enfermagem, de acordo com o artigo 84 do quadro deontológico ...”
- 4) “A Ordem dos Enfermeiros considera que a formação – inicial e contínua – deve prover as competências necessárias para assegurar que os clientes são adequadamente informados”.

BIBLIOGRAFIA

CONVENÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DA BIOMEDICINA (1997) de 4 de Abril, ratificada por decreto parlamentar 1/2001, D. R. nº2 – 1ª Série A, 3 de Janeiro.

GONÇALVES, M. L. M. (2001) – Código Penal Português, Anotado e Comentado – Legislação Complementar. 14ª ed., Almedina, Coimbra, Janeiro

Enunciado de posição Ordem dos Enfermeiros – Consentimento Informado – OE 15 de Março 2007

POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO EM SAÚDE

Adalberto Campos Fernandes³

O sistema de saúde encontra-se, em permanente mudança em resultado dos constantes avanços tecnológicos, das modificações sociais e políticas e dos constrangimentos económicos. Nos últimos anos temos vindo a assistir a uma mudança no padrão demográfico bem como a alterações sensíveis nos fatores de risco. O paradigma assistencial tem vindo a ser, fortemente, condicionado pela transformação do conhecimento científico e pelo impacto do capital humano técnico e clínico.

O sector da saúde está hoje dependente de um mercado global de inovação e de desenvolvimento que exige novas abordagens na relação entre financiamento e prestação. A questão da sustentabilidade económica e financeira, do sistema de saúde, torna premente a consolidação de um novo modelo de desenvolvimento que seja capaz de correlacionar inovação e desenvolvimento com eficiência, acesso e qualidade.

A evolução do sistema de Saúde, deverá estar alinhada com os objetivos de controlo da despesa sem comprometer, contudo, o desejável incentivo devendo ser capaz de gerar estímulos positivos para a adoção de mecanismos inovadores de partilha de risco e de cooperação estratégica entre os diferentes stakeholders do sector da saúde.

A redefinição do modelo assistencial e, conseqüentemente, dos modelos organizativos e de gestão deve ser enquadrada, num quadro de parceria estratégica, favorável ao desenvolvimento e à consolidação de um mercado de inovação de elevado valor económico e social.

No âmbito das políticas públicas o Estado deve atuar como regulador e indutor do desenvolvimento social promovendo a igualdade e a dignidade humana. A capacidade de investimento do Estado e de mobilização do investimento privado, deverá favorecer o desenvolvimento de uma economia assente na sustentabilidade ambiental e na diminuição das desigualdades.

³ Professor na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL)

ÉTICA DA DECISÃO EM SAÚDE

Maria do Céu Soares Machado⁴

A Bioética surge nos anos 70 em resposta aos dilemas relacionados com os cuidados aos doentes, a investigação médica e as novas tecnologias.

O respeito pela pessoa e a autonomia individual são princípios que se sobrepõem à saúde global da população, esta mais determinada pelas políticas de saúde pública e pelas condições sócio-económicas do que pelos avanços da tecnologia (Callahan, 2002).

No entanto, o envelhecimento e a doença crónica, os comportamentos de risco, a interacção da saúde com outras áreas como a educação e o ambiente e a equidade e o acesso adequado aos cuidados (incluindo medicamentos) são desafios da sociedade actual que colocam problemas éticos aos decisores da saúde e de outros sectores.

Há uma ética de outras áreas profissionais além da medicina? Há uma ética da decisão política? As decisões têm consequências determinantes para a saúde de cada um e de todos globalmente mas os políticos não constituem uma área profissional pois não têm treino específico, são de diferente origem académica e têm convicções e experiência diversas.

As Academias não distinguem a política como profissão. Os cientistas políticos estudam os comportamentos dos políticos e eleitores e esquecem os aspectos morais a respeitar para atingir os objectivos. Os filósofos políticos discutem normas e valores mas esquecem os mecanismos utilizados para que esses valores sejam alcançados (Weinstock, 2002).

Ao político, compete o investimento no sistema de saúde pelo impacto deste na saúde das populações e, conseqüentemente, no desenvolvimento económico, na coesão social, na competitividade e na produtividade. Esta visão é um imperativo ético, social e político.

O conceito de **Mais Valor em Saúde** como a obtenção de ganhos considerando o investimento feito, é fundamental no actual contexto económico, instrumento de sustentabilidade e potencia a utilização adequada dos recursos, com maior retorno da sua aplicação (Porter, 2006, 2010, Yong, 2009). Para o doente, a relação custo-benefício apropriada, traduz-se na recuperação da saúde, qualidade de vida e bem-estar emocional

A sustentabilidade do sistema de saúde exige princípios de alocação das intervenções relativamente aos bens escassos e aos medicamentos inovadores. A decisão envolve a definição de prioridade. Quais os aspectos a respeitar: pela equidade? Aleatoriamente ou *first come, first served?*; pela gravidade (os mais doentes) ou pelo potencial de vida (os mais jovens)? (Persad G et al, 2009)

Para o decisor político, é mais fácil a visão dos gastos imediatos e a proposta de restrições generalistas, sem respeito por princípios éticos. O acesso aos medicamentos inovadores não deve ser vedado aos doentes identificados como com condição elegível para aquela terapêutica mas

⁴ Directora do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria (CHLN) e Professora Associada de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa

requer regulamentação, definição de critérios baseada na evidência, disciplina por parte dos prescritores, doentes e suas associações.

Sob o ponto de vista ético, a decisão assenta num equilíbrio justo entre a utilização limitada de recursos no âmbito das necessidades da comunidade e o direito individual e equitativo ao acesso aos cuidados e aos medicamentos.

CAPÍTULO 2 – COMUNICAÇÕES ORAIS

SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ricardo Jorge Florentim⁵

Introdução e Objectivos: A Saúde Mental é uma das componentes da Saúde, onde o Enfermeiro é, cada vez mais, um profissional de referência dos indivíduos, das famílias e da comunidade. Contudo, para cuidar é preciso cuidar-se, pelo que se torna essencial que os Enfermeiros cuidem da sua própria Saúde Mental, antes de cuidar da dos outros. Deste modo, os objectivos desta investigação são: avaliar a Saúde Mental dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (nomeadamente no ACES da Cova da Beira), bem como analisar a relação dos seus factores sócio-demográficos e profissionais vs Saúde Mental.

Metodologia: Esta investigação quantitativa assenta numa base descritiva e correlacional, mediante utilização de um questionário (para descrição dos factores sócio-demográficos e profissionais) e do Inventário de Saúde Mental de José Luís Pais Ribeiro (para avaliação da Saúde Mental) aplicados aos Enfermeiros do ACES da Cova da Beira, durante a segunda quinzena de Setembro de 2011.

Resultados: A maioria dos Enfermeiros do ACES da Cova da Beira é do sexo feminino, com idade superior a 40 anos, casados, licenciados, com a categoria profissional de Enfermeiro e exerce funções no Centro de Saúde da Covilhã. Porém, não existe relação estatística entre a Saúde Mental dos Enfermeiros e as variáveis sócio-demográficas e profissionais estudadas.

Conclusões: As Enfermeiras e os profissionais do Centro de Saúde de Belmonte têm melhores níveis de Saúde Mental. Paralelamente, constatou-se que quanto menor forem as habilitações literárias, a categoria profissional, a idade do Enfermeiro e maior for o tempo de serviço nos Cuidados de Saúde Primários, melhor é a sua Saúde Mental.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Enfermeiro, Comunidade

Bibliografia

ACES COVA DA BEIRA (2009) – *Diagnóstico de Situação de Governação Clínica*. Covilhã: Agrupamento dos Centros de Saúde da Cova da Beira.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. (2006) – *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 10ª Edição, Volume 1.

CABRAL, L. R. (2007) – *Consumo de Bebidas Alcoólicas em Rituais / Praxes Académicas*. Tese de Doutoramento em Saúde Mental, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

⁵ Enfermeiro graduado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira; Mestre em Gestão de Unidades de Saúde e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2005) – *Livro Verde: Melhorar a Saúde Mental da População – Rumo a uma Estratégia de Saúde Mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.

COSTA, J. S. (2010) – *A Importância da Família na Saúde Mental*. São Paulo: VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (1998) – *Lei de Saúde Mental*. Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, I Série-A, Nº 169.

DUARTE, J. C. (2008) – *Privação do Sono, Rendimento Escolar e Equilíbrio Psicoafectivo na Adolescência*. Tese de Doutoramento em Saúde Mental, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

FLORENTIM, R. J. S. (2009) – *O Papel do Enfermeiro na Assistência Psiquiátrica*. Covilhã: Jornal Já Agora, Edição Nº 69.

FRAGOEIRO, M. I. (2008) – *A Saúde Mental das Pessoas Idosas na Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

GUIMARÃES, L. A.; GRUBITS, S. (2007) – *Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, Volume 1.

HASHIMOTO, F.; TELLES-ABRÃO, K. K. P. (2007) – *A Saúde Mental do Enfermeiro: Um Olhar Psicanalítico sobre o Cuidador*. Revista de Psicologia da UNESP. São Paulo: UNESP-Assis.

KORKEILA, J. J. A. (2000) – *Measuring Aspects of Mental Health*. Stakes Publisher.

LAHTINEN, E.; LEHTINEN, V.; RIIKONEN, E.; AHONEN, J. (1999) – *Framework for Promoting Mental Health in Europe*. Helsinki: Stakes.

MILHEIRO, J. (2001) – *Ambiente e Saúde Mental*. In: *Novos desafios a Bioética*, Porto: Porto Editora.

MOREIRA, J. M. P. (2010) – *Representação Social do Enfermeiro de Urgência Básica*. Dissertação de Mestrado, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

MUNDT, S. E.; KLAFKE, T. E. (2008) – *Processo Saúde-Doença no Contexto de Trabalho em Saúde: Percepções dos Técnicos de Enfermagem de um Ambulatório Hospitalar*. Barbarói: UNISC Online, Volume 29.

NETO, F. R. X.; FÉLIX, R. M. S.; OLIVEIRA, E. M.; JORGE, M. S. B. (2009) – *Concepciones, Conocimientos e Practicas de los Enfermeros al Cuidado de los Sujetos con Diagnostico de Depresión: Una Mirada al Territorio de la Atención Primaria en Salud*. Murcia: Enfermería Global, Revista de Investigación en Enfermería, Nº 16.

NOVO, R. F. (2003) – *Para além da Eudaimonia: o Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Coimbra: Imprensa de Coimbra.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Divulgar, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2010) – *Relatório Mundial de Saúde 2010: Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal*. Berlim: Organização Mundial de Saúde.

ORNELAS, J. (2008) – *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.

- PACHECO, S.; CUNHA, S. (2006) – *A Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: O Papel do Enfermeiro*. Revista Nursing – Edição Nº 211.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. (2005) – *Análise dos Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. 4ª Edição, Lisboa, Edições Silabo.
- RIBEIRO, J. L. P. (2001) – *Mental Health Inventory: Um Estudo de Adaptação à População Portuguesa*. Lisboa: Psicologia, Saúde e Doenças.
- RIBERA, D.; PEÑA, C.; FERRER, A. R.; FERRI, M. T. R.; QUINTERO, I. S.; VAÑÓ, A. C. (1993) – *Estrés Laboral y Salud en Profesionales de Enfermería*. Alicante: Ediciones Espagráfic.
- RICOY, J. B.; CHACÓN, O. L. (1998) – *Salud Mental y su Relación con el Estrés en las Enfermeras de un Hospital Psiquiátrico*. Cuba: Medisan, Revistas Médicas Cubanas, Nº 2.
- SACADURA-LEITE, E.; UVA, A.S. (2007) – *Stress relacionado com o Trabalho*. Lisboa: Saúde & Trabalho. Nº 6, Pág. 25-42.
- VALENTE, S. O. (2009) – *Prevenção da Depressão: Informação dos Alunos da Licenciatura de Enfermagem da FCS/ESS-UPP do 4º Ano*. Dissertação de Mestrado, Porto: Faculdade de Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde, Universidade Fernando Pessoa.

A AUTONOMIA PESSOAL E OS ADOLESCENTES COM CANCRO EM FASE TERMINAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Maria Leonor Fragoso Nobre⁶
José Carlos Amado Martins⁷

Os adolescentes com doença oncológica em fase terminal são confrontados com a morte num momento em que já se encontram a experienciar uma fase de transição. A Bioética considera que o conceito de morte digna implica respeito pela autonomia pessoal, muitas vezes desrespeitada por familiares/ profissionais de saúde.

Sabendo-se a importância da relação terapêutica dos profissionais de saúde com a família e utente, o enfermeiro desempenha um papel crucial devido à sua proximidade constante com os mesmos, possibilitando a partilha de anseios, medos e dúvidas através de uma relação empática. Assim, pretende-se compreender as vivências de adolescentes com doença oncológica em fase terminal relativamente à sua autonomia pessoal e a interação dos enfermeiros neste processo.

Para situar esta problemática numa perspectiva científica actual procedemos a um estudo de revisão sistemática da literatura, utilizando a metodologia PICO e recorrendo à metassíntese.

Dos resultados obtidos, evidencia-se a necessidade de envolvimento do adolescente nas decisões relativas aos cuidados que lhes são prestados, levando-os a contribuir para o seu planeamento, em conjunto com os profissionais de saúde e os pais. Este envolvimento deve ter em conta os aspectos físicos e emocionais, assim como os valores éticos, culturais e espirituais.

As decisões a tomar pelos jovens podem passar pela opção de finalizar os tratamentos, pelo início de medidas paliativas ou pela escolha do local da morte.

Assim, a autonomia deve ser um valor central, permitindo a cada um que, na medida dos seus desejos e possibilidades, exerça a sua liberdade e a possibilidade de realizar escolhas que vão ao encontro do seu projecto de vida. Respeitar a autonomia dos adolescentes é respeitar a sua dignidade.

Acredita-se que, dentro desta temática, o grande desafio para as equipas de saúde passa pela promoção da mudança de atitudes, no sentido de abandonar por completo a visão paternalista.

Bibliografia

ANTUNES, A. (1998) – **Consentimento informado**. In SERRÃO, D.; NUNES, R. – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, p.13-27.

BELL, J.C. (2009) – End-of-life experiences in adolescents dying with cancer. **Springer**. [Pesquisa em Maio de 2010] Acedido apenas ao resumo a partir de: <http://resource.metapress.com/>.

⁶ Enfermeira nos Hospitais da Universidade de Coimbra – CHUC

⁷ Professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- BORGES, A.D. [et al.] (2006) – Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**. Vol.11, nº 2, p.361-369.
- HALLSTROM, I.; ELANDER, G. (2004) - Decision-making during hospitalization: parent's and children's involvement. **Journal of Clinical Nursing**. Nº13, p.367–375.
- HANNAN, J.; GIBSON, F. (2005) - Advanced cancer in children: how parents decide on final place of care for their dying children. **International Journal of Palliative Nursing**. Vol. 11, nº6, p.284-291.
- HIGGINS, J.P.; GREEN, S. (2009) - **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions**. [Pesquisa em Novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.cochrane.org/training/cochrane-handbook>.
- MENOSSE, M.J.; LIMA, R.A. (2000) – A problemática do sofrimento: percepção do adolescente com câncer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol.34, nº1, p. 45-51.
- MEYER, E. C. et al. (2002) – Parental perspectives on end-of-life in the pediatric intensive care unit. **Critical Care Medicine**. Vol 30, nº1, p. 226-231.
- MONTEROSSO, L.; KRISTJANSON, L.J. (2008) - Supportive and palliative care needs of families of children who die from cancer: an Australian study. **Palliative Medicine**. Nº 22, p.59–69.
- POLES, K.; BOUSSO, R.S. (2009) – Morte digna da criança: análise de conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol.43, nº1, 215-222.
- REMEDI, P.P. [et al.] (2009) – Cuidados Paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol.62, nº1, p. 107-112.
- SANDELOWSKI, M. [et al.] (2007) – “Using Qualitative Metasummary to Synthesize Qualitative and Quantitative Descriptive Findings”. **Research in Nursing & Health**. Vol.30, nº.1, p. 99-111.
- TEIXEIRA, V. M.; BRAZ, M. (2010) - Estudo sobre o Respeito ao Princípio da Autonomia em Crianças e/ou Adolescentes sob Tratamento Oncológico Experimental, através do Processo de Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol. 56, nº 1, p.51-59.

NECESSIDADES DOS PAIS DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: PERSPECTIVA DOS PAIS

Olga Maria de Jesus Coelho dos Santos⁸
Ernestina Maria Batoca Silva⁹

A hospitalização da criança constitui uma experiência que ocasiona grandes mudanças na vida da criança e da família. A compreensão das necessidades dos pais e a minimização do sofrimento da criança passa pela presença dos pais durante as 24 horas do dia. Contudo, esta presença só tem significado quando se desenvolvem estratégias promotoras do envolvimento dos pais nos cuidados de saúde, capacitando-os para a continuidade de cuidados.

Com o objectivo de analisar a importância, a satisfação e a independência que os pais atribuem às necessidades de suporte e orientação e relativas à criança doente e aos outros membros da família, desenvolvemos um estudo descritivo, exploratório de cariz quantitativo, com uma amostra de 184 pais de crianças hospitalizadas em 4 hospitais portugueses. O instrumento utilizado foi a versão portuguesa do "Needs of Parents Questionnaire" (NPQ) validado para a população portuguesa por Lopes Ferreira *et al*, (2010).

Os resultados indicam que os pais atribuem mais importância às necessidades de suporte e orientação e são mais independentes face ao hospital relativamente às necessidades da criança doente e aos outros membros da família. Verifica-se também que algumas características, quer dos pais, quer das crianças hospitalizadas, quer da hospitalização, relacionam-se de forma estatisticamente significativa com a satisfação e a independência percebidas pelos pais face a estas duas necessidades.

Os resultados destacam a importância dos profissionais de saúde incorporarem na prática alguns aspectos que relevamos de grande importância, como sejam a avaliação das necessidades dos pais durante a hospitalização da criança e a definição de estratégias participativas dos pais, com informações que correspondam às suas expectativas em cada momento. A preparação para a alta deverá ser programada de forma a levar à aquisição de competências específicas dos pais e melhorar a articulação com o enfermeiro de família.

Parece-nos também importante a dinamização de grupos de reflexão com as enfermeiras acerca do envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de modo a clarificar conceitos e métodos de intervenção com as famílias, que sejam consensuais na equipa e norteadoras de boas práticas.

Bibliografia

ESPEZEL, H.I.E.; CANAM, C. J. – Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. Journal of Advanced Nursing. 44:1 (2003), p. 34-41.

⁸ Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica no Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE e mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

⁹ Professora coordenadora no Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, CID&TS e doutora em Bioética, Instituto de Bioética, UCP

FERREIRA, P.L. [et al.] - Validação e análise da precisão da versão em português do *Needs of Parents Questionnaire*. *Jornal de Pediatria*. 86:3 (2010) p. 221-227.

KRISTJÁNSDÓTTIR, G. – Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized two to six years old. *Scandinavian Journal Caring Science*. 9 (1995), p. 95-103.

KRISTJÁNSDÓTTIR, G. – A study of the needs of parents of hospitalized 2 to 6 years old children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 14 (1991), p. 49-64.

KYRITSI, H. [et al] – Parents needs during their child's hospitalization. *Nursing Gr.* 23 (2005), p. 5-9.

SABATÉS,A; BORBA, R. – As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13:6 (2005), p. 968-973.

SHIELDS, L.; Hunter. J.; HALLJ. – Parents and Staff's perceptions of parental needs during a child's admission to hospital: an England perspective. *Journal of Child Health Care*. 8:1 (2004), p. 9-33.

YGGE B-M.; ARNETZ, J.E. – Quality of pediatric care: application of an instrument for measuring satisfaction with hospital care. *International journal for Quality in Health Care*. 13 (2001), p.33-43.

A INFLUÊNCIA DA DOR NA DEPRESSÃO DOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Gomes¹⁰

Lúcia Prior¹¹

Paula Machado¹²

Olivério Ribeiro¹³

Introdução: Muitos profissionais de saúde assumem intrinsecamente que é natural a pessoa estar deprimida quando se vê confrontada com a iminência da morte. No entanto é importante saber que é uma condição tratável e cabe aos profissionais estarem capacitados para a sua identificação e tratamento precoce. Em cuidados paliativos a depressão e a dor são duas entidades frequentemente presentes tendo um impacto negativo na qualidade de vida e no sofrimento dos doentes e família.

Objectivo: Identificar qual a influência da dor na depressão dos doentes em cuidados paliativos.

Método: Estudo de cariz transversal, descritivo-correlacional. Realizada a colheita de dados através de um formulário, recorrendo-se à Escala Visual Analógica para avaliação da intensidade da dor e ao Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra e Abreu, 1973) para determinar a depressão. A amostra não probabilística foi constituída pelos doentes internados nas Unidades de Cuidados Paliativos de Cantanhede e Seia no período de 24 Janeiro a 30 Junho 2011.

Resultados: A amostra foi constituída por 50 doentes, 26 mulheres e 24 homens com idades compreendidas entre os 41 e os 95 anos. Os dados obtidos permitiram traçar o perfil sócio-demográfico médio dos doentes estudados, caracterizado por um indivíduo de 72 anos, reformado, a residir com familiares em meio rural, casado ou a viver em união de facto e com o ensino básico

A maioria dos doentes apresentou sintomatologia depressiva (94.0%). No momento da recolha de dados 60% dos doentes revelou ter dor e destes 76,7% classificou-a de moderada.

Conclusão: A dor e a depressão estão intimamente relacionadas. A presença de dor é preditiva da depressão, no entanto os dados disponíveis foram insuficientes para comprovar a relação entre a intensidade da dor e a depressão. Sugere-se que a realização de outros estudos com amostra de maior dimensão possa contribuir favoravelmente para esclarecer esta problemática.

Palavras-chave: Depressão; Dor; Cuidados Paliativos.

Bibliografia

IRVING, G; LLOYD-WILLIAMS, M - Depression in advanced cancer. European Journal Of Oncology Nursing. [Em linha]. (2010). [Consult. 10 Setembro 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=126&sid=e48cdd68-bce1-41fb-96da-93bc3fd04780%40sessionmgr11&bdata=Jmxhbm9c9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&N=20299283>.

¹⁰ Enfermeira na UCIP,CHTV-EPE

¹¹ Enfermeira na UCIP,CHTV-EPE

¹² Enfermeira na UCIP,CHTV-EPE

¹³ Professor adjunto do Instituto Politécnico de Viseu, ESSV e Mestre em Ciências de Enfermagem

RAYNER, Lauren, [et al.] - The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: cross-sectional survey with four-week follow-up. Palliative Medicine [Em linha]. 25(3) (2010) 229-241. [Consult. 8 Setembro 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=126&sid=ced8458f-196a-4630-8bbc-45ddf0420bfe%40sessionmgr115>

A INFLUÊNCIA DO PADRÃO DE SONO NA DEPRESSÃO NOS DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Lúcia Prior¹⁴
Ana Gomes¹⁵
Paula Machado¹⁶
Olivério Ribeiro¹⁷

Introdução: A depressão é uma problemática à qual tem sido dada bastante atenção nos últimos anos dada a sua incidência nos doentes em Cuidados Paliativos, considerados como um grupo de risco para o desenvolvimento de muitas perturbações.

O estudo do seu impacto, nesta população específica, assim como os fatores com ela relacionados: a dor; as desordens do sono (insónia e hipersónia), é fundamental para que possam ser planeados programas concretos no combate e prevenção da sintomatologia depressiva, prevenindo a sua evolução para um quadro de depressão.

Objectivos: Identificar a depressão em doentes em Cuidados Paliativos e analisar a influência do padrão de sono na depressão em doentes em Cuidados Paliativos.

Material e métodos: Estudo de cariz transversal, explicativa descritiva, analítica, retrospectiva e correlacional.

O formulário aplicado é composto pela caracterização sócio-demográfica, avaliação clínica, um Inventário de Depressão de Beck e um Questionário de Sono de Oviedo, à amostra selecionada, foi não probabilística de conveniência, uma vez que é constituída pelos doentes que se encontraram internados nas Unidades de Cuidados Paliativos do Hospital de Arcebispo João Crisóstomo de Cantanhede e do Hospital de Seia, de 24/1 a 30/6/2011.

Resultados/Discussão: Dos 50 doentes estudados, com idades compreendidas entre os 41 e os 95 anos, (M= 71,96; Dp=12,392), 92,0% apresentam sintomatologia depressiva, 60,0% depressão grave, 86,0% detém diagnóstico de neoplasia, 62,0% tomam antidepressivos e 88,0% medicamentos para dormir. Apenas 36,0% revela um doente satisfeito com a qualidade do seu sono, sendo que as mulheres têm mais insónias e hipersónias que os homens.

Conclusão: No conjunto dos itens em estudo, relativos à relação entre o padrão de sono e a depressão, inferimos que esta é influenciada apenas pela insónia, sendo esta relação estatisticamente bastante significativa, (t=2,849; p=0,007).

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Depressão, Padrão de Sono e Insónia

Bibliografia

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - Cuidados paliativos: o que são? [Em linha]. 2006. [Consult. 13 Outubro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>>.

¹⁴ Enfermeira na UCIP,CHTV-EPE

¹⁵ Enfermeira na UCIP,CHTV-EPE

¹⁶ Enfermeira na UCIP,CHTV-EPE

¹⁷ Professor adjunto do Instituto Politécnico de Viseu, ESSV e Mestre em Ciências de Enfermagem

DIRKSEN,S.R;; EPSTEIN,D.R. - Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. J Adv Nurs [Em linha]. 61 (6) (March 2008) 664-75. [Consult. 6 Dezembro 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18302607>>.

PORTAL DA SAÚDE – Depressão [Em linha]. 2006. [Consult. 3 Janeiro 2010]. Disponível em WWW: URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>>.

AUTOCUIDADO: UM CONCEITO CENTRAL EM ENFERMAGEM

Jóni André Borges Madureira¹⁸

Vanessa dos Santos Cardoso Monteiro¹⁹

Numa sociedade cada vez mais exigente no que diz respeito à saúde, o autocuidado enquadra-se como um conceito central a desenvolver. Os indivíduos desejam mais controlo sobre as suas vidas, reclamando o poder de tomada de decisão baseado em conhecimento e suporte sobre o autocuidado. O autocuidado, no seu exponencial máximo, engloba tudo aquilo que cada um faz em seu favor ou em favor dos outros de si dependentes. A enfermagem, como disciplina do conhecimento e tendo por objecto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assume um papel preponderante no sentido de perceber melhor e facilitar as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e comunidades no que se refere ao autocuidado. O aprofundamento desta temática contribui para profissionalizar algumas intervenções de enfermagem, que produzem ganhos efectivos em saúde. Com o objectivo de compreender a problemática inerente ao autocuidado, realizou-se uma análise à melhor evidência disponível, em bases de dados científicas. Foram encontrados 15 artigos de investigação. Os resultados apontam para, o carácter do autocuidado, enquanto processo dinâmico e mutável ao longo dos tempos quer na sua intensidade, quer no objectivo para que concorre. Assim sendo, faz todo o sentido pensar nas situações em que o autocuidado se torna insuficiente para as exigências e/ou necessidades, pois é diferente falar em autocuidado de uma pessoa dependente ou de uma pessoa independente, com diferentes implicações para a prática do enfermeiro. De outro modo, parece-nos fundamental operacionalizar este conceito, através da definição de níveis de autocuidado. É igualmente de salientar a necessidade de estimar o potencial de autonomia para o autocuidado e encontrar uma teoria unificadora.

Nesta área muito é feito pelos enfermeiros, mas é preciso mais conhecimento que suporte a prática, mais investigação, tendo em vista a qualidade do exercício profissional e dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Autocuidado; Enfermagem.

Bibliografia

Alvarenga, R. et al. (2005) – Cuidados Paliativos Domiciliares: sistematização da Assistência da Enfermagem Oncológica. São Paulo: 17ª Jornada de Enfermagem Oncológica do Hospital do Câncer A. C. Camargo, pp 1-16.

Ashworth, P. (1992) – Patient participation; its meaning and significance in the context of caring. In *Journal of Advanced Nursing*, (Vol. 17), pp. 1430-1439.

Backman, K. et al.(1999) – Model for Self-care of Home-dwelling Elderly. In *Journal of Advanced Nursing*, (Vol. 30(3), pp. 564-572).

¹⁸ Enfermeiro na UCC Vila Real I

¹⁹ Enfermeira na UCC Vila Real I

- Becker, G. & Newsom, E. (2004) – Self-Care among chronically African- Americans: culture, health disparities, and health insurance status. In American Journal of Public Health, (Vol.94(12), pp. 2066-2074).
- Bennet S. et al. (2000) – Self-Care Strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. In Nursing Research, (Vol.49(3), pp. 139-145).
- Blair, C. et al. (1996) – Group and single-subject evaluation of a programme to promote self-care in elderly nursing home residents In Blackwell Science Ltd, pp. 1207-1213.
- Cade, N. (2001) – A Teoria do Deficit de Autocuidado de Orem aplicada em Hipertensas. In Revista Latino-Americana de Enfermagem, (Vol.9 , Nº3) .
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ ICNP. Versão 1.0. Lisboa: IGIF.
- Dennis, C & Jesek-Hale, S. (2003) - Therapeutic self-care demand for a nursing population of normal newborns. In Self-care, Dependent-care and Nursing, (Vol.11/nº1, pp. 3-10).
- Department of Health (2005) - Self-care- a Real choice. Self-care support- a practical option. Londres. [consultado a 10/05/07; disponível em: [http:// www.dh.gov.uk/SelfCare](http://www.dh.gov.uk/SelfCare)].
- Dill, A. et al. (1995) – The meaning and practice of self-care by older adults: a qualitative assessment. In Research in Aging, (Vol.17, pp. 8-41).
- Erickson et al. (1990)- Modeling and Role- modelling: a theory and paradigm for nursing. Austin, Texas.
- Faucett, J. et al. (1990) - The effect of Orem’s self-care model on nursing care in a nursing home setting. In Journal of Advanced Nursing, (Vol. 15, pp 659-666).
- Fialho, A. et al.(2002) - Adequação da teoria do déficit do autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. In Revista Latino-Americana de Enfermagem, (Vol.10 nº5); Ribeirão Preto.
- Fonseca, S. (1997) – O cuidado de Enfermagem a Pacientes em Quimioterapia Antineoplásica: uma aplicação da Teoria de Dorothea Orem. In Acta Paul. Enf., (Vol. 10, Nº 2, pp. 74-79).
- Goldmeier, S. & Castro, I. (2005) – A Teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. In Revista de AMRIGS, (Vol. 49, Nº 3).
- Honório, M. (2005) – O ensino do autocuidado como uma alternativa de assistência de enfermagem ao idoso com incontinência urinária. Universidade Federal de Santa Catarina, Anais da 5ª semana de Ensino, Pesquisa e Extensão.
- Jaarsma, T. et al. (2000) – Self-care Behaviour of Patients with Hearth Failure. In Scandinavian Journal of Nursing, (nº14, pp.112-119).
- Leenerts, M. & MAGILVY, J. (2000) – Investing in Self-Care: A Midrange Theory of Self-Care Grounded in the Lived Experience of Low-Income HIV-Positive White Women. In Adv Nurs Sci; pp 58-75.
- Lev, E. & Owen, S. (2002) - Association of cancer patients’ quality of life, symptoms, moods, and self-care self efficacy with family caregivers’ depression, reaction and health. In Self-care, Dependent-care and Nursing, (Vol.10/nº2, pp. 3-12).
- Matos et al. (2007) - Jornada de trabalho e práticas de autocuidado entre trabalhadoras de enfermagem do Rio de Janeiro [consultado a 09/05/07; disponível em: <http://b200.nce.ufri.br/eean/viewabstract.php?id=39>].

OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA: PERCEÇÃO DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS UCI NA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL

Ana Teixeira, Elisabete Figueiredo, Isabel Martins, João Melo²⁰
António Carneiro²¹
Cláudia Camila, Cristina Granja²²
Ana Sofia Carvalho²³

Introdução: As Unidades de Cuidados Intensivos criaram um novo paradigma de intervenção ao permitir o suporte artificial de funções vitais. Contudo, esta só tem sentido se tiver por objetivo a cura ou tratamento com vista à recuperação do doente para uma vida digna. Não deve ser mantida para prolongar o processo de morrer. A obstinação terapêutica questiona o respeito pela dignidade e integridade da pessoa vulnerável, constituindo a fronteira entre a beneficência e a maleficência. Impõe-se uma reflexão norteada por coordenadas éticas e centrada na realidade do doente, no sentido de evitar a ocorrência de Obstinação Terapêutica.

Objetivos: Pretende-se documentar a percepção que os médicos e enfermeiros das UCI têm da existência de obstinação terapêutica na sua prática, as razões pelas quais há obstinação terapêutica e saber quais as intervenções que julgam apropriadas para reduzir a ocorrência da mesma.

Metodologia: É um estudo descritivo simples utilizando o método quantitativo, através da aplicação de um questionário, aplicado a enfermeiros e médicos em exercício nas UCIP dos hospitais da zona centro de Portugal. A análise de dados é efetuada através do programa informático SPSS® v.17.0.

Resultados: O estudo realizado compara a percepção dos médicos e enfermeiros das UCI face à prática de Obstinação Terapêutica, que é tida por ambos os grupos como importante ou muito importante.

Os tratamentos excessivos / injustificados parecem ocorrer de forma ocasional ou frequente e na opinião dos inquiridos os factores que concorrem para essa realidade são: incapacidade de aceitação do fracasso, formação insuficiente sobre Fim de Vida e avaliação incorrecta da situação clínica do doente.

Os inquiridos têm a percepção de que as decisões de Fim de Vida quando indicadas, são na sua maioria assumidas ocasionalmente.

O estudo evidencia uma discrepância entre quem os inquiridos entendem que deveria estar envolvido nas decisões de fim de vida e quem de facto é envolvido. A existência de um registo nacional de directivas antecipadas por vontade manifesta do doente relacionadas com atitudes terapêuticas em fim de vida, parece que poderia facilitar a decisão dos profissionais de saúde.

²⁰ Enfermeiros no Centro Hospitalar Tondela -Viseu

²¹ Médico no Hospital Arrábida

²² CINTESIS Faculdade Medicina Porto

²³ Instituto de Bioética da UCP

Conclusão: Este estudo revela que há diferenças significativas na percepção que médicos e enfermeiros têm das decisões de fim de vida nas respectivas UCI. A maioria não fez formação específica sobre questões de Fim de Vida, embora sinta necessidade, particularmente no que concerne a aspectos da comunicação e controlo de sintomas, que a par com o envolvimento de toda a equipa, é entendida como estratégia capaz de minimizar a ocorrência de Obstinação Terapêutica.

Bibliografia

Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre I. (2003). Life-Sustaining Treatment Decisions in Portuguese Intensive Care Units: a national survey of intensive care physicians. *Critical Care*. 7: R 167- R 175.

Carvalho KK, Lunardi VL. (2009). Therapeutic Futility as na Ethical issue: Intensive Care Unit Nurses. *Ver. Latino-am Enfermagem*. 17(3): 308-313.

Ferrand E, Jabre P, Genod CV, et al. (2008). Circumstances of Death in Hospitalized Patients and Nurses Perceptions: *Arch Intern Med*. 168(8):867-875; A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care* 20: 207– 213.

Sibbald R, Dowar J, Hawryluck L. (2007). Thompson T, Cox P, Massimo Antonelli, Carlet JM, Cassell J, et al. (2004). Challenges in End-of-Life Care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary. *Critical Care*. Vol 32, nº 8: 1781 – 1784.

Truog R, Cist A, Brackett S, Burns J, Curley M, et al. (2001). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. Vol 29, nº 12: 2332-2348.

VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA – OPINIÃO DOS DOENTES

João Melo, Ana Teixeira, Anabela Novo, Marisa Figueiredo, Natália Branco²⁴

Introdução: A Visita de Enfermagem Pré Operatória promove no doente e família a confiança e segurança, garantindo a humanização e melhoria dos cuidados. Objetivou-se a sua implementação no Hospital S. Teotónio, EPE e para tal apresentou-se o projeto. Para fundamentar melhor as vantagens da visita, importa conhecer a opinião dos visados.

Objetivos: Conhecer a opinião dos doentes aos quais foi feita a VEPO; Conhecer a perceção quanto à utilidade da mesma; Recolher dados que permitam fundamentar a mais-valia do procedimento como forma de promoção e melhoria contínua da prestação dos cuidados de Enfermagem ao doente cirúrgico.

Material e Métodos: Estudo descritivo simples de método quantitativo e desenvolvido de Março 2009 a Janeiro de 2011. Efetuadas 107 entrevistas telefónicas aleatórias no período entre 1 a 3 meses do pós-operatório, a doentes operados pelos serviços Cirurgia Geral, Urologia e Cirurgia Vasculardo Hospital S. Teotónio, EPE. A análise de dados é efetuada através do programa informático SPSS® v.17.0

Resultados: Dos entrevistados, 90,7% recordam-se da VEPO e 61,7% consideram-na como "Muito Útil", seguido de 29,0% como "Útil". As razões para tal, foram para 73,5% o facto de terem obtido mais informação, para 61,4% terem ficado mais tranquilos e para 46,9% mais confiantes. 99% da amostra afirma ter recebido os esclarecimentos necessários, porque para 89,7% foram contactados por enfermeiro do BOC e para 71% receberam folheto sobre BOC. A confiança incutida em relação à anestesia e à cirurgia, foi respetivamente apontado como relevante para 85,5% e 84,8% dos respondentes. É importante conhecer o enfermeiro do Bloco Operatório (90,7%), porque 57,8%, entendem que é mais conhecedor do assunto, 48,2% referem que explica melhor e 29% porque dizem incutir mais confiança.

Conclusão: Evidencia-se a importância e utilidade da VEPO, independentemente de terem ou não cirúrgicas anteriores. O mais importante é a tranquilidade e confiança ao receberem informação sobre o BO. É importante serem visitados por enfermeiros do Bloco Operatório. Os resultados vão no sentido de considerar a VEPO como crucial para a preparação pré-operatória, logo contribui para a melhoria dos cuidados.

Bibliografia

CABRAL, D. M. - Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, UP, 2004. Tese de Doutoramento.

DAWSON, S. **Princípios da preparação pré-operatória**. In Kim Manley e Loretta Bellman. **Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada**. Lisboa: Lusociência, 2003.

²⁴ Enfermeiros no Centro Hospitalar Tondela -Viseu

GOMES, Noélia - O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, 2009. - Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

LAVAREDA, L. & SOVERAL, F. **Informação: uma perspectiva de intervenção: estudos em enfermagem.** Jornal de Enfermagem, Junho 2007.

LOURENÇO, M. Cuidar no bloco operatório. Nursing, 187, p.25-28;

PORTUGAL, Ministério da saúde. Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, Abril 2004.

O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE DOAÇÃO E COLHEITA DE ÓRGÃOS

Elisabete Figueiredo; Anabela Batista, Ana Teixeira, João Melo²⁵

Ana Sofia Carvalho²⁶

Cristina Granja, Orquídea Ribeiro²⁷

João Pina; Paulo Lopes²⁸

Introdução: Sendo o consentimento presumido, baseado nos princípios da autonomia, solicitude, solidariedade, justiça distributiva e gratuidade, apresenta-se como o principal argumento ético/moral que apoia a colheita de órgãos. No entanto, é crucial o entendimento sobre os fatores que minimizam a sua optimização.

Objectivos: Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca de todo processo de doação e colheita de órgãos; Conhecer a opinião dos profissionais de saúde face ao mesmo; Identificar áreas de actuação que promovam a mudança de atitudes.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo descritivo simples utilizando o método quantitativo. A população alvo foi constituída por enfermeiros e médicos em exercício nos serviços de Urgência Geral e Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes dos hospitais da zona centro de Portugal, onde se efectuam colheitas de órgãos. Excluído o hospital onde se realiza a transplantação (HUC). O estudo desenvolveu-se de Maio a Outubro de 2009.

Resultados: Na avaliação do conhecimento sobre o processo de doação de órgãos compararam-se as respostas dos profissionais que tinham tido formação específica com as dos que não tiveram formação específica nesta área. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em quase todas as respostas, mostrando a necessidade de formação específica na área. Os motivos mais enumerados para o número reduzido de colheitas de órgãos, foram em primeiro lugar (27%) "dúvidas em iniciar o processo de doação - colheita", em segundo lugar com 23% "dificuldade em confirmar diagnóstico de morte cerebral"; o menos enumerado foi "dificuldade na comunicação com o coordenador hospitalar (2%)". Salienta-se que, 52% refere que a informação sobre a possibilidade de registo no RENNDA não está acessível a todos os cidadãos.

Conclusão: Este estudo sugere um défice de informação sobre todo o processo e a necessidade de formação específica nesta área, tendo em vista a promoção e melhoria na prática dos cuidados.

Bibliografia

Circular Normativa nº 13/GDG/09/072009;

Circular Informativa nº 1/GDG/23/06/08;

Decreto-Lei nº 244/94, D.R, I Série -A, 223 (26/09/94), 5780-5782; Decreto-Lei nº 274/99, D.R, I Série - A, 169 (22/07/99), 4522 – 4526;

²⁵ Enfermeiros no Centro Hospitalar Tondela -Viseu

²⁶ Instituto de Bioética da UCP

²⁷ CINTESIS Faculdade Medicina Porto

²⁸ Hospital S. André - Leiria

Lei nº141/99, D.R, I Série - A, 201 (28/08/99), 59955;

Lei nº12/93, D.R, I Série - A, 94 (22/04/93), 1961 – 1963; Lei nº22/2007, D.R, I Série -nº124 (29/06/07),4146;

<http://www.asst.minsaude.pt/transplantação/serviços/Paginas/redenacional.aspx>;<http://www.asst.minsaude.pt/recortes/Paginas/doaçaoorgaoslutavida.aspx>; <http://www.pgdlisboa.pt/>;

TPM EDUCACIONAL PROJECT - Transplant coordination manual, PTM – FUNDACIÓ IL3, Universitat de Barcelona, 2007.

BEM-ESTAR SUBJETIVO EM DOENTES CARDÍACOS: FATORES DETERMINANTES

Cristina Martins²⁹

Introdução: O bem-estar subjetivo é um conceito recente muitas vezes confundido com a qualidade de vida. Integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva. A componente afectiva é mais vulgarmente conhecida pelos afectos positivos e afectos negativos enquanto que a componente cognitiva está relacionada com a satisfação com a vida.

Objetivos: Identificar se as variáveis sócio-demográficas influenciam o bem-estar subjetivo do doente cardíaco internado numa UCIC; Analisar se o *stress*, a ansiedade e a depressão influenciam o bem-estar subjetivo; Avaliar se a presença de outras patologias associadas, o uso de medicação antidepressiva e/ou cardíaca, influencia o bem-estar subjetivo; Analisar se os hábitos de saúde influenciam o bem-estar subjetivo.

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal, descritivo – correlacional. Realizado em 90 doentes internados em unidades de cuidados intensivos coronários, sendo 64,4% do sexo masculino e 35,6% do sexo feminino. A recolha de informação inclui um questionário composto pelo questionário de bem-estar – PANAS, (Watson, Clark & Tellegen, 1988), escalas de ansiedade, depressão e *stress* – EADS, (Lovibond, P., & Lovibond, S, 1995), dados pessoais e alguns estilos de vida adotados, pertinentes para o estudo.

Resultados: Verificaram-se significâncias estatísticas na componente afetiva do bem-estar, nomeadamente nos Afetos positivos:

- Nos indivíduos com idades ≤ 48 anos e os indivíduos entre 62-70 ($p=0,018$) e os indivíduos de 71-78 anos ($p=0,009$);
- Entre os indivíduos com limitação física para atividades quotidianas e os que possuem acentuada limitação física ($p=0,038$).

Conclusão: Confirma-se parcialmente a hipótese relativamente aos Afetos positivos e balanço afetivo relativamente à idade e no que concerne aos Afetos positivos e limitação física.

Confirma-se totalmente a hipótese relativamente ao rendimento auferido e o bem-estar subjetivo.

Palavras-chave: Bem-estar subjetivo, afetos positivos, afetos negativos, balanço afetivo, doença cardiovascular.

²⁹ Enfermeira na Unidade Hospitalar de Lamego (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE)

CAPÍTULO 3 – POSTERS

NUTRIÇÃO NA UCIP – PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO NO DOENTE CRÍTICO

Ana Maria Gomes, Ana Reis, Helena Beliz³⁰
Belmiro Sequeira³¹

Introdução: A nutrição entérica é a recomendada como primeira linha e só depois a via parentérica. Apresenta diminuição dos riscos, tempo de internamento e custos em saúde. A instabilidade hemodinâmica, as interrupções para procedimentos/ exames, a intolerância gastrointestinal secundária a drogas sedativas, analgésicas e curarizantes, as complicações metabólicas e as infeções influenciam a administração do suporte nutricional. Algumas complicações podem ser evitadas ou minimizadas.

Objetivos: Conhecer a realidade do serviço para melhorar a qualidade e uniformizar os cuidados prestados.

Métodos: Estudo retrospectivo a 120 processos de doentes internados na UCIP de 1998 a 2010; amostra constituída por seleção aleatória de 10 processos por ano; Colheita de dados em grelha de monitorização própria; Análise dos dados e tratamento estatístico (SPSS).

Resultados/Discussão: Verificámos que 96,7% dos registos efetuados eram suficientes para o estudo. A nutrição foi iniciada precocemente até ao 2º dia (64,2%). A maioria dos doentes (66,6%) iniciou NE e em situações de contra-indicação iniciaram a NPT (33,3%). Estes dados corroboram com as recomendações da ASPEN e ESPEN quanto ao início da nutrição, que deve ser iniciada nas primeiras 48 horas, e preferencialmente a NE. Não toleram a NE 30%, destes a causa foi 83,3% por estase gástrica e 12,5% por causas mecânicas, conforme esperado em doentes críticos. Os procedimentos efetuados foram 25% pausa alimentar, 25% pausa e administração de procinéticos, 16,7% troca de NE e 16,7% diminuição do ritmo da NE, constatando-se ausência de critérios.

Conclusão: Verificámos falta de uniformização nos procedimentos, sendo necessário a implementação de um protocolo de atuação para melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Bibliografia

ASPEN- [Em linha]. 2010 [Consult. 12 dezembro 2010] Disponível em WWW:<
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11841046 e www.nutritioncare.org/
[ESPEN](http://www.espen.org/)- [Em linha]. 2010 [Consult. 12 dezembro 2010] Disponível em WWW:< www.espen.org/

³⁰ Enfermeiras na UCIP do Centro Hospitalar Tondela -Viseu

³¹ Enfermeiro chefe da UCIP do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

ÉTICA E DIREITOS DO HOMEM - RESPOSTAS DA SOCIEDADE E DA ENFERMAGEM

Associação OIKOS um exemplo português

Ernestina Batoca Silva³²

Vera Afonso, Anabela Costa, Nelita Fernandes, Mara Marçalino, Ricardo Mota³³

Introdução: A ética, a democracia, os direitos do Homem e a inclusão social são temáticas alvo de preocupação social e prioridade das acções colectivas do estado e da sociedade civil neste século XXI. A "Declaração Universal dos Direitos do Homem", homologada pela ONU em 1948, é a prova da necessidade e importância da ética. Todos os cidadãos deveriam incorporar os princípios como uma atitude prática diante da vida quotidiana. Deste modo, o nosso objectivo é contribuir para a reflexão sobre os direitos do Homem e a sua implicação na actuação da enfermagem. A Associação OIKOS, sem fins lucrativos, procura que o desenvolvimento humano seja equitativo e sustentável à escala local e global.

Métodos: Realizada pesquisa bibliográfica sobre os direitos do Homem e a influência da ética na sociedade. Explorado o trabalho desenvolvido pela OIKOS para a defesa dos direitos do Homem.

Resultados: A "Declaração Universal dos Direitos do Homem" enuncia os direitos fundamentais, civis, políticos e sociais de todos os seres humanos, sem discriminação de raça, sexo, nacionalidade ou de outro tipo, qualquer que seja o país que habite ou o regime nele instituído. A associação OIKOS encontra-se em vários países incluindo Portugal. Visa a cidadania global para a promoção da equidade entre as pessoas. A sua actividade centra-se nas áreas da emergência/acção humanitária, desenvolvimento/ vida sustentável e mobilização/ cidadania global. Na área pediátrica tem desenvolvido alguns trabalhos para a promoção dos direitos das crianças. Os direitos fundamentais do Homem operacionalizam-se no âmbito da Enfermagem por via do Código Deontológico do Enfermeiro. É porque as pessoas são detentoras de determinados direitos que os enfermeiros são obrigados a determinados deveres.

Conclusão: A preocupação pela defesa dos direitos do Homem é uma luta que todos devem abraçar. São várias as associações nacionais e internacionais que lutam pela sua defesa. O enfermeiro tem um papel importante, enquanto advogado e defensor dos direitos do utente.

Palavras-chaves: Ética, Direitos Humanos, associação OIKOS, Enfermagem.

Bibliografia

BARRETO, Ireneu Cabral - **A Convenção europeia dos direitos do homem**, 2ª ed. Anotada, revista e actualizada, Coimbra, Coimbra Ed., 1999

HENRIQUES, Mendo *et al.* - **Educação para a Cidadania**. Lisboa: Plátano Editora, 1999.

ASSIS DE ALMEIDA, Guilherme - **Direito Internacional dos Direitos Humanos: Instrumentos Básicos**. Lisboa. Atlas/Dinalivro. 2002

³² Professora coordenadora no Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, CID&TS e doutora em Bioética, Instituto de Bioética, UCP

³³ Enfermeiras e estudantes do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESSV, IPV

MENDES, Victor - **Direitos Humanos - Declaração e Convenções Internacionais**. Lisboa. 2002 CIE - OS ENFERMEIROS E OS DIREITOS HUMANOS, 1998

DUARTE, Alberto “**direitos humanos: Centralidade Ética em Enfermagem**”, 2009 disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/DireitosHumanos.aspx>

DIREITOS HUMANOS – UM PROJETO PORTUGUÊS DE AJUDA INTERNACIONAL

Georgina Abrantes, Sandra Luís, Sónia Roque³⁴
Sandra Cunha³⁵

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu artigo 25º, refere: "Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica (...)."

Infelizmente, na atualidade esse direito ainda não é garantido a todas as pessoas, o que faz com que diversas organizações nacionais e internacionais procurem auxiliar no sentido de permitir o cumprimento do direito à saúde para todos.

É nosso objetivo reforçar a importância da cidadania como forma de divulgar, sensibilizar, alertar, consciencializar...

Uma dessas entidades, sediada em Portugal, são os Médicos do Mundo. É uma Organização Não Governamental (ONG) de ajuda humanitária e cooperação para o desenvolvimento. A sua missão é "Prestar cuidados de saúde às populações mais vulneráveis, quer em situações de emergência quer no combate à exclusão social, fora e dentro do país".

Um dos muitos projetos (nacionais e internacionais) que está atualmente em curso é o "Comunidade Saudável", a decorrer em Timor Leste, cuja área de intervenção é a da promoção da Saúde Materno - Infantil.

Timor Leste é uma das nações mais jovens do mundo e é também um dos países mais pobres, posicionando-se no 150.º lugar, num total de 177 países (PNUD, 2007/8). Segundo o relatório da Situação Mundial da Infância (UNICEF, 2008) a taxa de mortalidade materna ajustada é de 380 por cada 100 mil nados vivos e a taxa de mortalidade infantil é de 77 em cada mil nados vivos, consequência esta última da combinação de vários fatores tais como as condições de saneamento precárias, doenças infecciosas e parasitárias e malnutrição. Este projeto tem como objetivo reduzir a taxa de mortalidade e morbidade materno-infantil, aumentando o acesso e a qualidade a serviços de saúde na rede fixa e a nível da comunidade através da ajuda à implementação do programa SISCa (Sistema Integrado de Saúde Comunitária).

³⁴ Enfermeiras na Unidade de Neonatologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e estudantes do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESSH, IPV

³⁵ Enfermeira no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESSH, IPV

BOAS PRÁTICAS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DAS ASSISTENTES OPERACIONAIS NA UCIP

Ana Maria Gomes³⁶
Belmiro Sequeira³⁷
Maria Clarinda Esteves Simões³⁸

Introdução: A importância das mãos na transmissão das infeções hospitalares está bem demonstrada e pode ser minimizada pela higiene adequada. A adesão à lavagem das mãos é frequentemente insuficiente. A efetividade desta campanha depende da adesão dos profissionais prestadores de cuidados, nomeadamente dos Assistentes Operacionais (A.O.).

Métodos: Estudo baseado numa pesquisa bibliográfica tendo como palavras chave: IACS; higienização das mãos; técnicas de lavagem das mãos.

Objectivos: Promover a qualidade de cuidados; Aumentar a adesão dos A.O. ; Contribuir para a diminuição da taxa de infeções.

Resultados: Num estudo efetuado pela OMS a taxa de adesão dos A.O. foi de 37.7%. O objetivo a atingir é uma taxa de adesão de 75% (média nacional), sendo que o preconizado para 2013, é de 90%. (DGS, 2008-2010). Analisando o relatório no HST EPE, (2009) a taxa global da adesão à Higiene das Mãos na Fase pré Campanha foi de 28,1%, na pós Campanha foi de 66,1% encontrando-se num nível satisfatório (segundo escala da percentagem de adesão (OMS) cujos valores deste nível são entre 51% a 75%. Quando se analisa a Taxa de adesão global dos A.O. verificamos que na fase pré campanha foi de 14%, e na pós campanha a taxa subiu até aos 26,5%. Na Observação das práticas na UCIP, 20,5% dos A.O. foram auditados. A taxa de adesão foi de 57,1%, sendo muito satisfatória uma vez que é superior á taxa global do hospital para este grupo de profissionais. Nas oportunidades de higienização das mãos 46,2% utilizaram a solução anti-séptica de base alcoólica. (CCI, 2009).

Conclusões: O envolvimento dos assistentes operacionais é crucial e decisivo. No decorrer da sua atividade diária, detêm imensa responsabilidade para evitar as IACS, implementando procedimentos adequados, que minimizem a disseminação de microrganismos.

Bibliografia

CCI (COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO), relatório da campanha local de higienização das mãos, Hospital S. Teotónio Viseu, EPE, 2009

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA IACS, Manual de operacionalização [Em linha]. Lisboa: DGS, 2007. [Consult. 2 Janeiro 2012]. Disponível na WWW: <URL: www.arslvt.min-saude.pt/.../SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da IACS, Campanha Nacional de Higiene das Mãos, relatório 2008-2010 [Em linha]. Lisboa: [Consult. 12 Janeiro 2012]. Disponível na WWW: < URL: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cr=11503>>.

³⁶ Enfermeiras na UCIP do Centro Hospitalar Tondela -Viseu

³⁷ Enfermeiro chefe da UCIP do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

³⁸ Estudante do Curso de Licenciatura de Enfermagem 19^oCL ESSV, IPV

CUIDAR: UM PERCURSO FEITO EM PARCERIA

Cláudia Sousa, João Granado e Rosa Chibante³⁹

Se a construção de um modelo humanístico de cuidados ao doente - cidadão impõe o cumprimento de algumas condutas (positivas e negativas) por parte do utente, não é menos verdade que a "narrativa" que se tem vindo a instalar pode conduzir no sentido de uma responsabilização do doente e da imposição de injustificados deveres àquele que, estando em situação de vulnerabilidade, mais deveria merecer cuidado e apoio.

É neste sentido que pretendemos apresentar este Poster expressando um processo de contra-reforma e de opressão, que pode vir a afectar o acesso justo ao sistema de saúde, sobretudo por parte das classes socioeconómicas mais desfavorecidas e que pode gerar discriminações que atentem contra o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa.

Constata-se que se caminha no sentido do doente ser ouvido, designadamente em matéria de conteúdo dos cuidados de saúde, qualidade de serviços e encaminhamento das queixas, proporcionando-lhe constante informação e educação, instrumentos indispensáveis ao cabal exercício dos seus direitos.

É nosso objectivo dar a conhecer o direito à protecção da saúde consagrado na Constituição da República Portuguesa que assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade.

Como resultado denota-se que, neste quadro de crescente acolhimento dos direitos dos doentes, emerge, em contrapartida, um conjunto de deveres, que lhe incumbe observar responsável e civicamente, para que possam ser atingidos os objectivos pretendidos.

Em jeito de conclusão e mensagem final, a salvaguarda dos direitos e deveres dos doentes é complexa, o enfermeiro ao prestar cuidados às pessoas, assume o dever de respeitar os seus valores, costumes, convicções religiosas, protegendo os seus direitos e a dignidade humana.

Bibliografia

MELO, Helena Pereira - O Direito a Morrer com Dignidade. Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde. Ano 3, nº 6, 2006, p. 69-79.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes** [Consult. 15 Mar. 2012]. Disponível em em

<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - **Carta dos Direitos dos Doentes Internados**. [Consult. 15 Mar. 2012]. Disponível em

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

³⁹ Enfermeiros e estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSI, IPV

A CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS ATRAVÉS DA ARTE

Liliana Santos, Tânia Figueiredo⁴⁰
Sandra Figueiredo⁴¹
Inês Fonseca⁴²

Introdução: A Carta dos Direitos Fundamentais, criada em Dezembro de 2000, reúne, pela primeira vez, num único texto os direitos Cívicos e Políticos, bem como os direitos Sociais, que estavam dispersos por diversas leis nacionais e convenções internacionais.

Os povos da Europa, estabelecendo entre si uma união cada vez mais estreita, decidiram partilhar um futuro de Paz que assenta em valores comuns: Dignidade do Ser Humano; Liberdade; Igualdade; Solidariedade; Cidadania e Justiça.

De forma a divulgar Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, foi implementado em Portugal no ano de 2003 o projecto "*Inscriver a Europa nos muros das cidades*", iniciativa do Centro de Informação Europeia Jacques Delors, e da associação Inscire e apoio da Animar que levou jovens a criarem ilustrações para os artigos da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, originando painéis de azulejos, oferecidos as suas cidades. Podemos ver estes azulejos em cidades como: Tondela; Guimarães, Vila Franca de Xira e Lisboa.

Objectivos: Divulgar e demonstrar a importância da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia; Dar a conhecer o projecto "*Inscriver a Europa nos muros das cidades*".

Metodologia: Descritiva, com base em pesquisa bibliográfica.

Conclusão: A Carta aplica-se a todos os cidadãos europeus. Contudo, ao fazer uso destes direitos e liberdades, os cidadãos devem ter sempre presentes as suas responsabilidades e deveres para com as outras pessoas, a humanidade e as gerações futuras.

O projecto divulga a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia junto das populações com menor acesso à informação, promovendo e apoiando a construção de uma cidadania Europeia activa, em que os cidadãos exercem poderes e responsabilidades na vida política.

Bibliografia

Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia em linguagem simplificada ed. representação da Comissão Europeia em Portugal, 2010, p 36. ISBN 978-92-79-15310-5 <http://www.eurocid.pt>

⁴⁰ Enfermeira Especialista no Centro de Saúde de S. Pedro do Sul e estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSH, IPV

⁴¹ Enfermeira Especialista no Hospital Distrital de Águeda e estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSH, IPV

⁴² Enfermeira Especialista no Centro de Saúde da Guarda e estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSH, IPV

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA: PROJETO SOS-CRIANÇA E PROJETO RUA -“EM FAMÍLIA PARA CRESCER” IAC

Ana Filipa Cardoso, Cristina Gonçalves, Sónia Gonçalves, Marina Silva⁴³

Introdução: A criança é um Ser Humano vulnerável que necessita de proteção e de atenção especial antes e após o nascimento. Esta deve ser respeitada na sua globalidade como sujeito de direitos na família, escola, saúde e segurança social conferindo-lhe um estatuto jurídico e social próprio. ¹“A criança para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão”. Para dar voz a todas as crianças existe a Convenção Sobre os Direitos da Criança, adotada pelas Nações Unidas em 1989 e ratificada em Portugal em 1990.

No sentido de apoiar, promover e defender os direitos das crianças surgem várias instituições e projetos que procuram dar respostas aos problemas da infância em Portugal, das quais destacamos o IAC fundado em 1983 cujo objetivo é contribuir para o desenvolvimento integral da criança, garantindo o suporte que lhes falta para satisfazer os seus interesses e necessidades.

O *Projeto SOS-Criança* e o *Projeto Rua – “Em Família para Crescer”* são desenvolvidos pelo IAC contribuindo desta forma para a defesa e promoção dos direitos das crianças.

Objetivos: Refletir sobre a importância da Convenção Sobre os Direitos da Criança; Divulgar a existência de projetos nacionais que defendem o interesse superior da criança.

Metodologia: Recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica em bases de dados utilizando como descritores: Convenção Sobre os Direitos da Criança, Instituto de Apoio à Criança e projetos nacionais.

Conclusão: Em Portugal existem várias instituições que promovem e defendem os direitos das crianças e que ajudam a dar resposta às suas necessidades básicas contribuindo para o seu pleno desenvolvimento. O IAC, através dos seus projetos de intervenção direta, atua em prol da criança, da família e da comunidade, fortalecendo a criança na sua globalidade como sujeito de direitos e liberdades.

Palavras-chave: Criança; Convenção Sobre os Direitos da Criança; Instituto de Apoio à Criança.

Bibliografia

UNICEF, Portugal – **Direitos da Criança**. [em linha] [consult. dia 05 de Março de 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>>

IAC – **SOS Criança**. [em linha] [consult. dia 16 de Março de 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.iacrianca.pt/sectores-iac/sos-crianca>>

IAC – **Rua – “Em família para Crescer”**. [em linha] [consult. Dia 16 de Março de 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.iacrianca.pt/sectores-iac/projecto-rua-em-familia-para-crescer> >

⁴³ Enfermeiras e estudantes do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESSI, IPV

A CRIANÇA NA CONQUISTA DA AUTONOMIA

Ana Maria Seixas Silva⁴⁴
Cláudia Suzana Fidalgo Moutinho⁴⁵

Introdução: Quando se aplica a bioética à faixa etária pediátrica, a questão do respeito à autonomia suscita dúvidas, no sentido em que é necessário ter em consideração o desenvolvimento cognitivo e psicossocial da criança, no que respeita ao seu papel na tomada de decisão.

Palavras-chave: Autonomia; Bioética; Criança; Pediatria;

Objetivos: Refletir sobre alguns aspetos do dilema da aplicação do princípio bioético da autonomia à Criança; Partilhar com outros profissionais a reflexão realizada.

Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática, realizada a partir das bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO e em artigos disponibilizados *on-line*. A partir da leitura dos resumos, os artigos foram selecionados tendo em vista critérios de inclusão e exclusão.

Resultados: Os autores são consensuais ao definirem a aplicação do princípio da autonomia à criança como um dilema ético. No entanto, todos consideram ser possível respeitar este direito se for tido em conta o seu desenvolvimento e considerada a evolução das suas competências.

A tomada de decisão em pediatria deve ser partilhada, tendo em conta os princípios éticos e a tríade enfermeiro-criança-família.

Conclusões: O cuidar da criança em enfermagem encontra na Bioética um caminho reflexivo que permite uma tomada de decisão conjunta, respeitando os valores da família, garantindo a beneficência, não maleficência, justiça e a autonomia da criança enquanto ser moral em desenvolvimento.

⁴⁴ Enfermeira na USF Lusitana – Viseu, Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

⁴⁵ Enfermeira no Serviço de Pediatria do CHTV,EPE – Viseu, Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CARTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Adelino Silva Rodrigues, Alice Martins, Raquel Castro, Otília Andrade, Clementina Figueiredo⁴⁶
Ernestina Silva⁴⁷

As investigações feitas nos anos 50, demonstraram que a separação quase completa das crianças das famílias durante a hospitalização resultava em perturbações emocionais que podiam ter efeito de longa duração. A partir daí iniciaram-se grandes mudanças que levaram a um maior envolvimento das famílias nos cuidados das crianças doentes.

Em Inglaterra, em 1961, iniciou-se um movimento de associações voluntárias, que apoiavam os pais e todos que cuidavam de crianças em ambientes hospitalares, com vista a melhorar o bem-estar e reduzir os efeitos nefastos da hospitalização.

Em 1988, essas associações reuniram-se em Leiden, Holanda, para a 1ª Conferência Europeia, redigindo e aprovando os 10 artigos da **Carta da Criança Hospitalizada**.

Em 1993 a Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas (EACH) tornou-se a organização que agrupa as associações não-governamentais sem fins lucrativos envolvidas no bem-estar da criança hospitalizada e cujo objetivo é a implementação da Carta da Criança Hospitalizada.

Atualmente são membros da EACH 18 associações pertencentes a dezasseis países da Europa e Japão. Em Portugal esta responsabilidade cabe ao Instituto de Apoio à Criança.

Apesar destes esforços, muito caminho há para percorrer já que a Carta não é integralmente respeitada em muitas instituições.

A Rede Internacional dos Hospitais Promotores da Saúde, consciente destes atrasos na implementação da Carta, lançou em 2009 a iniciativa "O Respeito dos Direitos da Criança no Hospital", a aplicar em Hospitais e Serviços de Saúde. Durante o triénio de 2012-2014 pretende avaliar a sua implementação através da aplicação de uma "Ferramenta e modelo de autoavaliação" que engloba o direito das crianças aos cuidados de saúde, à informação e participação nas decisões, bem como à proteção contra a violência.

São nossos objetivos:

- Aumentar a visibilidade da Carta da Criança Hospitalizada;
- Contribuir para aumentar o respeito dos direitos da criança e a melhoria dos cuidados de saúde;
- Promover a reflexão sobre os direitos da criança hospitalizada.

Pretendemos melhorar a implementação de medidas e ações que garantam os direitos das crianças nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Direitos da criança; Hospitalização.

Bibliografia

⁴⁶ Enfermeiro(as) e estudantes do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESSV, IPV

⁴⁷ Professora coordenadora no Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, CID&TS e doutora em Bioética, Instituto de Bioética, UCP

EUROPEAN ASSOCIATION FOR CHILDREN IN HOSPITAL – **Anotações- carta da criança hospitalizada**. 2ª edição, Lisboa (Janeiro 2009)

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – **Carta Da criança hospitalizada**. 4ª edição, Lisboa (Maio 2008). Disponível em WWW: <URL:http:| |www.iacrianca.pt.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – **O respeito dos direitos da criança no hospital**. Abril 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. UNICEF – **Convenção sobre os direitos da criança** [Consult. 07\03\2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unicef.pt>

ADOÇÃO DE CRIANÇAS EM PORTUGAL

Edite Pinto⁴⁸, Rosa Rodrigues⁴⁹

Introdução: Este trabalho surge na tentativa de "ênfatizar" o tema da adoção em Portugal. Temática esta que aborda as diferentes etapas do processo de adoção. As normas e procedimentos que a lei portuguesa preconiza, costumam levar as pessoas envolvidas a terem de percorrer um longo caminho.

A adoção é um processo gradual, que permite a uma pessoa ou a um casal criar com uma criança um vínculo semelhante à relação entre pais e filhos. Para que possa haver uma adoção, o candidato ou candidatos têm de ser avaliados e selecionados pela entidade responsável dos processos de adoção.

Objectivos: Os nossos objectivos são:

- Conhecer a legislação e os processos de adoção em Portugal
- Reflectir sobre o direito e prática administrativa e judiciária da adoção.

Metodologia: Realizamos uma pesquisa bibliográfica e reflexão crítica da literatura.

Resultados: O processo de adopção é instruído com um inquérito que, relativamente ao menor averigua o seu desenvolvimento, a sua saúde e a situação familiar e jurídica. Relativamente a quem quer adotar averigua-se a sua personalidade e a saúde, a sua idoneidade para criar e educar o menor e situação familiar e económica. A adoção pode ser plena ou restrita.

Conclusões: Percebemos que os processos de adoção são morosos pelos direitos que confere ao adotado e aos adotantes.

A lei assegura a protecção do desenvolvimento das crianças ao prever que não devem ficar mais de dois anos em abrigos de protecção, caso estejam em processo de adoção ou de retorno para suas famílias.

É dada a possibilidade de qualquer pessoa maior de 18 anos, mesmo solteira, poder dar ingresso a um processo. A única limitação imposta é que a diferença de idade entre a criança e o adulto seja no mínimo de 16 anos. Crianças maiores de 12 anos têm direito a opinar sobre o processo.

Nos casos em que o candidato morar no estrangeiro e a criança estiver em Portugal este deve apresentar a sua candidatura às entidades responsáveis pelos processos de adoção do país onde reside. Só são encaminhadas para adoção internacional as crianças que não encontrem candidatos a adotantes residentes em Portugal.

Bibliografia

⁴⁸ Enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Tarouca e estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSV, IPV;

⁴⁹ Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar-Tondela e estudantes do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESSV, IPV.

[Lei n.º 17/78, de 28 de Março](#) – Concede autorização legislativa ao Governo para definir crimes e penas não superiores a prisão até dois anos.

[Lei n.º 48/78, de 22 de Julho](#) - Concede ao Governo autorização para legislar em matéria de organização tutelar de menores.

[Decreto-Lei n.º 314/78, de 27 de Outubro](#), rectificado pela [Declaração de 14 de Dezembro de 1978](#) - Revê a Organização Tutelar de Menores.

[Lei n.º 2/93, 6 de Janeiro](#) – Autoriza o Governo para legislar sobre o regime jurídico da adopção.

[Decreto-Lei n.º 185/93, de 22 de Maio](#) - Aprova o novo regime jurídico da adopção.

Alterado e regulado por:

[Lei n.º 9/98, de 18 de Fevereiro](#) – Autoriza o Governo a alterar o regime jurídico da adopção.

[Decreto-Lei n.º 120/98, de 8 de Maio](#), rectificado pela [Declaração de Rectificação n.º 11-C/98, de 30 de Junho](#) - Altera o regime jurídico da adopção (altera e republica os capítulos III, IV, V e VI /altera o Código Civil/altera o Código de Registo Civil);

[Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto](#) (altera os artigos. 3.º a 9.º, 11.º, 12.º, 14.º, 15.º, 19.º, 20.º, 22.º e 26.º /adita os artigos 11.º-A a 11.º-C e 26.º-A /republica os capítulos III, IV e V/altera o Código Civil);

[Lei n.º 28/2007, de 2 de Agosto](#) - [...] na parte respeitante à colocação no estrangeiro de menores residentes em Portugal com vista à adopção (altera o artigo 15.º).

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA GRAVE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

Ana Maria Geraldes, Célia Cristina Bonifácio, Manuela Marques Santos, Sandra Marina Coito⁵⁰

A Violência Doméstica é um atentado à dignidade do Ser Humano. A História da Humanidade é escrita através dos feitos em campos de batalha, da aquisição e da perda de bens materiais e imateriais. Este percurso, acompanhado de violência, tem subjacente o desejo de dominação do Homem pelo Homem. Mas a violência não existe apenas na esfera pública, ela é transposta para a esfera privada: a violência doméstica.

De acordo com a OMS, a violência doméstica atinge valores à escala pandémica, constituindo-se como um grave problema de saúde pública. O impacto causado por este tipo de violência geralmente dura uma vida e atravessa várias gerações, com efeitos adversos sobre a saúde, educação, emprego, criminalidade e sobre o bem-estar dos indivíduos, famílias, comunidades e sociedades.

A Violência Doméstica é definida como qualquer conduta ou omissão que inflija reiteradamente sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo directo ou indirecto a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado familiar, seja (ex-)conjugue ou (ex-)companheiro, ascendente ou descendente. (I Plano contra a violência doméstica, 2000.) Trata-se de um crime público, cujo procedimento criminal não está dependente de queixa por parte da vítima, bastando denúncia ou o conhecimento do crime, para que o Ministério Público instaure processo.

O termo doméstico no âmbito da "Violência Doméstica", não deve confinar-se apenas aos limites das paredes do lar familiar, mas antes, focalizar-se no tipo e natureza das relações que envolvem determinadas pessoas (UNICEF, 2000). A violência doméstica ocorre em diversos contextos, independentemente de factores sociais, económicos, culturais. Os grupos mais vulneráveis à violência doméstica são as mulheres, as crianças e jovens e os velhos. Estes são sujeito a determinados tipos de violência. Os profissionais de saúde podem contribuir para a diminuição ou supressão deste fenómeno pela identificação, sinalização e encaminhamento da pessoa vítima de violência doméstica.

Bibliografia

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MULHERES JURISTAS - 2.º Colóquio de divulgação de Resultados Porto, 27 de Maio de 2010 - [Em linha]. [Consult. 2 Mar. 2012]. Disponível em: http://www.apmj.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=109:conclusoes-do-projecto-2ocoloquio-de-divulgacao-de-resultados&catid=67:conclusoes-do-projecto&Itemid=72

DIAS, Isabel – Envelhecimento e Violência Contra os Idosos - [Em linha]. [Consult. 7 Mar. 2012]. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3731.pdf>

DIREITOS DOS IDOSOS SEGUNDO A ONU - [Em linha]. [Consult. 7 Mar. 2012]. Disponível em: <http://violenciasnosidosos.blogs.sapo.pt/3379.html>

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde – Maus Tratos em Crianças e Jovens: Intervenção da Saúde; Novembro, Lisboa, 2008.

⁵⁰ Enfermeiras e estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSI, IPV.

PROJETO HORTA ESCOLAR: ALIMENTAR A MENTE PARA COMBATER A FOME

Catarina Andreia Marinho, José Varandas Bernardo, Elsa Margarida Almeida⁵¹
Ernestina Silva⁵²

Introdução: A pobreza extrema está indissociavelmente ligada à fome crónica. Onde há fome, o ser humano não consegue desenvolver o seu potencial. Anualmente 6 milhões de crianças morrem e outros 161 milhões sofrem de subnutrição crónica. Com base na campanha do milénio da ONU 2015 que apresenta como primeiro objetivo "Reduzir para metade a pobreza extrema e a fome até 2015" urge a necessidade da criação de projetos de alimentação escolar sustentáveis. Assim, propomos um projeto que assenta na criação de uma área verde produtiva na escola pela qual todas as crianças se sintam responsáveis e cuja finalidade será contribuir para melhorar os níveis de nutrição e condições de vida dessas crianças. Os objectivos deste projecto residem em despertar o interesse das crianças para o cultivo de uma horta, desenvolver aptidões na agricultura sustentável e contribuir para o desenvolvimento pleno e harmonioso da personalidade das crianças, valorizando a dimensão humana e solidária do trabalho.

Os nossos objetivos são:

- Reconhecer que o desenvolvimento dos valores éticos de cidadania, podem passar por projectos de agricultura comunitária, um sector de equilíbrio ambiental e fundamental para a sustentação da vida do planeta;
- Incentivar a formação de cidadãos livres, responsáveis, autónomos, solidários e respeitadores dos outros.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica e análise crítico reflexiva.

Desenvolvimento: As crianças devem ter contato com a terra e as sementes. É importante também que o professor procure envolvê-las em atividades lúdica que desencadeie a questão do cultivo. Os alunos devem estar presentes na maioria das etapas e atividades desenvolvidas na horta. Os professores devem auxiliar os alunos no desenvolvimento e manutenção e supervisão dos trabalhos. Deverão elaborar estratégias que permitam trabalhar os conteúdos numa visão interdisciplinar. Usando a horta escolar e os conteúdos programáticos, o aluno poderá construir uma horta própria, a fim de ter lucros em seu benefício e do ambiente.

Conclusão: A conceção e implementação da horta escolar nas escolas do 1º e 2º ciclos do Ensino Básico tem em vista não apenas o desenvolvimento de conhecimentos, mas também de capacidades, atitudes e valores de cidadania.

Bibliografia:

AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS – ABRANDH – Diretrizes voluntárias, Brasília, DF, Brasil, 2005, disponível em <http://www.abrandh.org.br/downloads/Diretrizes.pdf>

⁵¹ Enfermeiro(as) e estudantes do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESSV, IPV.

⁵² Professora coordenadora no Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, CID&TS e doutora em Bioética, Instituto de Bioética, UCP.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION [FAO] & FEEDING MINDS, FIGHTING HUNGER [FMFH] Partners (2007). *Nível Secundário*. Alimentar mentes para acabar com a fome: Um mundo livre da fome. Disponível a 16/09/2008 em: http://www.feedingminds.org/handouts/secondary_pt.pdf

<http://www.fao.org/DOCREP/W5849T/w5849t07.htm#TopOfPage>

http://www.objectivo2015.org/inicio/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=204

<http://www.rlc.fao.org/fondofaobrasil/d/mhuertoesc.pdf>

SEITZ, J. (1995). *Questões Globais: Uma Introdução* (S. Raimundo, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget.

MÁS NOTÍCIAS, QUE ESTRATÉGIAS USAR...

Ana Lúcia Marques⁵³
Carla Gonçalves Figueiredo⁵⁴
Sandra Gonçalves Figueiredo⁵⁵

Introdução: A *má notícia* é aquela que altera drasticamente e negativamente a perspectiva da pessoa enquanto ao seu futuro.

Segundo o Código de Ética Médica, 1847 declara que: “A vida de uma pessoa doente pode ser diminuída não apenas pelos actos mas também pelas palavras maneiras do médico. Isto é, portanto uma obrigação sagrada, a de guardá-lo cuidadosamente e evitar todas as coisas que tenham a tendência de desencorajar o paciente e deprimir o seu espírito”.

Raramente há uma “*maneira certa*” de dar más notícias pois, “transmitir más notícias não é fácil ou agradável, mas ter ao menos um plano ou uma abordagem, aumenta o sentimento de confiança do profissional (BUCKMAN, 1994).

Objectivos: Revisão da literatura para organizar as melhores informações sobre as dificuldades em dar más notícias e os passos sugeridos para uma boa comunicação.

Metodologia: Descritiva, pesquisa bibliográfica.

Uma estratégia para dar más notícias (Estratégia de Buckman), surge para:

- Profissionais mal preparados ou pouco confortáveis em transmitir más notícias.
- Ter um plano para conhecer os valores da pessoa, desejos de participar no processo de tomada de decisão e encorajar as pessoas a participar nas decisões de tratamento.
- Profissionais que se sintam menos confortáveis a transmitir más notícias, possam estar sujeitos a menos *stress*.

Conclusão: A comunicação é sem dúvida um pilar na arte do cuidar. A comunicação de más notícias, reveste-se no contínuo de vida, evento importante, encarada com dificuldade, pela complexidade emocional e exigente preocupação que acarreta

Bibliografia

BUCKMAN, R.; KASON, I. – How to break bad news: A guide for health-care professionals. 1^a edição. Pan Books, 1994.

LIMA, A. Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en intento. Revista Argentina de Cardiología 2003.

MULLER, P. Breaking Bad news to patients - The SPIKES approach can make this difficult task easier. Postgraduate Medicine 2002.

⁵³ Enfermeira no Centro de Saúde de Pedrógão Grande

⁵⁴ Enfermeira no Serviço de Medicina 1 no Hospital de VFX

⁵⁵ Enfermeira no Serviço de Urgência do Hospital de Águeda

NA PEDIATRIA TAMBÉM SE MORRE...

Ana Lúcia Marques⁵⁶
Carla Gonçalves Figueiredo⁵⁷
Sandra Gonçalves Figueiredo⁵⁸

Introdução: A morte é um acontecimento inevitável mas é difícil de aceitar que ela aconteça precocemente, nomeadamente na infância.

Em Portugal, morreram em 2000, 1933 crianças por vários motivos (maioritariamente por causas externas e tumores malignos) não havendo estatísticas sobre quantas crianças há com necessidades específicas de cuidados especiais.

Objetivo: Reflectir sobre a morte em idade pediátrica e o seu impacto na criança, família e profissionais de saúde.

Metodologia: Descritiva, com base em pesquisa bibliográfica.

O diagnóstico de uma doença grave, na criança, é possivelmente fatal o que vai provocar grande impacto nos pais, irmãos e profissionais de saúde e gerar alterações no equilíbrio emocional de todos os que a rodeiam. Assim, a prestação de cuidados pediátricos visam: aliviar e acompanhar as crianças e respectivas famílias no sofrimento do fim da vida, com um rigoroso e eficaz controlo de sintomas; maximizar o conforto e a qualidade de vida e promover a autonomia da criança, a sua dignidade e restantes valores.

Conclusão: Os objectivos dos cuidados devem ser definidos pela equipa, reconhecendo a criança e família como parceiros nos cuidados.

Em jeito de reflexão citamos Hennezel (2000) "esta morte, com o seu cortejo de angústias, medos, degradação física, perda de autonomia, dores difíceis de aliviar, confronta-nos com a nossa própria angústia e a nossa impotência".

Bibliografia

HENNEZEL, Marie de – Conferência proferida no âmbito do Simpósio "A pessoa em risco de vida", realizada nos dias 24 e 25 de Março de 2000, na Aula Magna da Universidade de Lisboa.

POLES, Kátia; BOUSSO, Regina - A enfermeira e a família no processo de morte da criança: evidências do conhecimento. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. Brasil, nº 1 Vol.4, 2004. [Em linha]. [Consult. 26 de Março de 2012]. Disponível em <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/2-a-enfermeira-e-a-familia-no-processo-de-morte-da-criana-evidncias-do-conhecimento.html>

⁵⁶ Enfermeira no Centro de Saúde de Pedrógão Grande

⁵⁷ Enfermeira no Serviço de Medicina 1 no Hospital de VFX

⁵⁸ Enfermeira no Serviço de Urgência do Hospital de Águeda

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM À ÚLCERA POR PRESSÃO

Ana Gomes, Lúcia Prior, Paula Machado, Anabela Diogo⁵⁹

Introdução: A úlcera por pressão (UPP), sendo um indicador de qualidade dos serviços de saúde ainda é um problema subestimado pelos profissionais e continua a ocorrer com frequência em doentes internados impondo um cenário que mostra a necessidade de medidas urgentes para modificar a situação.

Se olharmos para o impacto que causam na vivência, na dor e no sofrimento, quer do doente, quer dos seus cuidadores, bem como a nível económico, pelos gastos que se impõem a nível de prevenção e de tratamento, constatamos que as UPP constituem um grave problema de saúde que abrange os diferentes níveis de cuidados do qual os enfermeiros não se podem limitar a ser observadores. Se o objetivo é obter ganhos em saúde para o doente, mais importante é evitar o seu aparecimento, prevenindo.

Assim, sendo emerge a necessidade de reconhecer as evidências científicas na prática profissional que comprovem a efetividade das intervenções atuais com a finalidade de promover a qualidade do serviço de saúde e diminuição de custos.

Objetivos: Avaliar a perceção que os enfermeiros têm acerca das UPP, prevenção e tratamento; Uniformizar os cuidados prestados para melhorar a qualidade.

Material e métodos: É um estudo descritivo, quantitativo que assentou na aplicação de um questionário. Análise dos dados e tratamento estatístico (EXCEL).

Resultados/Discussão: Dos 22 enfermeiros inquiridos, 100% consideraram importante a elaboração de um protocolo de prevenção e tratamento de UPP com a respetiva folha de registo. 91% desconhecem a classificação por categoria segundo as recomendações internacionais (NPUAP, 2009), 86% não possuem conhecimentos das medidas preventivas conforme NPUAP e EPUAP, 77% considera a avaliação da escala de braden como medida a utilizar para a prevenção a qual é recomendada pela Direção Geral de Saúde e NPUAP, no entanto 50% desconhece o significado do seu score, o que justifica, que apesar de ter conhecimentos das medidas gerais a utilizar na prevenção, 13 enfermeiros responderam não saber que cuidados específicos prestar perante uma avaliação de um score ≤ 16 . Apenas 64% considera que sabe selecionar o produto para a realização do tratamento da UPP segundo a categoria, contudo quando questionados sobre o tipo de produto a aplicar numa UPP de categoria II só 4 enfermeiros responderam corretamente.

Conclusão: Verificámos ausência de uniformização nos procedimentos e necessidade de realizar formação na prevenção/ tratamento de UPP.

Implementação de um protocolo de atuação com folha de registo para melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Bibliografia

⁵⁹ Enfermeiras na UCIP do Centro Hospitalar Tondela - Viseu

DIRECÇÃO DE GERAL DE SAUDE, circular informativa Nº: 35/DSQC/DSC de 12/12/08 [Em linha]. 2008 [Consult. 15 Abril 2011] Disponível em WWW:<http://www.saudinha.com/.../circulares/.../circular_informativa_35_2008_dgs.pdf>.

EPUAP, Guidelines de prevenção e tratamento de úlceras de pressão [Em linha]. 2009 [Consult. 15 Abril 2011] Disponível em consultado online <http://www.epuap.org/guidelines.html>

NPUAP, Guidelines internacionais de prevenção e tratamento úlceras de pressão [Em linha]. 2009 [Consult. 15 Abril 2011] Disponível em WWW:<<http://www.npuap.org/>>

DECISÕES EM FIM DE VIDA – QUEM DEVE ESTAR ENVOLVIDO?

Ana Teixeira, João Melo, Elisabete Figueiredo, Isabel Martins⁶⁰

António Carneiro⁶¹

Cláudia Camila, Cristina Granja⁶²

Ana Sofia Carvalho⁶³

Introdução: A evolução da tecnologia e do conhecimento, coloca frequentemente os profissionais de saúde perante paradigmas difíceis, como é a decisão de prolongar ou suspender o suporte artificial de funções vitais à pessoa doente. Essa decisão coloca em questão princípios éticos como a autonomia, dignidade e beneficência. Importa saber quem deveria estar e quem é realmente envolvido na decisão de Fim de Vida.

Objetivos: Saber quem deveria estar e quem é envolvido nas decisões de fim de vida nas UCI.

Material e métodos: É um estudo descritivo simples utilizando o método quantitativo, através da aplicação de um questionário, aplicado a enfermeiros e médicos em exercício nas UCIP dos hospitais da zona centro de Portugal. A análise de dados é efetuada através do programa informático SPSS® v.17.0.

Resultados: Há diferença entre os grupos profissionais sobre o que é entendido como desejável e o que se verifica na realidade. Ambos consideram que o médico assistente deveria estar sempre envolvido nas decisões de fim de vida, mas discordam quanto ao que acontece na realidade. Ao invés, no que respeita à envolvimento do representante legal, discordam sobre o que seria desejável, mas ambos entendem que é envolvido de forma ocasional. Relativamente à envolvimento dos enfermeiros das UCI, existe concordância que deveriam estar sempre envolvidos (75%), mas divergem na opinião quanto ao que realmente acontece.

Para 55% dos enfermeiros, o envolvimento dos familiares deveria acontecer sempre, enquanto os médicos repartem a sua opinião entre o ocasional, frequente e sempre. Contudo ambos os grupos concordam que apenas acontece de forma ocasional.

Para a maioria dos enfermeiros (41%) a Comissão de Ética deveria estar sempre envolvida nas decisões de fim de vida em discordância com a opinião dos médicos, ao entenderem que deveria estar ocasionalmente envolvida

Conclusão: O estudo evidencia uma discrepância entre quem os inquiridos entendem que deveria estar envolvido nas decisões de Fim de Vida e quem de facto é envolvido.

Bibliografia

Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre I. (2003). Life-Sustaining Treatment Decisions in Portuguese Intensive Care Units: a national survey of intensive care physicians. *Critical Care*. 7: R 167-R 175.

⁶⁰ Enfermeiros no Centro Hospitalar Tondela -Viseu

⁶¹ Médico no Hospital Arrábida

⁶² CINTESIS Faculdade Medicina Porto

⁶³ Instituto de Bioética da UCP

Carvalho KK, Lunardi VL. (2009). Therapeutic Futility as na Ethical issue: Intensive Care Unit Nurses. *Ver. Latino-am Enfermagem*. 17(3): 308-313.

Ferrand E, Jabre P, Genod CV, et al. (2008). Circumstances of Death in Hospitalized Patients and Nurses Perceptions: *Arch Intern Med*. 168(8):867-875; A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care* 20: 207-213.

Sibbald R, Dowar J, Hawryluck L. (2007). Thompson T, Cox P, Massimo Antonelli, Carlet JM, Cassell J, et al. (2004). Challenges in End-of-Life Care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary. *Critical Care*. Vol 32, nº 8: 1781-1784.

Truog R, Cist A, Brackett S, Burns J, Curley M, et al. (2001). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. Vol 29, nº 12: 2332-2348.

FORMAÇÃO EM QUESTÕES DE FIM DE VIDA EM UCI

João Melo, Ana Teixeira, Elisabete Figueiredo, Isabel Martins⁶⁴

António Carneiro⁶⁵

Cláudia Camila, Cristina Granja⁶⁶

Ana Sofia Carvalho⁶⁷

Introdução: As questões de fim de vida suscitam nos profissionais de saúde sentimentos de incerteza, receios e dificuldade na decisão de iniciar, manter ou suspender procedimentos à pessoa doente e em estado previsivelmente terminal. A formação no âmbito das situações de Fim de Vida poderá ser fundamental para uma qualidade efetiva dos cuidados prestados, com respeito e zelo pelos princípios éticos e deontológicos, que visam a promoção de uma prática humanizada e dignificante das pessoas.

Objetivos:

- Saber se os médicos e enfermeiros das UCI fizeram formação em questões de Fim de Vida.
- Saber se os profissionais de saúde das UCI sentem necessidade de formação em questões de Fim de Vida.
- Conhecer os aspetos sobre os quais devem incidir, na opinião do médicos e enfermeiros das UCI, a formação em questões de Fim de Vida.

Material e métodos: É um estudo descritivo simples utilizando o método quantitativo, através da aplicação de um questionário a enfermeiros e médicos em exercício nas UCIP dos hospitais da zona centro de Portugal. A análise de dados é efetuada através do programa informático SPSS® v.17.0.

Resultados: Apesar da maioria de ambos os grupos profissionais não ter realizado qualquer formação específica em questões de Fim de Vida, os enfermeiros revelam assim, ter efetuado mais formação nesse aspeto. Contudo, a maioria de ambos os grupos profissionais, referem sentir necessidades de formação em questões de Fim de Vida.

Ao analisar os aspetos sobre os quais devem incidir essa formação, verifica-se que ambos mencionam a comunicação como aspeto a ter presente, sendo este o que assume maior destaque para os enfermeiros (43%), seguido pela necessidade de formação global sobre o tema (31%). Como conseguir controlar os sintomas da pessoa doente e em situação de Fim de Vida, aparece como o aspeto mais relatado pela maioria dos médicos (64%) e o terceiro para os enfermeiros (24%). A necessidade de formação sobre questões legais é o menos citado pelos enfermeiros (7%) e médicos (9%).

Conclusão: O estudo revela-nos que a maioria dos enfermeiros e médicos não fizeram formação específica em questões de Fim de Vida, mas sentem claramente a sua necessidade. Quanto aos

⁶⁴ Enfermeiros no Centro Hospitalar Tondela -Viseu

⁶⁵ Médico no Hospital Arrábida

⁶⁶ CINTESIS Faculdade Medicina Porto

⁶⁷ Instituto de Bioética da UCP

aspetos sobre os quais devem incidir a formação, são essencialmente os mesmos para ambos os grupos profissionais, embora os médicos realcem o controlo sintomático enquanto os enfermeiros referem maioritariamente o aspeto da comunicação e uma formação global sobre o tema.

Bibliografia

Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre I. (2003). Life-Sustaining Treatment Decisions in Portuguese Intensive Care Units: a national survey of intensive care physicians. *Critical Care*. 7: R 167- R 175.

Carvalho KK, Lunardi VL. (2009). Therapeutic Futility as an Ethical issue: Intensive Care Unit Nurses. *Ver. Latino-am Enfermagem*. 17(3): 308-313.

Ferrand E, Jabre P, Genod CV, et al. (2008). Circumstances of Death in Hospitalized Patients and Nurses Perceptions: *Arch Intern Med*. 168(8):867-875.

A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care* 20: 207– 213.

Sibbald R, Dowar J, Hawryluck L. (2007). Thompson T, Cox P, Massimo Antonelli, Carlet JM, Cassell J, et al. (2004). Challenges in End-of-Life Care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary. *Critical Care*. Vol 32, nº 8: 1781 – 1784.

Truog R, Cist A, Brackett S, Burns J, Curley M, et al. (2001). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. Vol 29, nº 12: 2332-2348.

VIOLAÇÃO DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DA BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

Alice Venâncio, Ana Correia, Paula Carvalho, Paula Martins, Sónia Silva⁶⁸

Pela primeira vez da História da Bioética, os Estados Membros e Comunidade Internacional, comprometeram-se a respeitar e aplicar os princípios fundamentais da Bioética. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos surge a 19 de Outubro de 2005, em Paris, aprovada pelos Estados-Membros da UNESCO dando um contributo significativo de modo a que os seres humanos onde quer que estejam possam beneficiar dos avanços científicos e tecnológicos, promovendo um horizonte à melhoria da vida do homem e da natureza.

Dentro da presente Declaração surgem princípios, que devem ser respeitados por todos os Estados-Membros a que se dirige e que se destina a guiar e a proteger os indivíduos desses mesmos Estados nas tomadas de decisões e práticas adotadas.

Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos existem quinze princípios a que se dirige, pela impossibilidade de referenciar todos os princípios a nossa escolha recaio sobre: "Dignidade humana e direitos humanos"; "Igualdade, justiça e equidade"; "Não discriminação e não estigmatização"; "Responsabilidade social e saúde" e "Protecção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade".

Assistimos no final do século XX, início do século XXI a uma autêntica revolução científica. A ciência da actualidade não se limita a explicar racionalmente o que existe ou possa existir no universo, mas cada vez mais prever o futuro e os acontecimentos e sobretudo a interferir neles e a modifica-los. Espera-se que todos os obstáculos sejam ultrapassados, de acordo com a vontade e valores morais do ser humano.

Bibliografia

UNESCO – Comissão Nacional da Unesco – Portugal – **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Lisboa: UNESCO, 2006.

⁶⁸ Enfermeiras e estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSV, IPV.

OBSTÁCULOS AO PROCESSO DE DOAÇÃO E COLHEITA DE ÓRGÃOS

Elisabete Figueiredo, Anabela Batista Ana Teixeira, João Melo⁶⁹

Ana Sofia Carvalho⁷⁰

Cristina Granja, Orquídea Ribeiro⁷¹

João Pina, Paulo Lopes⁷²

Introdução: A autonomia individual face à solidariedade e gratuidade no que concerne à doação de órgãos para transplantação, constituem um bem essencial à comunidade que não deve de forma alguma ser menosprezado, facto pelo qual as instituições de saúde devem assumir primordial responsabilidade na viabilidade deste processo.

Atendendo à meta traçada pela Autoridade para os Serviços de Sangue e de Transplantação para 2009 em elevar o nº de colheitas para 30 por milhão de habitantes, importa perceber os motivos ou obstáculos que possam impedir ou minimizar a sua optimização.

Objectivos:

- Identificar potenciais obstáculos a todo o processo;
- Identificar áreas de actuação que promovam a mudança de atitudes.

Material e métodos: É um estudo descritivo simples utilizando o método quantitativo, através da aplicação de um questionário a enfermeiros e médicos dos SU e UCIP dos hospitais da zona centro de Portugal, onde se efectuam colheitas de órgãos.

Resultados: Os motivos referidos, como potenciais obstáculos, para o reduzido número de colheitas de órgãos, foram em 1º lugar (27%) "dúvidas em iniciar o processo" e em 2º lugar com 23% a "dificuldade em confirmar diagnóstico de morte cerebral".

Verificou-se que apesar de 78% dos inquiridos não ter realizado formação específica, 62% sente necessidade da mesma.

A maioria (62%) conhece o coordenador de transplantes do seu hospital e 94% considera vantajosa a sua existência, mas 53% desconhece qualquer intervenção promovida pelo mesmo em termos de formação/informação.

Quanto ao facto de se considerar potencial dador todo o cidadão não registado no RENNDA, 76% concorda totalmente, mas para 52% a informação sobre a possibilidade de registo não está acessível.

Conclusão: Este estudo evidencia que os obstáculos a todo o processo de doação e colheita de órgãos podem estar relacionados com o défice de informação/formação específica dos profissionais envolvidos.

BIBLIOGRAFIA:

⁶⁹ Enfermeiros no Centro Hospitalar Tondela -Viseu

⁷⁰ Instituto de Bioética da UCP

⁷¹ CINTESIS Faculdade Medicina Porto

⁷² Hospital S. André - Leiria

Circular Normativa nº 13/GDG/09/072009;

Circular Informativa nº 1/GDG/23/06/08;

Decreto-Lei nº 244/94, D.R, I Série -A, 223 (26/09/94), 5780-5782; Decreto-Lei nº 274/99, D.R, I Série - A, 169 (22/07/99), 4522 – 4526;

Lei nº 141/99, D.R, I Série - A, 201 (28/08/99), 59955;

Lei nº 12/93, D.R, I Série - A, 94 (22/04/93), 1961 – 1963; Lei nº 22/2007, D.R, I Série - nº 124 (29/06/07), 4146;

<http://www.asst.minsaude.pt/transplantação/serviços/Paginas/redenacional.aspx>; <http://www.asst.minsaude.pt/recortes/Paginas/doacaoorgaoslutavida.aspx>; <http://www.pgdlisboa.pt/>;

TPM EDUCACIONAL PROJECT - Transplant coordination manual, PTM – FUNDACIÓ IL3, Universitat de Barcelona, 2007.

VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA – OPINIÃO DOS DOENTES

João Melo, Ana Teixeira, Anabela Novo, Marisa Figueiredo, Natália Branco⁷³

Introdução: A Visita de Enfermagem Pré-operatória promove no doente e família a confiança e segurança, garantindo a humanização e melhoria dos cuidados. Objetivou-se a sua implementação no Hospital S. Teotónio, EPE e para tal apresentou-se o projeto. Para fundamentar melhor as vantagens da visita, importa conhecer a opinião dos visados.

Objetivos:

- Conhecer a opinião dos doentes aos quais foi feita a VEPO.
- Conhecer a perceção quanto à utilidade da mesma.
- Recolher dados que permitam fundamentar a mais – valia do procedimento como forma de promoção e melhoria contínua da prestação dos cuidados de Enfermagem ao doente cirúrgico.

Material e métodos: Estudo descritivo simples de método quantitativo e desenvolvido de Março 2009 a Janeiro de 2011. Efetuadas 107 entrevistas telefónicas aleatórias no período entre 1 a 3 meses do pós-operatório, a doentes operados pelos serviços Cirurgia Geral, Urologia e Cirurgia Vasculardo Hospital S. Teotónio, EPE. A análise de dados é efetuada através do programa informático SPSS® v.17.0.

Resultados: Dos entrevistados, 90,7% recordam-se da VEPO e 61,7% consideram-na como "Muito Útil", seguido de 29,0% como "Útil". As razões para tal, foram para 73,5% o facto de terem obtido mais informação, para 61,4% terem ficado mais tranquilos e para 46,9% mais confiantes. 99% da amostra afirma ter recebido os esclarecimentos necessários, porque para 89,7% foram contactados por enfermeiro do BOC e para 71% receberam folheto sobre BOC. A confiança incutida em relação à anestesia e à cirurgia, foi respectivamente apontado como relevante para 85,5% e 84,8% dos respondentes. É importante conhecer o enfermeiro do Bloco Operatório (90,7%), porque 57,8%, entendem que é mais conhecedor do assunto, 48,2% referem que explica melhor e 29% porque dizem incutir mais confiança.

Conclusão: Evidencia-se a importância e utilidade da VEPO, independentemente de terem ou não cirúrgicas anteriores. O mais importante é a tranquilidade e confiança ao receberem informação sobre o BO. É importante serem visitados por enfermeiros do Bloco Operatório. Os resultados vão no sentido de considerar a VEPO como crucial para a preparação pré-operatória, logo contribui para a melhoria dos cuidados.

Bibliografia

CABRAL, D. M. - Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, 2004. Tese de Doutoramento.

DAWSON, S. Princípios da preparação pré-operatória. In Kim Manley e Loretta Bellman. **Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada**. Lisboa: Lusociência, 2003.

⁷³ Enfermeiros no Centro Hospitalar Tondela -Viseu

GOMES, Noélia - **O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

LAVAREDA, L. & SOVERAL, F. **Informação: uma perspectiva de intervenção: estudos em enfermagem**. Jornal de Enfermagem, Junho 2007.

LOURENÇO, M. Cuidar no bloco operatório. **Nursing**, 187, p.25-28;

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, Abril 2004.

ESTADO NUTRICIONAL EM DOENTES COM DEPRESSÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Gomes⁷⁴

Lúcia Prior⁷⁵

Paula Machado⁷⁶

Olivério Ribeiro⁷⁷

Introdução: É filosofia dos cuidados paliativos proporcionar cuidados de suporte global, visando o controlo de sintomas e a melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares. Nesta perspectiva a avaliação realizada na triagem nutricional permite identificar o risco do doente. Ao conhecermos os resultados desta avaliação torna-se possível enquadrá-lo num plano nutricional, contribuindo desta forma para o seu bem-estar a nível físico, psíquico e social. Sendo o diagnóstico de depressão cada vez mais frequente na nossa sociedade e estando estes doentes mais vulneráveis é impreterível a sua detecção precoce, tratamento e monitorização no sentido de não a subdiagnosticar.

Objetivos: Identificar a depressão nos doentes em Cuidados Paliativos; Verificar se há influência do estado nutricional na depressão em doentes em cuidados paliativos.

Material e Métodos: Estudo quantitativo, transversal, descritivo, correlacional.

Recorrendo à aplicação da escala Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), (Bapen, 2003), Inventário Depressão Beck (Vaz Serra, e Abreu, 1973) e a um formulário, numa amostra não probabilística, constituída por 50 doentes (52% mulheres e 48% homens), apresentando idades entre os 41 e os 95 anos, 84% esteve internado na UCP uma vez, 62% dos doentes estão medicados com antidepressivos. O diagnóstico mais frequente é a neoplasia com 86%; nos últimos meses 62% apresentou perda de apetite e 40% vómitos.

Resultados/Discussão: Através do Inventário Depressão Beck constatou-se que na amostra, 92% "apresentam depressão" e que a sintomatologia depressiva é mais grave no sexo feminino do que no sexo masculino ($\bar{x} = 27.23$ Vs $\bar{x} = 24.63$), contudo pela aplicação do teste U de MannWhitney, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas. Identificou-se ainda que 60% apresentam depressão grave. Através da escala MUST verificou-se que a amostra apresentou IMC em $\bar{x} = 22.61$, com peso médio de 69.80Kg, uma perda de peso médio de 13.83%, caracterizando um risco elevado de desnutrição (70%).

Conclusões: Constatou-se que das variáveis sóciodemográficas, a idade apresenta uma associação baixa e positiva ($r=0.260$; $p=0.048$), contudo não é estatisticamente significativo.

Verifica-se que o risco do estado nutricional, não influencia na depressão, observando-se uma associação muito baixa e positiva ($r=0.035$; $p=0.817$). Face à variável estado nutricional, não existem diferenças estatisticamente significativas, não se verificando a influência do estado nutricional na depressão

⁷⁴ Enfermeira na UCIP,CHTV-EPE

⁷⁵ Enfermeira na UCIP,CHTV-EPE

⁷⁶ Enfermeira na UCIP,CHTV-EPE

⁷⁷ Professor adjunto do Instituto Politécnico de Viseu, ESSV e Mestre em Ciências de Enfermagem

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, Doentes em Cuidados Paliativos, Estado Nutricional

Bibliografia:

ACREMAN S. - Nutrition in palliative care. Br J Community Nurs. [Em linha]. 2009 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19966682>>.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION [Em linha]. 2010 [Consult. 12 Dezembro 2010] Disponível em WWW:< <http://www.eatright.org/>>.

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, Qaseem ,Amir et al - Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians [Em linha]. 2008 [Consultado. 12 Dezembro 2010]. Disponível em WWW:<[http:// www.acponline.org/clinical.../guidelines/](http://www.acponline.org/clinical.../guidelines/)>

BRAUN, URSULA K. [et al.] – A detecção de depressão em cuidados paliativos - Reconhecimento e tratamento da depressão no final da vida. Revista Geriatrics, mar/abr, vol 5,nº26,2009.



ISBN
978-989-96715-3-9