



Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Comissão Científica

Armandina Antunes

Alice Ruivo

Joaquim Lopes

Paula Leal

Sérgio Deodato

Colaboradores Permanentes

Ana Paula Gato

Cândida Ferrito

Fernanda G. Costa

Lurdes Martins

Mariana Pereira

Colaboradores neste Número

Ana Lúcia Ramos

Ana Rita Cigarro

Ana Sofia Costa

Andreia Silva

Emily Gonzalez

Fernanda Gomes da Costa

Filipa Carneiro Alves

Filipe Landeiro Sardinha

Francisco Vaz

Inês Elias Malheiros

Lara Butes

Lucília Nunes

Sara Pires Marinho

Sara Tavares

Sofia Marques

*Regras de Publicação: N.º 5,
2007*

Contactos

lucilia.nunes@ess.ips.pt

antonio.freitas@ess.ips.pt

Editorial 2

Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem

Lucília Nunes 3

Controlando a Infecção - Responsabilidade Profissional em Enfermagem.

Filipa Carneiro Alves 10

Isolamento de doentes: Que direitos, que deveres?

Ana Sofia Costa 14

O enfermeiro, as crianças autistas e suas famílias.

Filipe Landeiro Sardinha, Inês Elias Malheiros, Sofia Marques, Fernanda Gomes da Costa, Francisco Vaz 20

Climatério: o começo de uma nova vida. Intervenção do enfermeiro.

Ana Rita Cigarro, Emily Gonzalez, Sara Tavares, Fernanda Gomes da Costa 28

A actividade física na gravidez: intervenção do Enfermeiro

Lara Butes, Sara Pires Marinho, Andreia Silva, Fernanda Gomes da Costa, Ana Lúcia 36

Editorial

Neste número da Percursos, os artigos escolhidos dizem respeito a trabalho desenvolvido em sede de diferentes unidades curriculares do Curso de Licenciatura em Enfermagem e de Pós-Graduações da ESS.

O artigo **do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem** organiza uma sinopse decorrente da teorização e dos debates em aula com 3 Cursos de Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Cuidados Paliativos e Opção Urgência e Emergência (2007) e Pós-Graduação em Enfermagem Médico Cirúrgica (2009).

Controlando a Infecção - Responsabilidade Profissional em Enfermagem, realizado na Pós-Graduação de Controle de Infecção e Saúde, UC de Ética associada à Prevenção de Infecções, desafia à reflexão quanto ao uso de acessórios na prestação de cuidados pois que o uso de unhas artificiais, unhas compridas e com verniz, anéis e outros acessórios de pulso tornam menos eficaz a higiene das mãos, no que respeita ao controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde.

O artigo **Isolamento de doentes: Que direitos, que deveres?**, com a mesma origem do anterior, centra-se na prevenção que obriga ao isolamento, a restringir a mobilidade das pessoas, como forma a travar a transmissão de doença, quer a pessoa seja a doente/portadora da doença ou esteja em risco de ficar doente. Esta restrição de mobilidade, por vezes verdadeiro isolamento da pessoa, está bem fundamentada cientificamente como medida capaz de quebrar a transmissão de doença. Mas, é sem dúvida uma problemática ética ligada ao controlo de infecção que merece ser discutida uma vez que coloca em causa vários direitos da pessoa.

Com origem em trabalhos desenvolvidos no 3º ano do CLE, nas unidades curriculares de Enfermagem VI e VII, os três artigos seleccionados abordam problemáticas diversas:

- **O enfermeiro, as crianças autistas e suas famílias** ilustra, à luz da literatura científica existente, uma perspectiva de enfermagem, e o papel destes profissionais, na detecção e apoio terapêutico às crianças com autismo. Confirmou-se, através da pesquisa efectuada, que, para além de este ser um tema bastante actual, o papel do enfermeiro assume uma importância extrema, nomeadamente no aconselhamento da família e cuidadores e na articulação com outros elementos da equipa multi-profissional.

- **Climatério: o começo de uma nova vida. Intervenção do enfermeiro**, realça, com base na literatura científica, a intervenção do enfermeiro em relação à mulher no climatério. Começando por definir o conceito de Climatério e respectivas fases (Pré-menopausa, Menopausa e Pós-menopausa) apresenta-se seguidamente a toda a sintomatologia física e psicológica que lhe é característica, o Tratamento de Reposição Hormonal e algumas patologias que se encontram descritas poderem surgir após esta fase. Por fim expôs-se os focos e respectivos juízos de enfermagem, mais relevantes nesta fase, com base na CIPE, versão 1.0, com intervenções de enfermagem ajustadas.

- **A actividade física na gravidez: intervenção do Enfermeiro** pretende esclarecer os benefícios e riscos da prática de actividade física, associando as indicações e contra-indicações da mesma. Com base nestas pretende-se delinear alguns tipos de actividade desportiva que poderão ser aplicados ao período gestacional, assim como esclarecer a intervenção do enfermeiro no incentivo desta prática como meio de promoção de um estilo de vida saudável na grávida.

Boas leituras!

DO PERITO E DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem

Lucília Nunes¹

A designação de uma unidade curricular, na formação pós-graduada, enquanto “Seminário de Peritos” pode ser objecto de análise, reflexão e aprofundamento. De que decorre a primeira questão: **o que é um perito?**

Partamos da ideia que o perito detém conhecimento profundo acerca de um dado domínio – e sabe quando, como, onde e porquê deve usar esse conhecimento. Por isso, um perito tende a uma área de aprofundamento - no sentido mais amplo, a palavra *perito* diz respeito a quem detem a perícia, os conhecimentos e habilidades, dirigidas a um fim definido.

Provavelmente, o conceito de “perito” mudou nos últimos tempos - era considerado uma espécie de repositório de factos e saberes; actualmente, o volume de informação acessível a qualquer pessoa poderá, entre outros factores, ter mudado o significado da palavra. Costuma-se utilizar o termo *perito* para caracterizar alguém cujo saber e educação num dado campo é reconhecida – e, aqui, tanto na perspectiva científica (no sentido mais lato do termo, e convencionalmente adquirida no ensino superior) como na prática (acumulada ao longo da sua experiência profissional).

De certo forma, o perito aproxima-se do intelectual, e, noutros sentidos, também fica próximo do artista, do profissional, do que sabe sobre.

Ademais, pode haver perito em diversas áreas. Por exemplo, do ponto de vista jurídico, o perito é a pessoa capacitada, em decorrência de conhecimentos especiais que possui (técnicos ou científicos), nomeada pelo juiz para a realização de uma perícia.

Tanto de uma perspectiva analítica e conceptual, como metodológica, o estatuto do perito articula-se em função da (reconhecida) posse e da (re)produção de conhecimento dito *específico*; pode até definir-se em função do seu controlo da distribuição de saberes e, em certos casos, do seu acesso aos recursos necessários para a sua aplicação prática.

As diferentes línguas têm palavras para esta ideia – a *Rexus* dos gregos ou a *Ars* dos latinos davam ideia de perícia, de habilidade adquirida em exercício e voltada para um fim definido, admitindo-se que esse fim pudesse ser estético, ético ou utilitário. Hoje, a ideia de Arte parece ter-se direccionado mais para as Belas-Artes mas tenha-se em conta que, antigamente, o termo «Arte» abrangia as artes da conduta, as artes liberais e as artes estéticas – onde se colocavam a arquitetura, a escultura, a pintura mas também a música, a poesia, o teatro.

Um dos trabalhos reconhecidos como “fundadores” nesta área é o de Patrícia Benner², que introduziu o conceito de “expert” (perito) como o enfermeiro que desenvolve capacidades e habilidades no tempo, a partir de uma base educacional assim como uma multitude de experiências profissionais.

Propõe que se adquirem e desenvolvem conhecimentos e habilidades clínicas (“saber como”) em termos de “conhecimento prático” e investigação sobre a clínica. Benner conceptualizou as habilidades de enfermagem como pré-requisito para se tornar perito. Os cinco níveis (*novice, advanced beginner, competent, proficient, expert*),

¹ Agradecimento às três turmas de estudantes – Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Cuidados Paliativos e Opção Urgência e Emergência (2007) e Pós-Graduação em Enfermagem Médico Cirúrgica (2009). O texto ora apresentado, em artigo, aproxima-se de uma Sinopse de reflexões e debates na unidade curricular “Seminário de Peritos” destas Pós-Graduações.

² BENNER, Patricia – *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley. 1984 (*De principiante a perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001).

traduzidos em português como *principiante*, *principiante avançado*, *competente*, *proficiente* e *perito*, apresentam diferentes características quer quanto ao desempenho, quer quanto à apreciação das situações

O *principiante* age de acordo com regras e dirá algo como “digam-me o que é preciso fazer e eu faço”.

O *principiante avançado* tem alguma experiência pelo que consegue reconhecer situações e os seus componentes significativos; começa a formular princípios, baseados na experiência, para guiar a acção.

O *competente* será, tipicamente, enfermeiro com 2 a 3 anos de experiência de trabalho na mesma área ou em situações quotidianas similares; ganhou perspectiva no planeamento, baseia as acções em pensamento abstracto e analítico, representando uma etapa de grande eficiência na organização.

O *proficiente* percebe e compreende situações como partes de um todo; toma decisões baseadas em compreensão mais holística e aprende com a experiência o que esperar em certas situações e como modificar os seus planos de acção.

O *perito* suporta a sua acção a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações; já não se baseia em princípios, regras ou linhas orientadoras para relacionar as situações com a sua acção. O seu desempenho é altamente fluido, complexo e eficaz. Um dos primeiros exercícios que se realiza, ao ler o texto de Benner, é identificar-se, no percurso individual, e no global da equipa, encontrando argumentos que tornam plausível tanto a existência de estádios como os elementos que mudam, no eixo temporal da experiência reflectiva. Pelo descrito, compreende-se que três elementos mudaram ao longo dos estádios de desenvolvimento socio-profissional:

- de princípios e regras abstractas passa a usar experiências anteriores concretas para guiar a acção;

- da compreensão de partes da situação, passa a uma percepção do todo, global, holística da situação;

- de uma posição externa à situação, de observador, passa-se a ser um elemento activamente envolvido na situação.

Notemos ainda que cada etapa assenta sobre a anterior, que os princípios abstractos se refinam, que a compreensão do perito é do enfermeiro que presta cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação.

Nas passagens de principiante até competente, releva a figura do “enfermeiro de referência”, associado a um enfermeiro com mais tempo no contexto, que integra e suporta a integração socio-profissional; na passagem a proficiente e a perito, relevam os processos de autoformação. Trata-se de fundamentar a prática de enfermagem num processo metodologicamente associado a conferir sentido às situações e aos padrões de acção e respectivos resultados.

A experiência foi um dos elementos enfatizados por Benner – por isso, reforce-se que a teoria se aplica a profissionais, e não a estudantes. A sua diferenciação entre o conhecimento teórico – “saber o quê” - do conhecimento prático – “saber como” – assenta na prática vivida de cuidados, na experiência, na autoridade intelectual e científica.

Numa certa sequência, a questão agora sob escrutínio, pode bem ser: **Quais os atributos que definem os peritos?**

Uma formulação mais intelectual limitar-se-ia a considerar o conhecimento mas poderemos aventar a hipótese que, na realidade, também seja plausível os peritos serem produtores, transformadores, disseminadores ou consumidores de conhecimento.

A *expertise* que utilizam pode tanto dizer respeito à natureza da profissão, ao desenvolvimento profissional, à sociedade, como pode ser de âmbito teórico ou mais em sentido de aplicação. Assim, para além do papel directamente

criativo no processo de produção de saber e conhecimento, também é importante reconhecer uma espécie de posição mediadora ou intermédia dos peritos. Pensando Enfermagem como disciplina do conhecimento e como profissão, inclui-se, naturalmente, em esferas mais amplas, de domínio científico e de domínio técnico e prático, podendo, seguidamente, equacionar-se a existência, o papel e os atributos de peritos nas diferentes áreas de actuação.

Consideremos, então, uma eventual taxonomia ou ontologia dos domínios para um perfil e atributos do perito:

1. **no domínio científico**, ligado a um aprofundamento da concepção de ciência e a perspectiva epistémica; configura-se a exigência de grau (doutoramento) e a assunção de responsabilidade científica, sem que o grau por si só seja o bastante; na base, a produção de conhecimento e um pensamento que articule teoria, fundamentação, perspectiva crítica e criativa; esta será, eventualmente, a área mais abstracta, de vinculação filosófica (pois que a epistemologia é o ramo da filosofia que estuda a origem, a estrutura, os métodos e a validade do conhecimento) e articulada com os “padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem” (da teoria de B. Carper), ou com as questões de como se conhece em Enfermagem e da diferenciação dos vários tipos de conhecimento;
2. **no domínio técnico e prático**, numa relação entre *praxis* e *technê*; portanto, trata-se de *competência* técnica com sustentação teórica, capacidade de agir no imprevisto e autonomia na tomada de decisão para a execução. Se na dimensão «*technê*» se trata de «fazer», a associação da «*praxis*» assegura a relação entrelaçada de um agir que carece de teoria e de um emergir de conhecimento a partir dos agidos.

Estes dois domínios poderiam assumir contornos gerais, aplicáveis a diversas áreas, não fôra o

facto de existir teorização específica de Enfermagem sobre eles.

Já os domínios seguintes, extraídos das áreas de actuação do enfermeiro (tendo como fonte o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), são, de alguma forma, mais evidentes:

3. **no domínio clínico, na prestação directa de cuidados** a pessoas ou grupos, campo no qual poderá ancorar-se de forma quase imediata a ligação à teoria de Patrícia Benner, que atrás explicitámos, bem como as suas implicações na clínica e na investigação; retome-se a figura de referência que o próprio perito se torna, no seio da equipa, pois que é reconhecido como tal; emerge a intuição, a actuação rápida com capacidade de prever e antecipar; a segurança no *território*. Se aderirmos à teoria de Benner, os enfermeiros que preenchem os quesitos, com 3 a 5 anos no mesmo contexto de acção, podem bem ser peritos no domínio clínico.

Patricia Hooper-Kyriakidis descreveu como os peritos disseminam a sua “expertise” clínica através do ensino, de *coaching* e *mentoring* (mantemos as palavras no original, sendo o sentido de acompanhamento, mentorato, apoio aos colegas mais novos). Os peritos clínicos podem utilizar o seu conhecimento e sabedoria prática para ensinar outros e influenciar os colegas a agir em benefício dos clientes - o que torna um perito clínico num líder clínico.

De acordo com Kyriakidis³, a liderança clínica ocorre, efectivamente, na arena da prestação de cuidados directos, onde os juízos de enfermagem são mais efectivamente relacionados com situações complexas. A compreensão das mudanças de estado do cliente, a análise das condições em que os cuidados são prestados, têm, por parte do líder clínico, uma abordagem de qualidade e de responsabilidade profissional – ele

³ KYRIAKIDIS, P. ; et al - *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-action Approach*. Elsevier Health Sciences. 1998. (2ª edição actualizada foi anunciada para Fevereiro 2011)

é “um mestre em pensar e dar conta” dos processos e procedimentos e em encontrar as melhores soluções para os problemas clínicos e da prestação de cuidados.

4. **na gestão**, seja de recursos, de serviços ou de cuidados, articulando com as temáticas da liderança, da eficácia e eficiência, das metas e missão partilhadas; fulcral a perícia na influência e condução dos grupos, em qualquer dos níveis da gestão (estratégica, intermédia, tática ou operacional); conferido relevo, igualmente, à gestão de conflitos e à gestão previsional. Releva-se ainda a capacidade de usar ferramentas de diagnóstico, de planeamento estratégico, de avaliação e de melhoria contínua da qualidade, que suportem as decisões. Os peritos em gestão têm elevado sucesso na adequação dos recursos às necessidades e objectivos, com elevado grau de empenhamento e desempenho das equipas;

5. **na assessoria**, pensando o assessor como perito de análise e planeamento, de recolha e análise de informação; não se trata propriamente de decidir mas de preparar propostas e cenários para os decisores; por isso, relevam-se as capacidades e habilidades na preparação e gestão da informação bem como da comunicação dessa mesma informação e da sua adequada difusão;

6. **na investigação**, com enfoque nos saberes relacionados com o processo de investigação, metodologias, uso de métodos e técnicas de investigação; de entre os atributos, releva-se a capacidade de análise e de síntese, o carácter metódico da intervenção e das observações. Considerando a investigação como ferramenta que suporta outras esferas – seja da fundamentação para a prestação de cuidados, para o ensino e para a formação bem como para a gestão – diferencia-se do domínio científico por ser orientada para a realização processual e instrumental;

7. **na formação**, considerando as diversas vertentes (organização, realização e avaliação), o perito desenvolve-se no planeamento pedagógico e processos de avaliação, sendo que a sua acção reverte para a melhoria contínua, quer dos conhecimentos, quer das intervenções. Considera-se relevante a capacidade de comunicar, a adequação e a utilização de diferentes estratégias. Releva-se a diferença e integração entre as modalidades de formação - em serviço e contínua - consideradas na aprendizagem ao longo da vida e caracterizadas, fundamentalmente, pela preocupação com as aprendizagens.

8. **no ensino**, considerando dois enfoques: o da formação dos professores de enfermagem e a sua tarefa de gerir processos de ensino-aprendizagem. A formação de professores de enfermagem (como de outros professores do ensino superior) considera o ensino e o desenvolvimento profissional – para alguns autores⁴ a fase de iniciação compreende os três primeiros anos de docência e a formação continuada dos professores ganhou um espaço relevante no ensino superior, nos últimos anos – como em relação ao processo de ensino, o incentivo à investigação, a co-participação professor-estudante e o próprio perfil docente. A área do ensino tem uma dimensão gnoseológica ao mesmo tempo que a prática que espelha a concepção de *ser professor*. Requer-se que o professor seja competente numa área do conhecimento, que domine a área pedagógica e que desenvolva a dimensão ética e política da sua prática. Faz parte dos atributos: o desenvolvimento de habilidades relacionais, valores pessoais e sociais que são fundamentais para o desempenho profissional. Os professores do ensino superior podem ser considerados conceptores e gestores de um currículo – especificamente quando assumem a formação do

⁴ GARCIA, C. M. - *Formação de professores: para uma mudança educativa*. Porto: Porto Editora, 1999.

profissional nos seus diversos aspectos; no caso dos professores de enfermagem, a profissão e área do conhecimento para a qual formam, torna-se central nos conteúdos e nos processos bem como nos espaços e ambientes de aprendizagem.

Do debate dos grupos e da análise de possibilidade de pensar “peritos em enfermagem” de forma prismática, foram, algumas vezes, matéria de distinção as questões relacionadas com o título profissional de especialista ou a categoria e respectivo conteúdo funcional (pensando em termos de carreira de enfermagem).

O perito, tal como por nós reflectido, enquanto alguém que se reconhece qualificado – sendo que uma das *chaves diferenciadoras* passa pela expressão «reconhecimento», outra pela experiência reflectida e pensada na acção. O tempo é importante mas não o elemento central – a passagem do tempo tem de ligar-se a uma reflexão sobre os vividos mais do que uma cronologia de experiências.

Diria que se trata de um desenvolvimento que também transforma os elementos que o próprio pensamento utiliza, como se representa no esquema seguinte:



As unidades menores, os **dados** são elementos ou atributos de uma variável ou de um conjunto de variáveis; a organização dos dados para um determinado propósito transforma-se em

informação. Quando esta informação é processada de uma forma que lhe confere relevância e sentido, obtemos conhecimento. Etapa seguinte, **sabedoria** é o conhecimento das coisas certas a fazer num determinado momento, contexto e circunstância.

No que se refere à esfera do conhecimento, consideremos também a teoria de Barbara Carper⁵ que, em 1978, identificou quatro tipos de conhecimento em enfermagem e, no tempo, mais dois foram acrescentados:

1. “conhecimento empírico” - representa o conhecimento do que é verificável, objectivo, factual e baseado na investigação; de certa forma, o mais tradicional, logico, positivista: mede, prediz, generaliza. Inclui o desenvolvimento de teorias.
2. “conhecimento ético” - conhecimento sobre princípios e valores, o bom e desejável, ética de enfermagem, princípios éticos em investigação, princípios da prestação de cuidados (respeito dos direitos humanos, por exemplo);
3. “conhecimento estético” - focado na “arte de enfermagem”, conhecimento tácito e intuição; a exploração do qualitativo;
4. “conhecimento pessoal”- centrado na auto-consciência, sabedoria pessoal; relacionado com o existencial, a autenticidade, a natureza de ser e tornar-se, conhecimento subjectivo;
5. “conhecimento reflexivo” – relativo à incerteza, à reflexão sobre a experiência, a suspensão de julgamento, a exploração de situações a um nível mais profundo; a *praxis*, reflexão sobre a acção, o exame de forças e fraquezas, a abertura à aprendizagem e ao desenvolvimento;
6. “conhecimento socio-político” relacionado com o poder, o contexto, vozes ouvidas e

⁵ CARPER, Barbara - *Philosophical inquiry in nursing: an application* (1992) In Kikuchi JF, Simmons H (Eds) *Philosophic Inquiry in Nursing*. Newbury Park CA, Sage. Carper BA (1978) *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advances in Nursing Science*. 1, 1, 13-23.

silenciosas, a compreensão de quando e onde os enfermeiros devem agir em contexto de enfermagem e saúde.



Padrões de conhecimento em Enfermagem
(Barbara Carper, 1978; Christopher Johns, 2000)

De entre as abordagens possíveis, uma das que está, hoje, mais em voga liga o perito à abordagem das competências, formulando os tipos de saberes, à maneira francesa com o *savoir* (saber) a que correspondem as competências teóricas; *savoir-faire* (saber-fazer) que englobam as competências práticas; *savoir-êre* (saber-ser e estar) que comportam as competências sócio-comportamentais. Destas, o saber-fazer e o saber-ser e saber-estar, eram, se assim se pode considerar, “minoritárias”, pois importava mais a esfera do saber-saber.

Autores posteriores, como Boterf⁶, evidenciaram a competência como um sistema, uma organização estruturada que associa de forma combinatória diversos elementos – pelo que as competências são consideradas como uma resultante de três factores: o *saber agir* que pressupõe o saber combinar e mobilizar os recursos pertinentes; o querer ou *vontade de agir*, que se refere à motivação e ao envolvimento do indivíduo; e o *poder agir*, que remete para a

existência de um contexto e das condições sociais que tornam possíveis e legítimas o assumir de responsabilidades e de riscos.

Consideramos que, profissionalmente, competência “refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar.”⁷

As capacidades do perito são vastas, o que torna difícil uma ideia global - o perito age a partir de uma compreensão profunda e detalhada da situação em causa; contudo não podemos afirmar que ele não recorre (quando entende necessário) a *utensílios* analíticos, apenas os usa quando percebe que os acontecimentos e os comportamentos não se desenrolaram como previsto. Afirma Benner que os peritos são fáceis de identificar, uma vez que fazem julgamentos clínicos ou resolvem situações graves e complexas de uma maneira verdadeiramente notável. Mas são difíceis de avaliar, por não se coadunarem com instrumentos e processos analíticos de avaliação.

Pensemos que o profissional é aquele que tem a competência, a autonomia e a responsabilidade de realizar actividades com formulação fundamentada de resultados esperados, numa situação complexa. Se pensarmos assim, os executantes (os que *operam*) são diferentes dos profissionais. Pois que o profissionalismo vai além de ter domínio de conhecimentos – relaciona-se também com esquemas e processos de percepção, análise, decisão, planeamento e avaliação que permitam mobilizar os conhecimentos ao serviço (e em benefício da resolução) de uma determinada situação.

Um profissional é perito quando, na sua esfera de acção, detem reconhecidos saberes e é escutado por outros, pares ou não, profissionais ou não. Porque a sua intervenção ganha crédito, as suas acções conferem-lhe credibilidade – sejam

⁶ BOTERF, Guy Le – *Desenvolvendo as competências dos profissionais*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2003.

⁷ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências do Enfermeiro de cuidados gerais*. 2003, p. 16

quais forem as esferas: científica e clínica, por exemplo. Há uma vantagem que é preciso ponderar e majorar: a das sinergias entre os diversos tipos de peritos, em especial do domínio científico com as outras esferas.

Se pensarmos que os estudiosos e os praticantes de uma dada área se constituem num continuum, que nem sempre os estudiosos são os “praticantes”, mas que, além de alguns articularem papéis, nem sempre será fácil medir o impacto dos peritos nas actividades profissionais, mesmo quando são publicamente reconhecidos como tal. E se reconhecermos a dificuldade de medir, em termos concretos, essa relação (dos peritos à resolução de problemas concretos), também a avaliação abstracta é difícil e incerta.

Teorias, práticas e discursos precisam de ser reolhadas, se quisermos aprofundar a questão dos peritos e das suas diversas influências em termos socio-profissionais em Enfermagem – por exemplo, nos que diz respeito à sua posição nas equipas e contextos, ao papel que desempenham na (re)produção de conhecimento, a legitimidade que lhes é conferida. Antigas divisões como “a escola” e “a prática clínica” podem (e devem) ceder lugar a uma lógica diferente – por exemplo, se considerássemos as actividades académicas e a docência no ensino superior enquanto potenciais de assessoria, poderíamos mudar a perspectiva dos tradicionais “afastamentos” entre as áreas de actuação do enfermeiro.

Acresce a especial valoração da praxis, enquanto esfera articulada de teoria e prática, de fundamentação conceptual da acção que reverte em amplitude e aumento do conhecimento. Se uma das tarefas do perito fôr fazer a mediação entre as fontes da informação e uma realidade específica, se tiver a função de interlocutor e, ao mesmo tempo, de narrador dos seus saberes, pode assumir o papel de figura de referência e, com a passagem de conhecimento a sabedoria, de alguém que é

escutado. No sentido que a escuta tem, quando estamos na dimensão do integral reconhecimento dos saberes e capacidades do Outro.

Referências

- BENNER, Patricia – *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley. 1984 (*De principiante a perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001)
- BOTERF, Guy Le – *Desenvolvendo as competências dos profissionais*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- CARPER, Barbara - *Philosophical inquiry in nursing: an application* (1992) In Kikuchi JF, Simmons H (Eds) *Philosophic Inquiry in Nursing*. Newbury Park CA, Sage. Carper BA (1978) Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1, 1, 13-23.
- GARCIA, C. M. - *Formação de professores: para uma mudança educativa*. Porto: Porto Editora, 1999.
- HEATH, Helen Reflection and knowing patterns in Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1998. Disponível em <http://www.uic.edu/classes/mhpe/mhpe494dcme/Heat-h-reflection%20&%20knowing%20in%20Nursing.pdf>
- KYRIAKIDIS, Patricia; et al - *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-action Approach*. Elsevier Health Sciences. 1998. (2ª edição actualizada anunciada para Fevereiro 2011)
- MCKENNA, Hugh, Cutcliffe J, McKenna P - *Evidence-based practice: demolishing some myths*. *Nursing Standard*. 14, 16, 39-42. 1999. Disponível em <http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/documents/v14w16p3942.pdf>
- MCKENNA, Hugh - *Nursing Theories and Models*. London: Routledge, 1997.
- NURSING THEORIES. http://currentnursing.com/nursing_theory/
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências do Enfermeiro de cuidados gerais*. 2003, p. 16.

Controlando a Infecção - Responsabilidade Profissional em Enfermagem

ALVES⁸, Filipa Daniela Carneiro

Resumo

Sabe-se que o uso de unhas artificiais, unhas compridas e com verniz, anéis e outros acessórios de pulso tornam menos eficaz a higiene das mãos, no que respeita ao controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde. Sendo os enfermeiros responsáveis pelos cuidados que prestam, como poderemos justificar o uso contínuo destes adereços?

Palavras-chave: Controlo de infecção; Higiene das mãos; Unhas dos profissionais de saúde; Adornos em profissionais de saúde; Ética em controlo de infecção; Responsabilidade

“As mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de doente para doente, e estão com frequência implicadas como via de transmissão nos surtos de infecção.” (Wilson, 2004)

Iniciando...

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) também conhecidas como ‘nosocomiais’ ou infecções hospitalares, são, de acordo com World Health Organization (2010) um problema transversal que nenhuma instituição ou país parece ter resolvido ainda. Cada ano, centenas de milhões de pacientes em todo o mundo são afectados por estas infecções. “Na Europa a cada ano, mais de 4 milhões de pacientes são afectados por cerca de 4,5 milhões de episódios de IACS, que causam 16 milhões de dias extra de internamento, 37 mil mortes e custam cerca de 7 biliões de euros por ano.” (World Health Organization, 2010).

O contacto directo e indirecto é, certamente, a via de transmissão mais comum de infecções associadas aos cuidados de saúde. Considera-se que “as mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais comum de

transmissão de microrganismos de doente para doente, e estão com frequência implicadas como via de transmissão nos surtos de infecção.” (Wilson, 2004)

“A higiene das mãos é uma solução simples e eficaz para reduzir a propagação da infecção e dos microrganismos multirresistentes, e para proteger os pacientes das IACS. As orientações da Organização Mundial de Saúde sobre higiene das mãos na área da saúde foram desenvolvidas com uma perspectiva global de apoio à promoção da higiene das mãos e melhoria nas instalações de cuidados de saúde em todo o mundo.” (World Health Organization, 2010)

Mas...

Será que a higiene das mãos é suficiente para suprimir as IACS relacionadas com a transmissão pelas mãos dos profissionais de saúde?

Que deveremos pensar quando olhamos para as mãos do enfermeiro do lar onde está o nosso avô e vemos umas unhas com grande comprimento e pintadas?

Que deveremos pensar quando vamos actualizar as nossas vacinas e vemos que a enfermeira apresenta umas bonitas unhas de gel?

Que deveremos pensar quando vamos visitar um amigo ao hospital e vemos a enfermeira e exibir alguns anéis e um belo relógio de pulso?

Muitos mais exemplos poderiam ser dados. Veremos então...

Concretamente...

Directrizes e políticas públicas dizem que as unhas (dos profissionais de saúde) devem ser mantidas limpas, curtas e livres de verniz.” (Ward, 2007) Isto porque, de acordo com Rothrock (2006) e Ward (2007), a maioria dos microrganismos são encontrados em redor das unhas dos profissionais e porque estas, se estiverem compridas, podem rasgar as luvas e permitir mais facilmente o contacto da flora normal da pele com os microrganismos patogénicos. “Unhas longas podem abrigar mais organismos nocivos.” (Webber, 2000)

Na sua pesquisa, McNeil et al (cited in Ward 2007) constatou que houve um aumento do isolamento de microrganismos nos profissionais que tinham unhas longas (mais de 3 mm) comparados com aqueles funcionários que tinham unhas curtas (menos de 3mm).

⁸ Enfermeira do Hospital Litoral Alentejano, a frequentar a Pós-Graduação em Controle de Infecção e Saúde, ESS-IPS

De acordo com Peggy Fracaro, uma enfermeira epidemiologista da Colômbia “Unhas artificiais (...) e unhas compridas devem ser desencorajadas”, uma vez que “é uma coisa simples que podemos fazer para reduzir o risco de infecção, tanto para os pacientes como para os próprios profissionais.” (Fracaro, cited in Webber 2000).

Assim, porque continuam os enfermeiros a usar unhas longas e pintadas?

Em 2002, o CDC (Center of Disease Control and prevention) publicou algumas orientações, das quais: “não usar unhas artificiais ou extensores se tiver contacto directo com pacientes de alto risco. Esta recomendação é considerada da categoria IA, que é definida como fortemente recomendada e fortemente apoiada por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.” (Rothrock, 2006)

Há também uma recomendação que revela “que unhas artificiais não são para ser usadas pelo pessoal clínico. Existem várias razões para que as directrizes de controlo de infecção e políticas façam essas recomendações ou requisitos.” (Pratt et al, cited in Ward 2007)

Em 1999, num estudo realizado em Michigan observou-se que: “antes da lavagem das mãos, 73% dos enfermeiros com unhas artificiais apresentavam bactérias nas unhas, comparativamente com 32% de enfermeiros com unhas naturais. Após a lavagem das mãos, esses números desceram para 68 e 26% respectivamente.” (Webber, 2000)

Assim, tendo por base as ideias de Webber (2000), Rothrock (2006) e Ward (2007), o uso de unhas artificiais não é recomendado aos profissionais de saúde porque: podem inibir a boa higiene das mãos, podem levantar na periferia criando uma área de crescimento para os microrganismos, nomeadamente fungos. São também um factor de risco para o transporte de microrganismos resistentes, podem rasgar as luvas e interferir com a sua colocação, assim como desencorajar a lavagem higiénica das mãos. Além do que “comparando com as unhas naturais, as unhas artificiais apresentam maior taxa de colonização da flora.” (Saiman, et al., 2002)

Por tudo isto, porque insistem os enfermeiros a usar unhas artificiais? “O uso de jóias é um problema em algumas zonas, tendo de ser criadas políticas de controlo de infecção estipulando o que pode e não pode ser usado. Apesar disso, em particular, o uso de jóias nas mãos é um problema, tal como Ward (2006) relata no seu estudo, que revela que 61% do pessoal clínico usava jóias nas mãos (relógios de pulso ou anéis).” (Ward, 2007).

De acordo com Ward (2007) diversos estudos revelaram que o número de microrganismos é mais elevado nas mãos dos profissionais que usam jóias e que o número de microrganismos é directamente proporcional ao número de acessórios utilizados.

Para o mesmo autor, as jóias, nomeadamente, relógios, pulseiras e anéis não devem ser usados entre os profissionais de saúde, porque: podem desencorajar a correcta descontaminação das mãos, podem rasgar as luvas e impedir o seu uso, aumentam o nº de microrganismos nas mãos e mesmo na sua superfície.

Desta forma, porque continuamos a deparar-nos enfermeiros “cobertos” de jóias e bijuteria?

Tal como observamos todos os dias, também alguns “estudos têm mostrado que apesar das directrizes de controlo de infecção recomendando que unhas falsas, verniz, anéis e relógios de pulso não devem ser usados por profissionais de saúde, uma grande parte deles continua a fazê-lo.” (Ward, 2007)

Fracaro (cited in Webber 2000) admite que as: “unhas são muito significativas para algumas pessoas” e que as instituições são “relutantes em ditar práticas pessoais dos trabalhadores.” No entanto, “precisamos de trabalhar juntos para garantir que as coisas são postas em prática para ajudar a prevenir a transmissão da infecção por todos os trabalhadores.” (Webber, 2000)

De acordo com Saiman, et al. (2002), existem instituições que já proibiram todos estes comportamentos e que criaram sanções para os profissionais que teimem em recusar as políticas implementadas.

Será tudo isto necessário? Necessitaremos de um regulador externo da nossa conduta?

Ética e Reguladamente...

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” Assim, segundo o mesmo “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.”

“O exercício da autonomia profissional implica tomar decisões: identificando as necessidades de cuidados de enfermagem (...) e planeando as intervenções de enfermagem de forma a evita riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.” (Paiva, 2004)

“As decisões de enfermagem afectam significativamente a vida das pessoas: os enfermeiros têm o poder de fazer bem ou mal aos seus clientes.” (Nunes, 2004)

No entanto, o incumprimento do nosso dever de cuidar enquanto profissionais não só pode ser moralmente condenável por quebra de confiança, mas também pode ser alvo de um processo judicial por quebra de contrato e/ou negligência culpável.

Quando se fala em ética do cuidar, fala-se numa “abordagem individualista baseada na responsabilidade pelos outros e no exercício da beneficência protectora nos cuidados a pessoas vulneráveis”. Thompson (2004)

De acordo com o mesmo autor, “os grupos profissionais que beneficiam de um monopólio na determinação do serviço que prestam devem também aceitar a responsabilidade pela manutenção dos padrões de qualidade da prática.”

Assim, os profissionais de saúde devem “preocupar-se também com a qualidade, eficácia e padrões de qualidade”, Thompson (2004) nomeadamente com a redução das IACS.

“Os enfermeiros são responsáveis por tornar conhecidas as suas práticas, as suas preocupações e a

sua ciência, não só perante a instituição onde desempenham a sua actividade como também perante o público e o poder político.” (Lopes, 2004) Desta forma, o controlo de infecção, deve ser um objectivo comum à instituição e ao enfermeiro.

“Éticamente, ser-se considerado ‘pessoa responsável’ implica um certo número de coisas. Obriga, nomeadamente, que uma pessoa seja ou deva ser:

- Um ser racional auto-consciente, capaz de dar resposta a outras pessoas

- Alguém que reconhece toda a obrigação moral ou legal

- Alguém que provou ser digno de confiança e fiável

- Alguém que é capaz de agir como agente moral independente

- Alguém que é competente para desempenhar a tarefa que lhe está atribuída

- Alguém que pode prestar contas daquilo que fez e da razão pela qual o fez.

No sentido mencionado em último lugar, responsabilidade compreende capacidade para prestar contas das suas próprias acções, particularmente para justificar de forma coerente, racional e ética aquilo que alguém fez.” Thompson (2004)

Concluindo...

Por tudo isto, seremos nós enfermeiros responsáveis? Seremos capazes de justificar a nossa persistência em, por exemplo, usar unhas artificiais e relógio de pulso, sabendo que estes pequenos gestos são responsáveis directa ou indirectamente pelo aumento das IACS?

Podemos nós falar em beneficência, quando sobrepomos um mero “luxo pessoal” à prestação de cuidados de qualidade?

Parece-me que não...

E também não me parece que possamos justificar a nossa atitude com falta de conhecimentos, pois “se os enfermeiros são responsáveis pelos cuidados que prestam, no sentido profissional, têm também o dever de se manterem actualizados no que se refere ao conhecimento essencial à sua profissão.” Thompson (2004).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, devemos manter actualização contínua dos nossos conhecimentos, e cada vez mais surgem artigos que evidenciam as consequências de mãos de profissionais de saúde adornadas. Além do que, ao longo da Licenciatura somos ‘bombardeados’ com todos estes cuidados que devemos ter, não só durante os ensinamentos clínicos, mas durante toda a actividade profissional.

Acredito que toda esta situação representa um conflito entre o estético (a necessidade de nos sentirmos bonitos), o científico (o que nos dizem as evidências) e o ético (o que nos descreve os princípios orientadores da nossa acção). No entanto, e remetendo de novo para o Código Deontológico do Enfermeiro, “analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”, é um dever dos enfermeiros, assim como “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados”.

Por tudo isto, e porque está identificada uma falha, penso que está no momento de mudarmos atitudes e comportamentos, de forma a cumprirmos com o nosso dever de garantir a qualidade e assumir a responsabilidade pelos cuidados por nós prestados, procurando desta forma a excelência do exercício profissional.

Referências

Código Deontológico do Enfermeiro, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril.

Lopes, J. C. (2004). Relação Enfermeiro-Instituição. In M. C. P. Neves (Ed.), *Para uma Ética de Enfermagem – Desafios*, (pp.109-125). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Nunes, L. (2004). A Especificidade da Enfermagem. In M. C. P. Neves (Ed.), *Para uma Ética de Enfermagem – Desafios*, (pp.33-48). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Paiva, A. (2004). O Papel do Enfermeiro. In M. C. P. Neves (Ed.), *Para uma Ética de Enfermagem – Desafios*, (pp.51-61). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro.

Rothrock, J. C. (11 de Novembro de 2006). *What are the current guidelines about wearing nails and nail polish in the healthcare setting?* Obtido em 21 de Maio de 2010, de Medscape: http://translate.google.pt/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.medscape.com/viewarticle/547793&ei=4YUNTNirD6KI0wSmi_TZAq&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=2&ved=0CCMQ7gEwAQ&prev=/search%3Fq%3Dinfection%2Bcontrol%2Bnails%26hl%3Dpt-BR%26rlz%3D1R2GGLL_pt-

Saiman, L., Lerner, A., Saal, L., Todd, E., Fracaro, M., Shneider, N., et al. (Junho de 2002). *Banning artificial nails from health care settings*. Obtido em 23 de Maio de 2010, de Pubmed.gov: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12032503>

Thompson, I. E., Melia, K. M., Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência

Ward, D. J. (14 de Junho de 2007). *Hand adornment and infection control*. Obtido em 23 de Maio de 2010, de Internurse.com: http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=23677;article=BJN_16_11_6_54_656

Webber, N. (2000). *Clinical issues: long fingernails: beautiful but deadly?* Obtido em 15 de Abril de 2010, de EBSO Publishing: <http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?vid=12&hid=105&sid=4892>

Wilson, J. (2004). *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. Loures: Lusociência.

World Health Organization. (2010). *Testing the WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care in eight pilot sites worldwide*. Obtido em 30 de Maio de 2010, de World Health Organization: http://www.who.int/gpsc/country_work/pilot_sites/introduction/en/index.html

World Health Organization. (2010). *The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide*. Obtido em 27 de Maio de 2010, de World Health Organization: http://www.who.int/gpsc/country_work/summary_20100430_en.pdf

Isolamento de doentes: Que direitos, que deveres?

COSTA⁹, Ana Sofia

Resumo

Prevenir o contágio de algumas doenças infecciosas, pode passar pelo restringir da mobilidade dos indivíduos como forma a travar essa transmissão de doença, quer a pessoa seja a doente/portadora da doença ou esteja em risco de ficar doente. Esta restrição de mobilidade, por vezes verdadeiro isolamento da pessoa, está bem fundamentada cientificamente como medida capaz de quebrar a transmissão de doença. Mas, é sem dúvida uma problemática ética ligada ao controlo de infecção que merece ser discutida uma vez que coloca em causa vários direitos da pessoa. Interessa-nos saber em que circunstâncias é prescrito o isolamento, que direitos são postos em causa, que direitos devem ser assistidos, quais os deveres da pessoa a quem é prescrito o isolamento, a obrigatoriedade, ou não, do internamento, isolamento e tratamento compulsivo, sob a perspectiva ética, deontológica e jurídica. A abordagem é feita expondo o que tem sido a realidade para doenças como a tuberculose, a Doença de Hansen ou lepra, a SIDA e para doenças mentais, que não sendo doença infecciosa torna-se particularmente útil para o enquadramento jurídico apresentado.

Palavras-Chave: Isolamento; Bem individual; Bem comum; Isolamento/internamento compulsivo;

Abstract

Prevent the spread of some infectious diseases can pass through the restricted mobility of individuals as a way to fight this disease transmission, whether the person is a patient / carrier of the disease or is in risk of getting sick. This restriction of mobility, real isolation of the person, is well grounded scientifically as a measure capable of breaking the transmission of disease. But it is certainly an ethical issue related to infection control that should be discussed since it puts into question several individual's rights. We are interested in knowing where circumstances is prescribed isolation, which rights are in question, what rights should be watched, what the duties of the person to whom it is prescribed isolation, mandatory or not, relocation, isolation

and compulsory treatment under the ethical perspective, ethics and law. The approach is made by showing what has been true for diseases such as tuberculosis, leprosy, or Hansen's disease, AIDS and mental illness, which is not infectious disease is particularly, but useful for the legal framework provided.

Key-words: Isolation; Well individual; Common good; Isolation / compulsory detention;

Considerações iniciais

A ética surge como o centro de todos os actos humanos, ao definir o modo de ser de cada um (Nunes 2009). Se assim é, isto torna-a presente em todos os contextos de relação entre humanos e claro, em contexto de cuidados de saúde, pela relação entre profissional-profissional ou profissional-utente/família. Portanto, pode-se afirmar que funciona como padrão normativo não só na vida quotidiana mas também na vida profissional. Em contexto de cuidados de saúde poderá aparecer com o nome de bioética, pela relação com novas tecnologias biomédicas. A presença ética é pois tanto mais visível, quanto maior o grau de dependência do utente a quem se prestam cuidados de saúde e o tipo de cuidados que se prestam (cuidados mais intimistas, mais invasivos, ...).

Mas se hoje é mais fácil perceber a relação existente entre ética e cuidados de saúde, a verdade é que só recentemente se começou a debater a questão dos direitos dos utentes face aos cuidados que lhe são prestados. Relatos de negligência médica e campanhas realizadas por activistas na defesa dos direitos dos utentes estiveram na origem desta mudança. Anteriormente, também a publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, pela ONU em 1947, tinha já começado a contribuir neste sentido. (Thompson, Melia e Boyd, 2004).

Por uma questão de consciência individual e porque há um compromisso e dever deontológico para com a profissão, espera-se que a finalidade dos profissionais de saúde seja prestar cuidados de saúde de qualidade, que visem o bem e a segurança do utente e que assumam responsabilidade pelos seus actos. Hegel, citado por Nunes (2009), apelida o referido por moralidade subjectiva e moralidade objectiva, sendo a primeira a que nos faz ter vontade de realizar

⁹ Artigo realizado no contexto da Pós-Graduação em Controlo de Infecção e Saúde, sob a orientação da Prof^a Lucília Nunes.

determinado acto e a segunda a que nos faz agir tendo em vista a obediência a normas, leis e costumes da sociedade.

A todos cabem direitos e deveres. Estes são diferentes em diferentes pessoas, conforme os fins a que se propõem atingir e conforme “o governo que cada qual faz da sua vida, para seu bem” (Nunes 2009, pág. 20).

O bem para cada um depende daquilo que o mesmo considera ser o bem para si (Nunes, 2009). Mas fazer uma escolha, implica que a pessoa conheça o bom e o mau de cada opção com que se depara, caso contrário não será considerada escolha. Esta é também uma questão muito interessante em cuidados de saúde. Deve ser dada ao utente opção de escolha, o que só é possível se o mesmo estiver bem informado sobre todas as possibilidades e riscos dos tratamentos.

Contudo, ocasionalmente temos enfermeiros ou médicos a discordarem de utentes ou famílias relativamente a opções que desafiam as suas convicções. Surge com isto um problema ético que carece de alguma sensibilidade e experiência para uma resolução positiva, nem sempre possível.

Para Jonsen, Siegler e Wiinslade (1999), a resolução de um problema ético na prática clínica deve albergar, a indicação médica, que é a recomendação que o médico faz ao doente, o qual decorre do juízo clínico; a escolha do doente, que se traduz na preferência do doente; a qualidade de vida, no sentido de se tentar perceber o caminho a seguir para a melhor qualidade de vida do utente (este tópico pode gerar algumas controvérsias); e características sociais, económicas, legais e contexto administrativo em que a situação ocorre, pois os cuidados prestados ao utente são influenciados positiva ou negativamente conforme as possibilidades ou constrangimentos desse contexto.

Dada a complexidade crescente e maior atenção a aspectos éticos, começa a ser comum em grandes instituições de saúde a existência de comissões de ética, onde os profissionais de saúde ou mesmo o doente/significativos podem pedir aconselhamento.

Estes profissionais qualificados das comissões de ética, actuam no sentido de contribuir para a gestão do

conflito e com isto pode-se evitar a necessidade de resoluções através de vias legais.

Isolamento como medida de saúde pública

Neste contexto, isolamento consiste no estabelecimento de barreiras físicas para evitar a transmissão de agentes infecciosos de um indivíduo para outro. Faz-se através da aplicação de equipamentos de protecção individual (bata, luvas e outros, conforme o tipo de isolamento necessário) e restrição da pessoa a um espaço físico definido tendo em consideração guidelines internacionais, e as características da instituição, para o caso de carecer de cuidados mais específicos (Botas e Almeida, 2007). Também se pode dar o caso de a pessoa se encontrar em ambulatório e a indicação ser para não sair do seu domicílio ou quarto no domicílio. Caso esteja numa instituição, poderá ficar restrita a um quarto de isolamento (de pressão negativa, positiva ou normal) ou na enfermaria junto à janela. (Botas e Almeida, 2007).

O isolamento constitui uma medida de saúde pública, cujo objectivo é reduzir o risco de transmissão de microrganismos de uma pessoa para outra e, conseqüentemente, a morbilidade e mortalidade relacionadas com essas doenças infecciosas (Smith, 2009), com o senão de comprometer seriamente os direitos do utente em isolamento.

A pessoa a quem se propõe o isolamento poderá estar infectada ou colonizada com um microrganismo com indicação para isolamento, sendo objectivo proteger os outros com quem convive; poderá estar imunodeprimida e o isolamento ser para sua própria protecção, pois facilmente poderá adquirir doença pelo convívio com outros (Botas e Almeida, 2007); ou como acontece em algumas unidades de saúde, ficar em isolamento sempre que vem de outra instituição de saúde ou mesmo lar de 3ª idade, até que haja certeza (por meio de culturas) de que não está infectado e que não vai comprometer a saúde dos outros utentes pelo convívio com estes. Relativamente à quarentena de “pessoas saudáveis”, Wynia (2007) refere ser uma medida muito controversa.

O isolamento, não exactamente como nos surge actualmente, constitui desde os primórdios uma medida para evitar a propagação de doenças e epidemias. As pessoas com doenças contagiosas eram confinadas a verdadeiros buracos, onde permaneciam em condições desumanas, sendo que tais doenças eram muitas vezes encaradas como uma penalização religiosa (Wilson, 2009). Também por estes factos passados, é impossível que mesmo actualmente não lhe seja atribuído uma conotação negativa.

Discussão

Em Kinlaw e Levine (2007) temos que, a promulgação de medidas que incorram na restrição à liberdade pessoal devem ser baseadas em evidências científicas que demonstrem que tal medida fará com que se atinja o objectivo pretendido, e portanto a quebra da transmissão da doença; que não existem outras medidas menos restritivas com a mesma eficiência; que a falha da sua execução poderá incorrer em graves prejuízos para o bem-estar do público; que o período de isolamento deve ser tão curto quanto medicamente justificável; se possível no domicílio; o indivíduo deve ser informado convenientemente sobre a razão porque terá de ficar isolado; deve ficar claro que os critérios para o isolamento se aplicam a todo e qualquer indivíduo que reúna os mesmos critérios; a necessidade de manter a restrição deve ser reavaliada com a devida frequência; devem ser tomadas medidas para evitar a estigmatização do utente internado; deve-lhe ser fornecido apoio por parte da comunidade (apoio financeiro ao indivíduo e família, segurança no trabalho, protecção contra a divulgação indevida de informações confidenciais, ...); entre outros.

No entanto, não deixam de se levantar inúmeros os valores. O parecer n.º 16 de 1996 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), cujo relator é o Pde. Feytor Pinto, enumera alguns tópicos de atenção relacionados à SIDA, mas que se podem adaptar ao tema deste artigo, nomeadamente:

“- o possível conflito entre a protecção dos direitos dos infectados e doentes e necessária protecção da saúde pública e dos direitos dos outros cidadãos;

- o processo de garantir o direito ao tratamento e, ao mesmo tempo, de assegurar o dever do tratamento e a prevenção de contágios durante ele;

- a obrigatoriedade, ou não, do internamento, isolamento e tratamento compulsivo;

- as questões levantadas pela transmissão voluntária, consciente e intencional da doença e a penalização desses comportamentos;

- a afirmação dos direitos sociais dos infectados, em especial no que refere ao emprego, educação, segurança social e habitação, bem como à situação de discriminação;

- a obrigatoriedade ou o consentimento para a realização de testes e rastreios

- e ainda os deveres dos infectados em geral”.

Pegando no 1º ponto enunciado, podemos dizer que há de facto conflito entre os direitos do doente e o isolamento como medida de saúde pública. Esta pessoa perde o direito à liberdade (artº 27, n 1, da Constituição da Republica Portuguesa), ou seja, perde a possibilidade de participar na vida pública, perde alguma da sua privacidade, vê-se lesado de alguma qualidade de vida (por melhores que sejam as condições de isolamento), entre outros direitos que advêm destes como decidir quanto ao número e especificamente por quem quer ser visitado, do que se quer alimentar, de como quer ocupar o seu tempo, entre outras tantas decisões que faria se não se encontrasse restrito a um espaço físico.

Conforme nos resume Cerdeira (2008, pág. 16), *“O homem não existe sozinho no mundo, sendo com os outros que a sua liberdade e responsabilidade se afirmam e adquirem significado. A pessoa é um ser inacabado realizando-se no encontro com o outro.”.* E se assim é, isolar uma pessoa da sociedade poderá pôr em causa a sua dignidade humana, sendo que este princípio constitui o pilar estruturante sobre o qual assentam todos os outros princípios e valores, e direitos fundamentais de todos os seres humanos.

No entanto, não isolar a pessoa infectada ou colonizada com um microrganismo que requer isolamento, é criar risco para os que o rodeiam (artº 64, nº 1). Sendo que em contexto hospitalar, de um modo

geral, se reflecte em risco para pessoas com risco mais elevado para contrair infecções, quer seja porque já estão doentes, quer pela idade demasiado avançada ou o seu oposto, quer devido aos vários dispositivos invasivos, etc. Há aqui um conflito de interesses entre o bem comum e o bem individual, pois nem sempre o bem da pessoa é necessariamente idêntico ao bem comum e portanto, ao bem de todos. No caso da bioética é muitas vezes o médico ou o conselho de direcção da instituição de saúde que assume esta função de decisão entre o bem da pessoa e o bem comum. (Renaud, s.d).

O termo “autonomia” adquiriu importância na filosofia moderna de Kant. Como princípio, reflecte-se em termos responsáveis pelas nossas decisões/sobre como agir perante factos com que nos vamos deparando, sem obedecermos automaticamente à autoridade externa (Thompson, Melia e Boyd, 2004). Certo é que esta liberdade de decidir não é e não pode ser absoluta, é sim “condicionada pela existência histórica e experiência pessoal” (Nunes 2009, pág.15).

Thompson, Melia e Boyd, (2004), referem que embora a realidade comece a ser outra (e ainda bem), “fomos” pelos tradicionais modelos habituados a que o enfermeiro ou o médico decidissem pelos doentes. Daí que tenhamos pessoas que “aceitam” passivamente o isolamento, sem fazerem quaisquer questões, pacientes que aceitam porque entendem que é de facto necessário o isolamento, por si e/ou pelos outros, e pessoas que se recusam a aceitar o isolamento.

No caso do doente que tem indicação para ficar em isolamento porque se encontra imunodeprimido e recusa (ênfasis, de forma informada) o isolamento como medida protectora da sua saúde, não se coloca aqui a questão do bem comum. Ao recusar o isolamento ele não está a prejudicar o próximo, poderá é estar a prejudicar-se a si, mas se é a sua escolha, esta tem de ser respeitada (princípio da autonomia).

Em casos de recusa de isolamento quando este está indicado, põe-se então em causa os direitos dos outros cidadãos e questionamo-nos também relativamente à obrigatoriedade, ou não, do internamento, isolamento e tratamento compulsivo,

tópicos igualmente referidos pelo CNECV como sendo controversos para certas situações.

Casos de tensão e de conflito em bioética são então muito comuns e deve procurar encontrar-se consenso entre as partes, ou seja, conseguir um acordo geral, o que por vezes se consegue ouvindo o argumento dos outros, pelo reajuste da nossa opinião (Nunes, 2009). Para a mesma autora, a busca de uma solução também passa por uma abordagem transdisciplinar, até porque a ética relaciona-se com a moral, a política, a axiologia, o direito, a deontologia e a bioética.

Assim sendo, junto do doente infectado ou colonizado com um agente patogénico epidemiologicamente importante, o profissional tem o dever de o fazer perceber que para além de direitos, este tem também o dever de respeitar os direitos dos outros utentes, nomeadamente os seus direitos à saúde, prevenção de contágio, segurança. Reforçar a ideia de que não é ele que está a ser isolado, mas sim o microrganismo, que a situação só se manterá pelo tempo estritamente necessário, que lhe serão assistidos, dentro do possível, todos os seus direitos; e cumprir com tudo isto. Está aqui em causa o princípio da solidariedade, segundo Nunes (2009, p.112), definido como “*verdadeira preocupação com os outros seres humanos, no geral, e interesse de cada um em tornar sólido.*”.

Contextos de recusa de isolamento como, o doente apresentar concomitantemente uma patologia que carece de cuidados hospitalares, ou ter uma infecção (colonização) que se associa a cuidados de saúde (IACS), ou a reunião destes factos, parece agravar o problema ético. No primeiro caso, será certo o doente ter alta porque recusa o isolamento, mesmo tendo uma patologia que necessita de cuidados de saúde hospitalares? Será certo ficar internado para tratar essa patologia, mas incorrer-se o risco de infectar outros doentes? No segundo caso, pode haver o “peso na consciência dos profissionais de saúde” e/ou maior dificuldade por parte do doente em aceitar toda esta situação.

Trata-se de privilegiar o bem comum. Restrições legítimas à liberdade contemplam-se na legislação portuguesa, e poderão verificar-se, quando a pessoa em exercício da sua liberdade, poderá constituir risco para os outros, o que acontece com algumas (poucas) pessoas com doença mental (Lei nº 36/98, de 24 de Julho, Artigo 7 da Constituição da República Portuguesa). Mas mesmo em situações de doença mental há que justificar cuidadosamente a aplicação de restrição à liberdade, pois como haverá certeza de que essa pessoa se torna um risco para a sociedade?

Em defesa do doente, surge o Artigo 8 da mesma lei, que só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa. Outro caso em que a pessoa se tornava um risco para a sociedade, mas pelo risco de contágio, era o caso da lepra ou doença de Hansen, erradicada da Europa como problema de saúde pública. Para situações como esta a lei portuguesa (Lei nº 2036, Lei de Bases da Luta contra as Doenças Contagiosas) contemplou o internamento compulsivo e isolamento nos anos 40 e 50, mas hoje em dia, na maioria dos casos, já nem há a necessidade de internamento. Já no caso de pessoas com tuberculose multirresistente (doença infecciosa em crescimento), embora exista o nº 2 da Base I a prever um diploma especial, os diplomas publicados não contemplam a possibilidade de internamento compulsivo. No entanto, sendo tal como a lepra uma doença contagiosa, poderá na opinião de alguns aplicar-se a Lei nº 2036. (Acórdão TRP, 2002). O pneumologista Jaime Pina, refere referindo-se à questão do internamento compulsivo em Portugal que, “ (...) há juizes que consideram que as leis portuguesas são suficientes para decidirem, mas a maioria acha que a lei não está de acordo com a Constituição” (Gaspar, 2004, p.12).

Gaspar (2004), dá-nos exemplos para casos similares, relativamente ao internamento compulsivo de pessoas com tuberculose, que é possível serem tomadas diferentes decisões judiciais sem que tenha havido qualquer alteração da legislação vigente entre as decisões judiciais, o que demonstra a falta de harmonização da legislação portuguesa.

De facto, as opiniões dividem-se.

Germano de Sousa, anterior bastonário da Ordem dos Médicos relativamente ao internamento compulsivo de doentes com tuberculose disse “ (...) se por um lado temos a defesa da saúde pública também temos de pensar no direito de liberdade e no princípio da autonomia do doente. Poder-se-à ir contra a liberdade dos indivíduos? (...) muito pouco aceitável do ponto de vista ético”, mostrando assim uma opinião mais contra do que a favor do internamento compulsivo.

Outras opiniões semelhantes, são as proferidas pelo médico Constantino Saclarides em representação do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, por António Segorbe Luís, presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (embora alguns membros desta sociedade tenham sido subscritores de um abaixo-assinado entregue na Assembleia da República em 2004 com o intuito de propor o internamento compulsivo para impedir a propagação da doença), por Maria José Campos em representação da ABRAÇO, entre outras associações que lutam contra a discriminação do doente (Gaspar, 2004, p.8).

Por sua vez, Maria Augusta de Sousa, bastonária da Ordem dos Enfermeiros, considera que “O portador de tuberculose que sabe da sua situação, recusa tratar-se e proteger os outros, não pode, ao abrigo do exercício da sua liberdade, colocar terceiros em risco.”, portanto, “ (...) em caso de recusa, devem existir formas de garantir o bem comum”. Opiniões semelhantes são as do magistrado A. Leones Dantas, do médico António Meliço-Silvestre, antigo director do Serviço de Doenças Infecto-Contagiosas dos Hospitais da Universidade Coimbra (HUC) e antigo presidente da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS), as do médico José Tereso, do médico Nascimento Costa, e de Jaime Pina (Gaspar, 2004, p.11).

Num estudo feito por Gaspar (2004), a 58 indivíduos pertencentes à população em geral constatou-se que apesar da maioria concordar com o internamento compulsivo (70,7%), também a maioria (84,5%) era da opinião que tal medida poderia afastar ainda mais os grupos de risco dos serviços de saúde. Relativamente à obrigatoriedade de rastreios o

CNECV, afirma, que salvo raras exceções não é possível rastrear as pessoas sem a sua autorização. Diferentemente do que acontece com as doenças de saúde mental, em casos de doenças contagiosas não temos, obrigatoriamente, uma perigosidade fundada em crime. Talvez por isto, ou porque é difícil fazer correlações quanto à origem do contágio, dados os sintomas da doença não serem (por norma) imediatos, o artº 283 do Código Penal aborda a questão da punição pelo crime de propagação de doença apenas aplicável aos profissionais de saúde e a ela relacionados. O que daqui se retira é que, ser legal não equivale a ser eticamente legítimo e no interesse da justiça e da saúde pública, os princípios morais fundamentais donde derivam os direitos humanos, embora não deixem de ser absolutos ou incondicionais, podem ter de estar sujeitos a limitações para proteger o bem comum. Aos profissionais de saúde importa conseguir uma mudança de comportamentos com vista à prevenção da doença, quer esteja a comunicar/cuidar de uma pessoa saudável, quer daquele que é portador ou doente. E ter a devida sensibilidade para perceber e saber ajudar convenientemente um doente e uma família que vêm alterada, pela hospitalização, doença e isolamento, a sua dinâmica de funcionamento, quer a nível do seu modo de viver, normas e regras, estilos e rituais de vida e que sofre com esta situação.

Conclusões

Daqui se retira que os princípios morais fundamentais, donde derivam os direitos humanos, devem ser tratados como requisitos morais absolutos. Já os direitos humanos, parece poderem ter que estar sujeitos a limitações para proteger o bem comum, quando muito bem justificado.

A questão do isolamento da pessoa/doente põe em causa alguns dos direitos humanos, no entanto está contemplada como, para alguns casos imprescindível, medida de controlo de infecção cientificamente comprovada. Parece-me que, à pessoa a quem é prescrito o isolamento cabe o dever de compreender e aceitar essa situação, que se espera o mais humana e temporária possível, ao enfermeiro e restantes profissionais de saúde, cabe proporcionar o referido.

Situações de recusa de isolamento e recusa do internamento ou suas regras, impõe-se como um problema ético e de saúde pública na medida em que, ou não se dá à pessoa autonomia para escolher, ou se corre o risco de permitir a propagação da doença pela comunidade. Não é uma resposta que se possa dar levianamente, e talvez não exista nenhuma resposta totalmente certa. Este dilema, como verificámos, divide comunidades de saúde, éticas, jurídicas e associações que tradicionalmente lutam para a defesa da discriminação do doente.

A referir que a situação do internamento e analogamente isolamento compulsivo, contempla-se em Portugal para os casos de doença mental, de forma excepcional, após análise e explicação detalhada do caso específico. No entanto também se verificam, por exemplo, casos de pessoas com tuberculose para as quais foram decretados internamentos compulsivos, pela analogia que se conseguiu criar com outras leis.

Reflexões como esta, no domínio dos princípios e das regras aplicáveis à biomedicina, ajudam-nos a criar e/ou fortalecer noções que se reflectem depois numa prática de cuidados mais justa e humana, justamente o que esperam as pessoas quando recorrem a um profissional de saúde.

Referências Bibliográficas

- Acórdão do Tribunal da Relação do Porto. (2002). Processo 0110232. Porto. De: 17/06/2010. Disponível: <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/0/bb2d8a8cb57b4d9380256bc800396446?OpenDocument>.
- Botas, J. & Almeida, C. (2007). Manual de políticas e normas de procedimento: Norma de procedimento nº CCI 08/04 – Comissão de Controlo de Infecção, Hospital Garcia de Orta, Almada.
- Cerdeira, A. B. (2008). Informação e consentimento. Responsabilidade profissional – VII Seminário de ética, 12-16.
- Código Penal. Livro II - Parte especial. Título IV - Dos crimes contra a vida em sociedade. Capítulo III - Dos crimes de perigo comum. Artigo 283.º - Propagação de doença, alteração de análise ou de receituário. De: 19/07/10. Disponível: http://bdjur.almedina.net/citem.php?field=node_id&value=1224870
- Conselho Nacional de ética para as Ciências da Vida. (1996). Relatório Parecer (16/CNECV/96). Sobre a obrigatoriedade dos testes da sida. De: 17/06/10 Disponível:

http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273059239_P016_SIDA.pdf

- Constituição da República Portuguesa. De: 18/07/10. Disponível:

<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

- Gaspar, P. (2004). *Tuberculose Pulmonar bacilifera: o internamento compulsivo como medida de controlo da disseminação da doença?*. Mestrado em Comunicação e Educação em Ciência, Universidade de Aveiro, Aveiro. De: 14/07/10. Disponível:

<http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.08/114/1/tuberculos e.pdf>

- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2002). *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Guia Prático*. Ministério da Saúde, Lisboa.

- Jonsen, R., Siegler, M. & Wiinslade, J. (1999). *Ética Clínica*. 4ª Edição. McGraw-Hill.

- Kinlaw, K. & Levine, R. (2007). *Ethical guidelines in Pandemic Influenza – Recommendations of the Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director, Centers for Disease Control and Prevention*. De 15/06/10. Disponível:

http://www.cdc.gov/od/science/phethics/panFlu_Ethic_Guidelines.pdf

- Lei de Saúde Mental - Lei n.º 36/98, de 24 de Julho. De: 19/07/10.

Disponível:http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/LSMental.pdf

- Magalhães, V. (sem data). *Problemas éticos em doenças de risco social – O desafio da globalidade*. CEB (Ed.). *Bem da pessoa e bem comum – Um desafio à bioética* (p. 213 - 218), pelo Centro de Estudos de Bioética. (1998). Coimbra. Gráfica Coimbra.

- Matthew, K. (2007). *Ethics and Public Health Emergencies: Restrictions on Liberty*. Publicado em "The American Journal of bioethics", volume 7, Nº 2, p.1-5. De: 14/07/10. Resumo disponível:

<http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a770971342~frm=titlelink?words=quarantine>

- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e fluorescências, em todos os caminhos*. Loures. Lusociência.

- Renaud, Michel. (sem data). *A tensão entre o bem da pessoa e o bem comum*. Universidade Nova de Lisboa (Ed.). *Bem da pessoa e bem comum – Um desafio à bioética* (p. 9 - 16), Centro de Estudos de Bioética. (1998). Coimbra. Gráfica Coimbra.

- Smith, N. *et al.* (2009). *Infection Control: patient isolation*. *Nursing Practice & Skill*. De: 16/06/10. Disponível: www.dgs.pt, microsite controlo de infecção.

- Thompson, E., Melia, M., & Boyd, M. (2004). *Ética em enfermagem*. Loures. Lusociência.

- Wilson, J. (2003). *Controlo de infecção na prática clínica*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

O ENFERMEIRO, AS CRIANÇAS AUTISTAS E SUAS FAMÍLIAS

SARDINHA, Filipe Landeiro; MALHEIROS, Inês Elias; MARQUES, Sofia¹⁰

GOMES DA COSTA; Fernanda, VAZ, Francisco¹¹

Resumo

Com este artigo, pretende-se ilustrar, à luz da literatura científica existente, uma perspectiva de enfermagem, e o papel destes profissionais, na deteção e apoio terapêutico às crianças com autismo. Confirmou-se, através da pesquisa efectuada, que, para além de este ser um tema bastante actual, o papel do enfermeiro assume uma importância extrema, nomeadamente no aconselhamento da família e cuidadores e na articulação com outros elementos da equipa multi-profissional. O artigo é composto por uma análise epidemiológica da prevalência do distúrbio, seguido de uma breve descrição do mesmo, abordando possíveis etiologias e factores de risco, a classificação segundo a DSM-IV, bem como as manifestações características deste espectro de síndromes. De seguida, é abordada a vertente do tratamento e do papel do enfermeiro, destacando-se as especificidades da interacção com a criança e família e o papel de conselheiros e seguidores atentos da evolução de forma sustentada e contínua.

Palavras-Chave: Autismo; Enfermagem; Família; Desenvolvimento; Educação;

THE NURSE'S ROLE IN CARING FOR CHILDREN WITH AUTISM AND THEIR FAMILIES

Abstract

This article aims to depict the nurse's perspective and role on the detection and therapeutic support to the children with autism, based on the existing scientific data. We confirmed, through our selective research, that besides being a quite mediated issue, the nurse's role is vital, namely in the family's counselling and carers and on the articulation within the multi-professional team. The article therefore includes an epidemiologic analysis of Autism prevalence, followed by a brief description of the syndrome, revealing possible causes and risk factors, its classification in DSM-IV, as well as some

¹⁰ Estudantes do 3º ano do 8º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPS. Unidade Curricular de Enfermagem VII.

¹¹ Professora Regente da Unidade Curricular de Enfermagem VI e docente facilitador.

usual symptoms. Afterwards we discuss the treatment possible paths and the nurse's role, emphasising the specific interaction with the child and the counselling and supervising function, monitoring his sustained and continuous evolution.

Key-words: Autism; Nursing; Family; Development; Education.

Nota Introdutória

O presente trabalho pretende ilustrar, com base na literatura científica existente, uma perspectiva de enfermagem face às crianças autistas e suas famílias e do que pode ser realizado em conjunto com estes. A escolha do tema prendeu-se, essencialmente, no facto de a maioria dos tratamentos actuais se basearem na melhoria da função global da criança, para além da importância e relevância que o suporte familiar tem junto destas. Assim consideramos que o Enfermeiro tem um papel preponderante tanto junto da criança como da sua família.

Relativamente aos objectivos deste trabalho, prevê-se o aprofundamento de conhecimentos sobre a temática e o desenvolvimento de competências, no sentido de identificar as consequências desta patologia na vida da criança e da sua família e compreender de que forma o enfermeiro poderá intervir junto destas.

Dados estatísticos – Prevalência e Epidemiologia

A prevalência do autismo estimava-se, nas décadas de 80 e 90, em cerca de 30 a 60 casos por cada 10.000 nascimentos (INGLESE, ELDER, 2009), um aumento significativo face ao que se acreditava nos anos 60 (entre 2 a 4 casos por 10.000 nados) (LEWIS, WOLKMAR, 1993). Estudos recentes dos EUA estimam que uma em cada 150 crianças com dez anos, ou idade inferior a esta, podem sofrer de uma síndrome do espectro do autismo - cerca de 300 mil crianças nos EUA (INGLESE, ELDER, 2009).

Sabe-se ainda, actualmente, que irmãos gémeos monozigóticos apresentam 60% de concordância na patologia; contudo, segundo os mesmos estudos, a concordância em gémeos dizigóticos era de 0% (INGLESE, ELDER, 2009). Com o aumento dos fenótipos de inclusão, a taxa monozigótica de concordância chegava aos 92%, o que prova que para além de uma predisposição genética,

as condições ambientais têm alguma relevância (INGLESE, ELDER, 2009).

O que é o autismo?

Desde 1943, ano em que Leo Kanner descreveu esta patologia como um “distúrbio afectivo autista”, indiferente ao contacto afectivo, de provável causa genética (apesar da aparente ligação às altas classes sociais da época) (LEWIS, WOLKMAR, 1993; FPA, s.d.), que a definição de autismo nunca deixou de evoluir. Existiu uma altura em que os psicanalistas culpavam as mães pela doença, criando graves disfunções familiares e só no início da década de 60 se estabeleceu que a patologia era independente dos cuidados parentais (LEWIS, WOLKMAR, 1993).

Actualmente, o autismo é caracterizado como uma doença crónica do desenvolvimento¹² que retarda a evolução da criança, impedindo-a de alcançar as “tarefas de desenvolvimento” (*developmental milestones*) esperadas/desejadas. Afecta maioritariamente os rapazes (proporção de 4:1) e não varia consoante a etnia ou estado psicossocial. Coloca-se a hipótese de ter alguma relação com a origem biológica (BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003; PHETRASUWAN, MILES, 2009) contudo, esta relação, por enquanto, permanece indetectável por quaisquer testes médicos, laboratoriais ou genéticos (ELDER, D’ALESSANDRO, 2009). De acordo com alguns dados detectados por exames imagiológicos cerebrais verificam-se manifestações antomo-fisiológicas que interferem com o número e tamanho das Células de Purkinje no cerebelo (BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003). Recentemente foi ainda descoberto um gene, *MET*, regulador do SNC, do sistema imunológico e gastrointestinal, que poderá, eventualmente, estar envolvido na manifestação da doença, ajudando a explicar as dificuldades digestivas e imunológicas que muitos dos afectados manifestam (INGLESE, ELDER, 2009).

Contudo, ainda muitas teorias são defendidas, incluindo infecções virais no primeiro trimestre da

¹² Segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o autismo enquadra-se num quadro de patologias como o Síndrome de Asperger, Doença de Rett, Síndrome de Heller e ainda uma 5ª não especificada (BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003).

gravidez como a rubéola, o diagnóstico de esquizofrenia em ambos os progenitores, depressão pós-parto e outros transtornos não-psicóticos maternos, parto distócico com traumatismos fetais e/ou hemorragias pélvicas e feto microssómico (FPA, s.d.; PINTO, MARCH, 2008; INGLESE, ELDER, 2009). Uma outra associação mais perigosa é a de que algumas vacinas, como a da gripe, provocam autismo (por conterem etilmercúrio enquanto conservante), dado que foi provado que os compostos com mercúrio poderiam causar neurotoxicidade fetal e infantil, especialmente o metilmercúrio (que apesar de ser um composto diferente do usado nas vacinas, a semelhança no nome inquieta muitos dos que apoiam essa associação). No Reino Unido também se acusou a vacina tríplice VASPR (sarampo, papeira e rubéola) de causar distúrbios autistas e gastrointestinais, mas estudos conduzidos não estabeleceram qualquer relação entre as vacinas e os seus compostos com o desenvolvimento da patologia (WEBER, 2008).

Como se pode verificar, é uma doença sobre a qual ainda se sabe muito pouco concretamente e com certezas absolutas, sendo que continuam a ser desenvolvidos estudos com o intuito de aprofundar os conhecimentos nesta área. Como mencionado, é uma doença que afecta o SNC, provocando uma disfunção no seu desenvolvimento (FPA, s.d.), e, por isto, as crianças com autismo apresentam diferenças relativamente a quatro áreas bastante distintas¹³:



Um comportamento estereotipado pelo autismo, facilmente reconhecível para a população em geral é a repetição de movimentos ou brincadeiras (o “desejo de uniformidade das rotinas” como salientam Lewis e Wolkmar (1993) e a falta de interactividade com adultos ou outras crianças com reacções imprevisíveis a objectos e pessoas (BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003), reagindo com indiferença ou violência às tentativas de contacto afectivo (MONTEIRO, *et al.*, 2008). Importa contudo salientar que os sintomas são únicos de criança para criança e não são estáveis, evoluindo com o desenvolvimento da mesma. O autismo trata-se de uma disfunção no desenvolvimento da criança caracterizado por deficiências a nível da socialização e comunicação, sendo que esta apresenta uma predilecção por actividades específicas que repete frequentemente. Sendo os sintomas únicos de pessoa para pessoa, também as capacidades intelectuais das mesmas podem variar: enquanto uns podem ter atrasos mentais, outras podem revelar-se brilhantes nas áreas das matemáticas, música, arte ou memória (PINTO, MARCH, 2008). Outros aspectos ainda a considerar reportam-se às perturbações do sono (por crises de ansiedade, medos e fobias) e alimentação, na medida em que pode ser estabelecido um ritual obrigatório antes do adormecer e procurar satisfazer as altas exigências alimentícias que se prendem com a escolha dos sabores, cores e texturas que mais agradam à criança (PHETRASUWAN, MILES, 2009; MONTEIRO, *et al.*, 2008; BEARD-PFEUFFER, 2008).

Os primeiros sinais a que os pais e profissionais devem estar alerta, enquanto as crianças estão entre os 18 e os 30 meses de vida, consistem nos atrasos da linguagem, nas brincadeiras de repetição e como se processa a interacção com outros (BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003). Outro factor de extrema importância para pais e profissionais reporta-se à sensibilidade sensorial: enquanto uns podem ter um aumento da sensibilidade à luz, gritos ou dor, outros podem permanecer sem reacção mesmo a estímulos mais dolorosos (PINTO, MARCH, 2008). Segundo Elder e D’Alessandro (2009) muitas vezes os pais recorrem ao médico ou ao enfermeiro dizendo apenas que pensam que algo não está bem, a criança não

¹³ MONTEIRO, *et al.*, 2008

parece normal, sendo esse julgamento possível por casais múltiplos, ou seja, que possam fazer uma comparação entre filhos; contudo, quando aquele é o seu primeiro filho a doença nem sempre é detectada tão precocemente quanto se deseja. É importante ressaltar que a criança não deve ser “forçada” a realizar nenhuma actividade e que apesar desta poder parecer distante ou desinteressada é possível que ela esteja concentrada e atenta, sendo esse fácies característico da patologia e não uma “birra” da criança (BRAGA, ÁVILA, 2004).

Tratamento

Não existindo cura para o autismo, desenvolveram-se variadas terapias co-adjuvantes que visem o desenvolvimento da criança e a aquisição de capacidades que melhorem a independência e a qualidade de vida no futuro. Infelizmente, tem-se encarado a medicina como insuficiente ou não fiável na resolução das necessidades destes indivíduos, dando espaço ao aparecimento de suplementos vitamínicos, exercícios de integração sensorial e tratamentos visuais (BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003). Deste modo, queremos reforçar a ideia de que o enfermeiro tem a função de aconselhar as pessoas com objectividade sem julgar as suas acções ou escolhas, alertando-os para a importância da adopção de uma atitude mista entre a esperança e o cepticismo face a algumas “curas” ou “remédios universais”.

Deve igualmente instruir-se os pais a reunir com um profissional de saúde (manifestando disponibilidade) antes de iniciar qualquer tratamento, para que juntos, reflectam sobre a adequação do mesmo - beneficia a criança? Tem base científica comprovada? Existem procedimentos específicos de apoio? Não interfere com o plano terapêutico actual da criança? Já alguém foi submetido ao tratamento? - permanecendo ainda a oportunidade de recorrer às associações existentes na comunidade que possam ter mais informações ou estar em contacto com pessoas a realizar esse tratamento.

Um aspecto tão importante como a selecção da terapêutica é o diagnóstico prematuro, que pode trazer

significativas vantagens para todos (ver Esquema 3), inclusive, influenciar o prognóstico da criança: nas idades mais tenras as conexões neuronais ainda se estão a formar, pelo que a experiência, exercícios mentais regulares e estímulos ao desenvolvimento são fundamentais (BRAGA, ÁVILA, 2004). Face ao exposto, entre os primeiros 6 meses e o terceiro aniversário devem ser notórias algumas diferenças/evoluções na criança. Ainda assim, a maioria dos indivíduos nunca atinge a maturidade dita normal (resultado das dificuldades comunicacionais), necessitando de assistência contínua (LEWIS, WOLKMAR, 1993).

O tratamento recomendado geralmente inclui métodos educacionais (educação especial – para melhorar os resultados académicos), terapia comportamental (melhorias no auto-cuidado e contactos sociais) e do desenvolvimento (como a terapia da fala e fisioterapia), medicação selectiva (anti-convulsivantes, anti-depressivos, estimulantes, anti-psicóticos, inibidores selectivos da recuperação da serotonina) para controlo sintomático, que pode acabar por ser tão prejudicial quanto benéfica, e acompanhamento psicológico, procurando sempre manter uma certa rigidez nos procedimentos, que devem ser incorporados na rotina da criança (PINTO, MARCH, 2008; JOHNSON *et al.*, 2007; ELDER, D'ALESSANDRO, 2009; BEARD-PFEUFFER, 2008; LEWIS, WOLKMAR, 1993; BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003).

Contudo, existe ainda uma grande variedade de tratamentos disponíveis cuja fidedignidade científica não foi ainda comprovada (ELDER, D'ALESSANDRO, 2009), não obstante o grande número de referências na literatura. São disto exemplos dietas especiais sem glúten ou sem caseína e ricas em vitaminas e suplementos minerais ou mesmo a terapia de integração sensorial. Importa ainda realçar que o excesso de alguns suplementos nutricionais e medicinais pode trazer gravíssimas consequências para as crianças (como por exemplo a vitamina A do óleo de fígado de bacalhau) (BEARD-PFEUFFER, 2008).

Comportamento

- Movimentos repetitivos como baloiçar-se, bater palmas, rodar objectos, torcer as mãos ou dedos ou rodar a cabeça de um lado para o outro (BRAGA, ÁVILA, 2004; FPA, s.d.);
- Atitude aparente de desinteresse com fâcies inexpressivo ou de distração (FPA, s.d.; BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003);
- Desenvolvimento anormal da motricidade (incapacidade de chutar uma bola mas consegue alinhar cubos) (BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003);
- Pode chorar muito (ainda que sem razão) ou nunca chorar e mais tarde tornar-se hiperactivo, ou, por outro lado, hipoactivo (FPA, s.d.; ELDER, D'ALESSANDRO, 2009);
- Usa os brinquedos de forma diferente da prevista (ex: a boneca como arma de arremesso ou apenas para fazer uma fila) (INGLESE, ELDER, 2009; PINTO, MARCH, 2008);
- Obsessão com a uniformidade e a manutenção de rotinas rígidas e preocupação selectiva para com determinados objectos, brinquedos ou partes do corpo (PINTO, MARCH, 2008);
- Comportamentos de auto ou hetero-agressividade (PHETRASUWAN, MILES, 2009; FPA, s.d.);

Linguagem

- Incapacidade ou dificuldades na compreensão da linguagem simples e na expressão própria, sem procura de expressão não-verbal compensatória (FPA, s.d.);
- Recurso a gemidos ou apontar para objectos para exprimir necessidades (BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003);
- Discurso em tom monótono ou de canção (ELDER, D'ALESSANDRO, 2009);
- Pode verificar-se ecolalia, inversão pronominal (eu, tu...) e interpretação literal extrema (idade escolar) (FPA, s.d.; BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003);
- Mesmo quando capazes de falar, não recorrem à linguagem oral como forma de comunicação (FPA, s.d.);

Função Sensorial

- Sensibilidade a estímulos reduzida, ignorando o que o rodeia (bebé não responde pelo nome, revela pobre contacto visual) (FPA, s.d.; PINTO, MARCH, 2008);
- Hipersensibilidade a estímulos visuais como a cor e o brilho, auditivos, ao sabor, texturas; reacções estranhas a choros de bebés, animais, espirros ou tosse de pessoas (LEWIS, WOLKMAR, 1993; ELDER, D'ALESSANDRO, 2009);
- Ausência da noção de perigo, hipo ou hipersensibilidade à dor (MONTEIRO, *et al.*, 2008; BEARD-PFEUFFER, 2008);
- Recurso à auto-estimulação (bater palmas, baloiçar...) (BLACKWELL, NIEDERHAUSER, 2003);

Interacção social

- Ausência de resposta social desde cedo: não segue a mãe nem a procura quando deixa de a ver (não tem apego à progenitora), não gosta de mimos nem abraços (PINTO, MARCH, 2008; LEWIS, WOLKMAR, 1993);
- Não recorre ao jogo social ou cooperativo nem ao 'faz-de-conta' (FPA, s.d.);
- Incapacidade de empatizar (colocar-se na perspectiva do outro) e de perceber os sentimentos dos outros; podem ser vistos como insensíveis e rudes (INGLESE, ELDER, 2009);
- Não partilha prazeres, interesses ou objectivos com os seus pares (FPA, s.d.);

Intervenção do enfermeiro

O papel de enfermeiro assume-se como a ponte entre a família, os profissionais, o diagnóstico e os tratamentos, em simultâneo com a avaliação do esforço familiar e a necessidade de apoio aos pais envolvidos num ambiente de total confiança. O enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos que lhe permitam avaliar de forma correcta o desenvolvimento infantil e identificar as intervenções essenciais a realizar, discutindo-as com os pais (BRAGA, ÁVILA, 2004).



É extremamente relevante trabalhar no sentido de que a criança com autismo não é deficiente, mas sim única e detentora de algumas necessidades especiais, que a podem conduzir a demorar mais tempo a completar todas as tarefas de desenvolvimento, não sendo, no entanto, impossível ter uma vida próxima do normal, quando acompanhada por profissionais.

Para a detecção precoce desta patologia, além do conhecimento de todas as alterações funcionais já mencionadas, o primeiro aspecto ao qual se deve atender é à avaliação auditiva, de forma a estabelecer-se um diagnóstico sólido e providenciar a reunião de um painel de especialistas variado (ver Esquema 5), que não só continuem a identificar e avaliar as outras necessidades da criança, mas, também, que permitam determinar um diagnóstico 100% exacto e completo

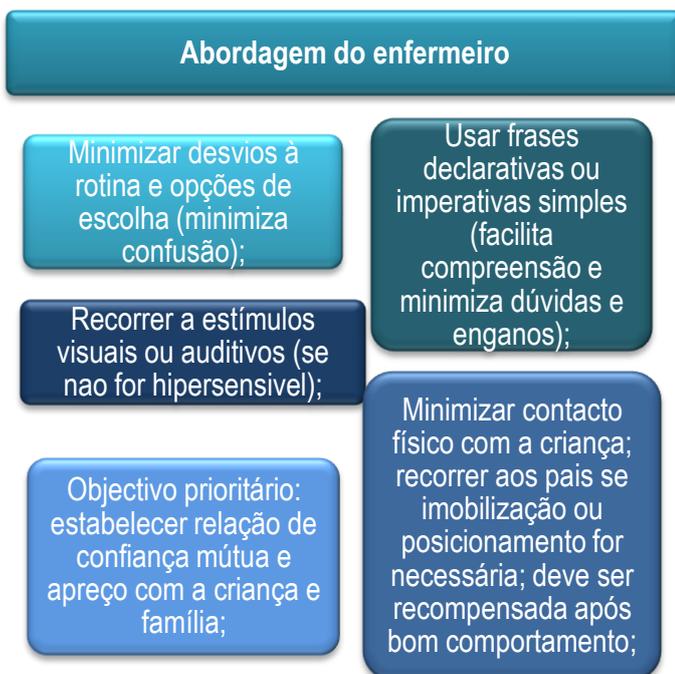
(ELDER, D'ALESSANDRO, 2009). Uma criança com uma síndrome autista pode exigir acompanhamento terapêutico linguístico, comportamental e ocupacional, resultando num excesso de encargos financeiros para família. Neste sentido, o papel do enfermeiro passa por tornar-se intermediário de ligação a outros profissionais, associações especializadas ou até subsídios ou complementos disponíveis para a família (PINTO, MARCH, 2008). No que concerne à vacinação, caso os pais não desejem vacinar a criança, o enfermeiro deve estar preparado para oferecer informação objectiva sobre o facto de não existirem provas que a relacionem directamente com o autismo, mas não deve impor nenhuma tomada de decisão devido ao risco de perda de confiança nos profissionais de saúde, que se revela uma consequência bem mais grave (INGLESE, ELDER, 2009).

Após o diagnóstico de autismo, o enfermeiro deve ter como foco (ELDER, D'ALESSANDRO, 2009):

- 1 • Maximizar a independência e funcionalidade e qualidade de vida;
- 2 • Facilitar o desenvolvimento e aprendizagem da criança;
- 3 • Promover as competências interpessoais e de socialização;
- 4 • Reduzir a frequência de comportamentos desajustados ou anti-sociais;
- 5 • Educar e apoiar famílias em todo o processo de adaptação e regulação;

Para estas crianças é essencial a elaboração de um plano educacional individualizado a ser discutido com o professor de educação especial e os pais, na medida em que são as pessoas que conhecem melhor a criança e as suas expectativas (ELDER, D'ALESSANDRO, 2009). Segundo Pinto e March (2008), o enfermeiro deve mostrar sempre

disponibilidade para a prestação de cuidados. O contacto e deslocação, da criança com autismo, ao ambiente hospitalar surgem como algo pertinente a ser acordado e discutido previamente (alguns dias antes) com os seus pais, objectivando o esclarecimento acerca dos procedimentos que serão efectuados e ainda a identificação dos medos e preferências da criança, incluindo a informação recolhida na sua ficha pessoal (THORNE, 2007). Há que atender que no contacto com estas crianças, pode ser necessário utilizar determinadas estratégias, para o estabelecimento de uma comunicação e abordagem eficaz. No sentido de garantir que esta perceba o que lhe está a ser transmitido deve-se recorrer a vídeos, cartões ou figuras de livros sobre o procedimento ou actividade que vai ser realizada, repetindo-se a explicação as vezes que forem necessárias.



Ao nível do ambiente terapêutico deve ser promovida a privacidade, permitindo apenas a presença dos pais. É relevante que sejam eliminadas todas as fontes de ruído dispensáveis, de forma a ser possível comunicar com a criança com voz calma e suave, evidenciando disponibilidade e receptibilidade para que esta cheire e toque o enfermeiro (evitando-se, por este motivo, o uso de perfumes ou colónias fortes).

De referir que a história pessoal da criança não deve ser discutida com os pais na sua presença para

não aumentar a desconfiança relativamente aos profissionais de saúde.

Deve-se ainda ter atenção ao facto de ser determinante existirem reservas na utilização do toque por parte do enfermeiro, enquanto não se perceber se a criança está receptiva para tal ou enquanto a própria ainda não tiver tido a iniciativa de tocar antes, de forma a promover uma construção eficaz da relação e manutenção da confiança (BEARD-PFEUFFER, 2008; THORNE, 2007). Nestes momentos, em conjunto com a criança, torna-se relevante a elaboração de uma lista das suas actividades predilectas e detestadas, para poderem ser incluídas e combinadas na sua vida diária (ELDER, D'ALESSANDRO, 2009).

Sendo a família um dos principais pilares de sustentação destas crianças é fundamental o enfermeiro reunir esforços no sentido da consciencialização dos pais e prestação de especial atenção aos mesmos, visto que os cuidados requeridos por uma criança com autismo implicam uma grande disponibilidade e ocupação de grande parte da vida dos cuidadores, pelo que terão de ser realizados sacrifícios sociais e adaptações da sua vida à evolução do estado do seu filho. Estes sacrifícios referem-se à privação de novos acontecimentos, limitações na convivência social e escassez de momentos de lazer, o que pode suscitar sentimentos que nem sempre são expressados, mas que exigem um acompanhamento com proximidade para exploração dos recursos familiares existentes ou descoberta de novas fontes de recursos (MONTEIRO, *et al.*, 2008). Estimular o desenvolvimento de actividades de lazer, como por exemplo as artes ou o desporto, pode ser fundamental para a exposição destes sentimentos e libertação de frustrações relacionadas com a sociedade estigmatizante (PHETRASUWAN, MILES, 2009).

Se existir outra criança na família, pode, também, revelar-se essencial escuta-la, uma vez que as responsabilidades que lhe são exigidas são superiores ao normal, e ao ser-lhe prestada menos atenção, a própria pode sentir-se envergonhada e perdida relativamente à patologia do irmão. De encontro a isto, e atendendo que uma pessoa com

autismo tem uma esperança média de vida igual à da restante população, torna-se expectável que os parentes com idades mais próximas da sua possam vir a tornar-se seus supervisores ou cuidadores, daí a relevância de incluir os irmãos neste processo (ELDER, D'ALESSANDRO, 2009). Assim, impõe-se o desenvolvimento de uma estratégia positiva para toda a família lidar com a criança, combatendo os sentimentos de incapacidade e a imagem de "infelizes sofredores" atribuída pelo resto da sociedade (nomeadamente aquando dos episódios de teimas públicas), que constituem as principais fontes de *stress* familiar (PHETRASUWAN, MILES, 2009). Para se conseguir ter sucesso neste âmbito da educação familiar é necessário ter conhecimento das fases do processo de *coping* pelo qual a família passa durante o processo de diagnóstico (ELDER, D'ALESSANDRO, 2009):

Choque e Descrença

- revelação da suspeita de que algo se passa, procura de várias opiniões de profissionais, pais lidam com a doença de forma diferente – não esquecer que é mais comum em rapazes

Expressão do luto

- "morte" das expectativas futuras tanto da mãe ou do pai como da criança, procura de uma causa bem definida que possa ser alvo da cólera que os pais sentem – esclarecer que apesar da possível etiologia genética, nenhum dos pais tem culpa no facto

Desorganização e Desespero

- tentativa de manutenção das ambições académicas ou profissionais e cumprimento das obrigações familiares 'exageradas', *stress* aumentado pela pressão financeira do pagamento das terapias especiais – avaliar necessidade de envolver assistente social e procurar outros recursos na comunidade

Reorganização

- ainda perdura algum caos, mas a família atingiu um nível de funcionalidade saudável, sendo comum considerarem-se mais próximos, unidos, tolerantes e fortes que nunca e as suas expectativas já se adequam à realidade

Após o fim deste ciclo é usual os pais considerarem-se melhores pessoas e mais satisfeitos com a sua vida familiar.

Com tudo isto, torna-se evidente que o enfermeiro, com um papel activo na educação familiar, se revela um elemento chave na melhoria significativa da qualidade de vida destas famílias, na medida em que se disponibiliza para escutar os sentimentos e dificuldades, que auxilia na selecção de actividades tranquilizadoras e positivas e que procura com a família os recursos disponíveis nesta e na comunidade para viver com a criança com autismo, envolvendo, também, outros membros da equipa multidisciplinar (PHETRASUWAN, MILES 2009).

Referências Bibliográficas

- BLACKWELL, James; NIEDERHAUSER, Carol – *Diagnose and Manage Autistic Children – The Nurse Practitioner*. Vol. 28, nº6 (2003)
- BRAGA, Maria; ÁVILA, Lazslo – *Detecção dos Transtornos Invasivos na Criança, Perspectiva das Mães – Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 12, nº6 (2004).
- ELDER, J.; D'ALESSANDRO, T. – Supporting families of children with Autism Spectrum disorders: Questions parents ask and what nurses need to know. *Journal of Pediatric Nursing*. ISSN 1532-8449. Vol. 35, nº4. (2009).
- INGLESE, M.; ELDER, J. – Caring for children with Autism Spectrum disorder Part I: Prevalence, etiology and core features. *Journal of Pediatric Nursing*. ISSN 1532-8449. Vol. 24, nº1. (2009).
- LEWIS, Melvin; WOLKMAR, Fred – *Aspectos Clínicos do Desenvolvimento da Infância e Adolescência*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MONTEIRO, et al. – *Vivências Maternas na Realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem – Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Vol. 61, nº3 (2008).
- PHETRASUWAN, S.; MILES, M. – Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. ISSN 1744-6155. Vol. 14, nº3 (2009).
- PINTO, S.; MARCH, P. – Quick lesson about Autism. *Cinahl Information Systems* (2008).
- THORNE, A. – Are you ready to give care to a child with autism. *Nursing 2007*. Vol. 37, nº5. (2007).
- WEBER, C. – Update on Autism and childhood vaccines. *Urologic nursing*. Vol. 28, nº4 (2008).

Referências Electrónicas

- BEARD-PFEUFFER, M. (2008) – Understanding the world of children with Autism. <http://rn.modernmedicine.com/rnweb/article/articleDetail.jsp?id=493584>. 1/12/09. 23:17.
- FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE AUTISMO – Autismo. <http://www.appda-lisboa.org.pt/federacao/autismo.php>. 14/12/09. 21:43.

CLIMATÉRIO: O COMEÇO DE UMA NOVA VIDA. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO.

CIGARRO, Ana Rita; GONZÁLEZ, Emily; TAVARES, Sara;
GOMES DA COSTA, Fernanda¹⁴

Resumo: Este artigo tem o objectivo de realçar, com base na literatura científica consultada, a intervenção do enfermeiro em relação à mulher no climatério. Começando por definir o conceito de Climatério e respectivas fases (Pré-menopausa, Menopausa e Pós-menopausa) apresenta-se seguidamente a toda a sintomatologia física e psicológica que lhe é característica, o Tratamento de Reposição Hormonal e algumas patologias que se encontram descritas poderem surgir após esta fase (Osteoporose, Doenças Cardiovasculares, Alzheimer e Neoplasias da Mama e Ovários). Por fim expõem-se os focos e respectivos juízos de enfermagem, mais relevantes nesta fase, com base na CIPE¹⁵, versão 1.0, com intervenções de enfermagem ajustadas.

Palavras-chave: Climatério; Enfermagem; Menopausa.

CLIMATERIC: THE BEGINNING OF A NEW LIFE. NURSING ROLE.

Abstract: The following article, based on scientific literature, shows the role of the nurse during the Climacteric, since it's a subject not very explored by the health professionals. First, it's described the concept of Climacteric and the different stages involved (Pre-Menopause, Menopause and Post-Menopause), then it's showed the principal psychological and physiologic symptoms, the treatment and the health problems that can appear later (Osteoporosis, Cardiovascular Disease, Alzheimer, Breast Cancer and other cancers). In the end, it's exposed the nursing focus and judges, based on CIPE version 1.0, with accurate nursing interventions.

Key-words: Climacteric; Nursing; Menopause.

NOTA INTRODUTÓRIA

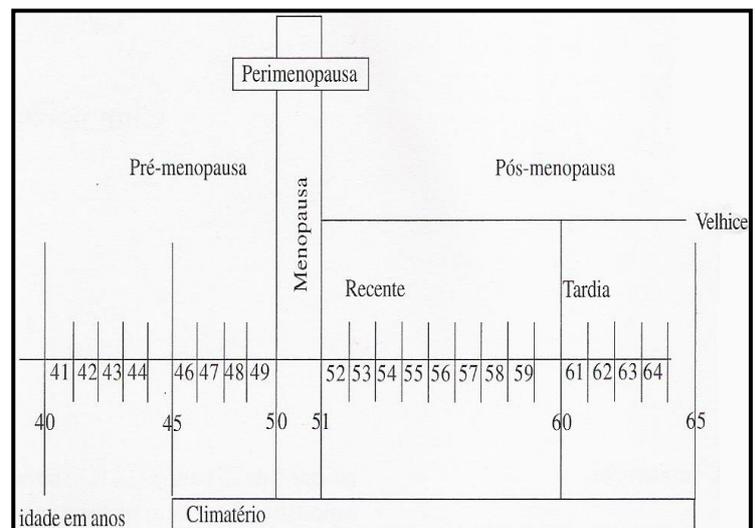
Este trabalho sobre a forma de artigo de revisão, pretende ilustrar, com base na literatura científica existente, a intervenção do Enfermeiro mediante a mulher no climatério. A escolha do presente

tema pretende objectivar conhecimentos sobre a temática e desenvolver competências no sentido de intervir a nível da Prevenção e Promoção da saúde.

SOBRE O CLIMATÉRIO...

O **climatério** pode ser definido como um período de transição entre o período reprodutivo e não-reprodutivo da mulher, correspondendo à passagem dos 12 meses de amenorreia. Caracteriza-se por um conjunto de alterações fisiológicas e psicológicas derivadas da diminuição progressiva da produção de hormonas ováricas. Neste período ocorre a última menstruação, designada por **menopausa** (CARVALHO, 2004:71).

Por sua vez, menopausa, é representada pelo término da actividade menstrual, significando também o fim da idade fértil ou reprodutiva. Esta fase ocorre devido a alterações fisiológicas ao nível dos ovários que deixam de ser estimulados pelas hormonas hipofisárias (FSH e LH) a produzir estrogénio e progesterona, essenciais ao ciclo menstrual. Embora esta alteração fisiológica defira de mulher para mulher (entre os 35 e os 60 anos de idade), a idade padrão estipulada para o mundo ocidental compreende-se nos 51 anos de idade. Neste sentido, muitas mulheres vivem este período durante cerca de um terço das suas vidas (RAMOS e GOMES, 2005:150). Para melhor entender estes conceitos apresenta-se, de seguida, um esquema ilustrativo das diferentes fases do climatério, relacionando-as com a idade cronológica da mulher.



¹⁴ Estudantes do 3º ano do CLE (ano lectivo 2009/2010), na unidade curricular de Enfermagem VI, regência de Fernanda Gomes da Costa.

¹⁵ CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

A primeira fase do climatério designa-se por **pré-menopausa** que engloba todo o período reprodutivo até à menopausa. Geralmente ocorre após os 40 anos, com diminuição da fertilidade e ciclos menstruais regulares ou padrão menstrual similar ao ocorrido durante a vida reprodutiva (HALBE *et al.*, DATA:211).

Pós-menopausa é o período após a menopausa, que se inicia um ano depois da última menstruação (OMS, 1994 cit. por ABERNETHY, 2005:36).

O climatério compreende não só uma sintomatologia física, como também repercussões a nível psicológico e comportamental devido às representações sociais e factores culturais que lhe estão associadas e características da própria personalidade. Os sinais mais precoces são as irregularidades menstruais, até ao desaparecimento da menstruação e os afrontamentos têm uma frequência e intensidade dependendo de mulher para mulher (HALBE *et al.*, 2004:213; RAMOS e GOMES, 2005:151).

Por outro lado Halbe (1998) citado por Silva, Araújo e Silva (2003:29), alerta para o facto o climatério poder ocorrer de forma assintomática.

O ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Os enfermeiros, como profissionais de saúde por excelência e cientificamente creditados, desempenham uma acção importante ao nível da promoção e prevenção da saúde. Por estarem em contacto permanente com a pessoa, e num sentido mais amplo com a família e comunidade, deve ser detentor de conhecimentos baseados na evidência, de maneira a conseguir responder a todas as dúvidas da mulher. Ainda neste sentido, o profissional deve ter presente que a mulher que carece de informação é mais susceptível aos mitos que a rodeiam. Para tal, deve conhecer toda a sintomatologia, tratamentos e situações patológicas decorrentes associadas (ABERNETHY, 2005: 37)

FÍSICAS	-DISPAREUNIA; -PRURIDO VULVAR; -SECURA VAGINAL; -VAGINITE; -CORRIMENTO UTERINO DISFUNCIONAL; -METORRAGIAS; -POLAQUIÚRIA E DISÚRIA; -INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO; -SÍNDROME URETAL.	UROGENITAIS
	-DIMINUIÇÃO DO TÓNUS E ELASTICIDADE MUSCULAR; -OSTEALGIA; -ARTRALGIA; -MIALGIA.	OSTEO-MÚSCULO-ARTICULARES
	-AFRONTAMENTOS; -SUDORESE; -CALAFRIOS; -AUMENTO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA; -CEFALEIAS E TONTURAS; -PARESTESIAS; -NÁUSEAS.	VASOMOTOR/NEURAIS
	-ALOPÉCIA, PERDA DE SUAVIDADE, DENSIDADE E VOLUME CABELO; QUEDA DE PÊLOS; -PERDA DE ELASTICIDADE, SECURA, FISSURAS E RUGAS DO TECIDO SUBCUTÂNEO E PELE; -PERDA DE ELASTICIDADE, MAIOR FLACIDEZ DAS MAMAS; MASTALGIA.	PELE E TEGUMENTOS
	-ATEROESCLEROSE	METABÓLICAS
PSICOLÓGICAS	-ALTERAÇÕES DO HUMOR E LABILIDADE EMOCIONAL; -ANSIEDADE E IRRITABILIDADE; -INSÓNIAS E FADIGA; -DETERIORAÇÃO DA MEMÓRIA E DESEMPENHO; -ATAQUES DE PÂNICO E DE ANSIEDADE; -PERDA DE LIBIDO; -LETARGIA E ASTENIA; -AUTO-ESTIMA ALTERADA.	

Sintomas do Climatério (Adaptado de HALBE *et al.*, 2004:213; ABERNETHY, 2005: 36; SILVA e SILVA, 1999:18)

É o seu corpo, a decisão é sua, é uma frase, da autoria de Águas (2003:25) que ilustra como deve ser exposta à mulher a realidade do tratamento de reposição hormonal (TRH). O TRH é, de facto com diversos benefícios e riscos, sendo que, cabe a cada mulher, tomar a decisão de adoptar ou não este tipo de tratamento, para esta nova fase da sua vida. Para tal, reveste-se de grande importância a intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro, no sentido de a capacitar, informando-a e esclarecendo-a, de maneira a que possa tomar uma decisão em pleno e consciente.

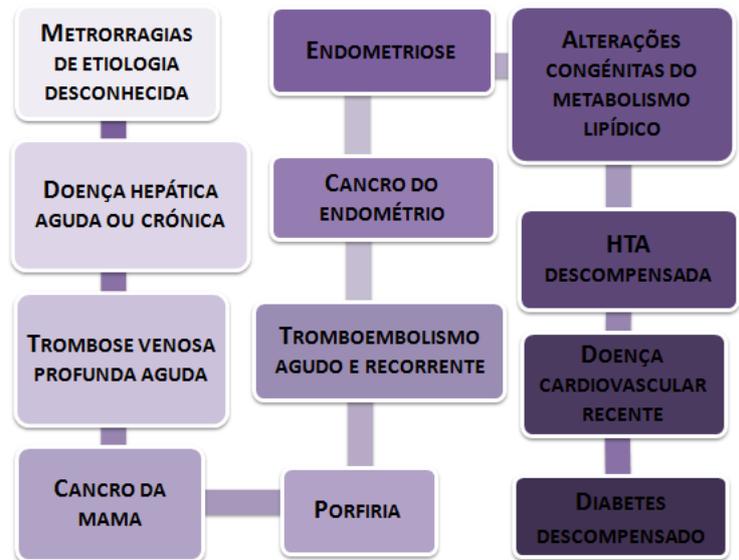
As principais indicações do TRH encontram-se resumidas no esquema seguinte:



No entanto, apesar de ser considerado o meio mais eficaz para o alívio sintomático, é também visualizado como um factor de risco no cancro da mama e tromboembolismo.

Também, nem todas as mulheres podem iniciar tratamento hormonal (esquema 3), sendo necessário recorrer a outras terapêuticas. Assim, as terapêuticas naturais, nomeadamente a utilização de soja e isoflavonas¹⁶ na alimentação têm vindo a ganhar crescente impacto (SENA, COSTA e COSTA, 2007:533).

¹⁶ O artigo de revisão elaborado por Oliveira e Lassalle, [s.d], refere que a suplementação com isoflavonas durante o período de climatério é benéfica para a saúde, devendo o médico deve ter conhecimento sobre este tratamento.



Contra-indicações de TRH (Adaptado de HALBE et al., 2004:223; BARACAT e JÚNIOR, 2006)

Uma vez que esta etapa da vida da mulher é propícia à revisão geral da sua saúde, torna-se pertinente que o enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, avalie os riscos/benefícios que esta revela, traçando um perfil de uma mulher de baixo risco ou elevado risco, dando sempre a opção da mulher decidir acerca da prática deste tratamento consoante essas características (tabelas 2 e 3).

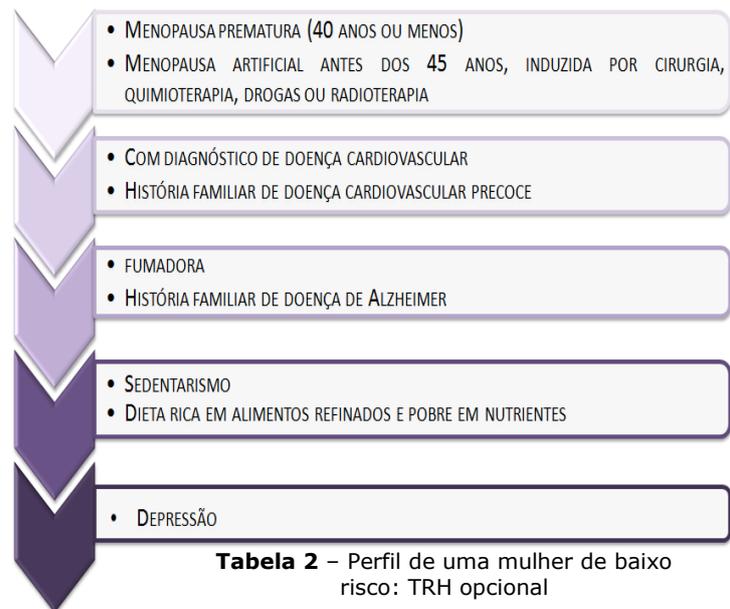


Tabela 2 – Perfil de uma mulher de baixo risco: TRH opcional

(Adaptado de NORTHRUP, 1999:477)

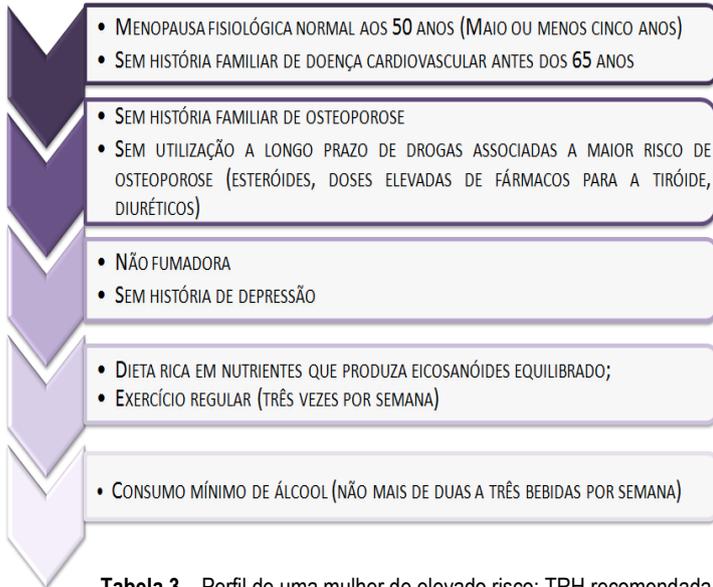


Tabela 3 – Perfil de uma mulher de elevado risco: TRH recomendada

Há que destacar que os efeitos colaterais do TRH dependem do tipo de hormona utilizada: estrogénios ou progesterona. Ora, tendo em conta os efeitos adversos associados a este tratamento, é compreensível que exista sempre uma vigilância regular (ÁGUAS, 2003:16)

O que pode surgir depois do climatério?

Devido ao processo fisiológico do climatério, associado a uma diminuição dos níveis de estrogénios podem surgir algumas situações que interferem ao nível da saúde e bem-estar da mulher. Destas destacam-se principalmente, a Osteoporose, Doenças Cardiovasculares, Doença de Alzheimer e Cancro da mama e ovários (ÁGUAS, 2003: 8; BEERS, 2008:125). O enfermeiro surge neste sentido como “educador para a saúde” no sentido de despertar a atenção da mulher para estes cenários passíveis de ocorrer, promovendo a adopção de estilos de vida saudáveis.

▪ OSTEOPOROSE

A carência de estrogénios conduz à desmineralização óssea, levando a fracturas mais frequentes, principalmente ao nível do punho, colo do fémur e vértebras (ÁGUAS, 2000:8). Segundo Águas (2000:9), uma em cada duas mulheres com idade superior a 50 anos apresenta risco de sofrer uma fractura óssea, sendo que, as que apresentam maior risco de sofrerem de osteoporose são as que passam pelo período de menopausa mais cedo (antes dos 45

anos) ou por processo cirúrgico (por histerectomia e ooforectomia). Incorporam-se, igualmente, nesta categoria mulheres com IMC¹⁷ inferior a 18,5 Kg/m², fumadoras, com baixo consumo de leite e derivados, reduzido nível de actividade física e com antecedentes familiares.

▪ DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Segundo Favorato e Aldrighi (2001:339) o climatério constitui a etapa do ciclo biológico da mulher com maior probabilidade de desenvolver uma doença isquémica cardíaca. Águas (2003:11) completa este facto ao mencionar que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no sexo feminino, atingido uma em cada quatro mulheres com idades próximas dos 65 anos. Conforme a mesma autora, estas patologias ocorrem devido a uma diminuição de estrogénios que têm uma acção anti-dislipidémia. Estas hormonas também auxiliam na manutenção da flexibilidade dos vasos sanguíneos, sendo que, quando diminuídas, a circulação sanguínea é dificultada. De referir que actualmente ainda não foi possível chegar a um consenso acerca dos efeitos do tratamento hormonal de substituição na redução de risco de doenças coronárias (HODIS e KARAS, 2007).

▪ DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer tanto em termos de prevalência como de incidência é um problema de saúde que afecta gravemente as mulheres, uma vez que, a nível nacional, estas correspondem a 57% dos óbitos por esta patologia (INE, 2001). Águas (2003:13) refere que actualmente sabe-se que os estrogénios exercem a sua acção sobre o cérebro, mais propriamente sobre a memória, desconhecendo-se ainda todo o processo fisiológico subjacente.

▪ CANCRO DA MAMA E OVÁRIO

O cancro da mama constitui um importante problema de saúde pública, não só a nível internacional como também nacional, uma vez que em Portugal, a incidência situa-se em cerca de 60 novos casos por ano por cada 100 mil habitantes, significando três mil

¹⁷ IMC – Índice de Massa Corporal que se baseia na relação entre a altura e o peso ao quadrado.

novos casos por ano (MARQUES, 2003:463). Segundo o mesmo autor, desde o nascimento até ao período da menarca poucas transformações ocorrem na mama de uma mulher. Todavia, o número das unidades funcionais da mama (os ácinos) aumenta por cada ciclo menstrual, até habitualmente aos 35 anos de idade, na qual se verifica uma involução mamária que é mais notória a partir da menopausa. Nesta sequência, conclui-se que quantos mais ciclos menstruais existirem, maior o número de unidades funcionais, o que eventualmente poderá aumentar a frequência do cancro da mama nas mulheres com menarcas precoces (11-14anos) e menopausas tardias (55 anos ou mais). Assim, é principalmente a partir do período da menopausa que começam a surgir mais casos de doença oncológica da mama, sendo também nesta altura que os mecanismos de regeneração celular podem começar a sofrer alterações, nomeadamente a sua substituição por mecanismos que levam à fibrose, adenose ou hiperplasia (MARQUES, 2003:464).

Factores hormonais, como estrogénios e progesterona podem alterar os mecanismos normais de regeneração. A TRH surge frequentemente relacionada com um aumento da incidência do cancro da mama, aumentando 2,3% por cada ano de utilização desta, isto é, existe um risco absoluto de seis casos de cancro de mama por cada 1.000 mulheres de 50 anos de idade que façam esta terapêutica durante 10 anos (MARQUES, 2003: 465).

Relativamente ao cancro do ovário, Castro (2007)¹⁸ menciona que não só a TRH prolongada em mulheres pós menopáusicas aumenta o risco deste cancro, como também a associação a outros factores de risco, nomeadamente obesidade, sedentarismo, tabagismo e nuliparidade.

O enfermeiro e a mulher: um percurso em conjunto

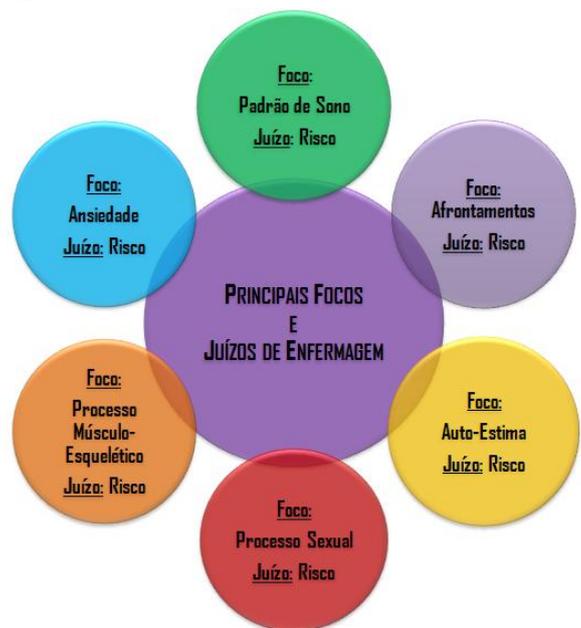
O meio cultural e as ideologias que são transmitidas à mulher de geração em geração, influenciam fortemente a maneira como o climatério é perspectivado pela mesma. Neste sentido existe um

¹⁸ Artigo de revisão sobre o *Million Women Study* (MWS), que relata os efeitos benéficos do TRH sobre o alívio sintomático e respectiva melhoria da qualidade de vida.

dualismo cultural na medida em que, se por um lado existem mulheres que encaram esta fase com gratificação (desprovida de encargos menstruais, reprodutores, e maternais) por outro lado, encontram-se as que o visualizam com uma conotação negativa repleta de perdas a nível do seu papel social, sexual, reprodutor, físico, psicológico e emocional. Em síntese existe uma antítese entre a liberdade sentida por umas, e a perda abrupta de auto-estima manifestada por outras (CARVALHO, 2004:73).

Neste sentido, o enfermeiro deve optar não por um pensamento biomédico, onde esta etapa é encarada como uma patologia incapacitante, mas sim perspectivá-la como algo normativo no ciclo de vida da mulher, transmitindo esta postura nos ensinamentos efectuados. Assim, não se deve centrar apenas na sintomatologia física, como também se deve voltar para a esfera psicológica, comportamental e cultural desta, no sentido de prestar cuidados de enfermagem holísticos e culturalmente competentes.

O subsequente esquema ilustra os principais focos¹⁹ e respectivos juízos²⁰ de enfermagem, segundo a CIPE versão 1.0.



¹⁹ Foco – área de atenção relevante para a enfermagem (por exemplo dor, sem abrigo, eliminação, esperança de vida, conhecimento) (CIPE, 2005:29).

²⁰ Juízo – opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem (por exemplo nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, anormal) (CIPE, 2005:29).

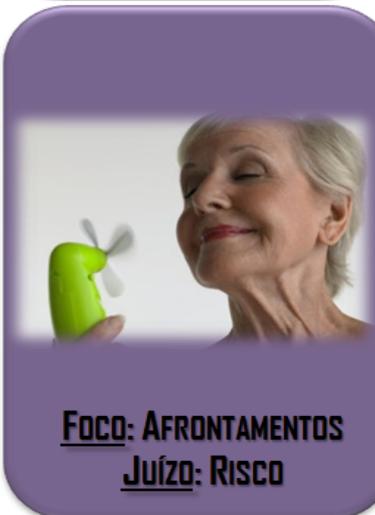
De destacar que o enfermeiro, em qualquer situação, deve averiguar quais os conhecimentos da mulher relativamente à etiologia da fase pela qual atravessa, devendo de seguida explicar e reforçar que muitas das mudanças físicas e psicológicas são decorrentes deste processo. Outro aspecto transversal a uma boa sessão de educação para a saúde consiste em validar a informação transmitida no final de cada

contacto com a mulher.

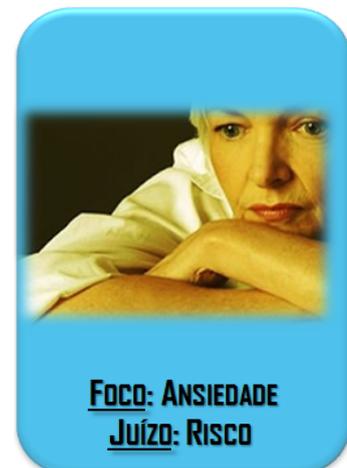
Apresenta-se de seguida um padrão de documentação, sob a forma de esquema, em relação aos focos e respectivos juízos de enfermagem acima referenciados, com as intervenções de enfermagem mais adequadas. Referir ainda que todos os focos têm um juízo de “risco” associado, uma vez que estes são todos passíveis de ocorrer.



- Averiguar qual o padrão de sono (número de horas que dorme, frequência e tempo das insónias);
- Aconselhar técnicas de relaxamento antes do período de sono (musicoterapia, banho, visualização de imagens relaxantes, leitura adequada e calma);
- Aconselhar anular períodos de sesta;
- Ensinar sobre manutenção de ambiente calmo (diminuir o ruído envolvente, inclusive os dispositivos de comunicação), no local de repouso;
- Aconselhar a diminuição da ingestão de líquidos durante o período antecedente ao sono;
- Aconselhar refeições com baixo teor lipídico, e evitar a ingestão de estimulantes como café, Coca-Cola e chá preto;
- Incentivar uma boa higiene do sono (estabelecer e cumprir horários para se deitar e levantar);
- Aconselhar a realização de exercício físico moderado, de acordo com a preferência da mulher;
- Perceber, qual o nível de apoio emocional dado pelo cônjuge durante períodos de insónia, se aplicável;



- Informar, em caso de TRH, sobre as principais vantagens e desvantagens, nomeadamente no que tange aos afrontamentos. Fornecer folhetos informativos sobre este tratamento;
- Entender quais os factores desencadeantes desta sintomatologia (exemplo: alimentos condimentados, bebidas estimulantes) no sentido de os evitar;
- Aconselhar alimentação rica em soja para alívio sintomático (VANTINE e DOHERTY, 2001);
- Ensinar sobre técnicas de respiração profunda, tornando o metabolismo celular mais lento e diminuindo a temperatura corporal (VANTINE e DOHERTY, 2001);
- Aconselhar a permanecer em ambientes frescos, adaptando o meio domiciliar, mais precisamente o quarto em que pernoita;
- Aconselhar a utilização de roupas leves, claras e constituídas por fibras naturais, dado que permitem a saída de calor;
- Averiguar qual o padrão de ingestão de líquidos diária, reforçando uma ingestão aproximada de 1,5 L diários.



- Avaliar ansiedade segundo uma escala de ansiedade (exemplo: escala de ansiedade de Hamilton);
- Ajudar e incentivar a verbalização dos sentimentos e emoções e encorajar o uso de respostas efectivas;
- Incentivar a família e a pessoa a partilharem os seus sentimentos e dúvidas;
- Explicar a importância da diminuição das actividades causadoras de stresse, bem como a identificação de factores que diminuem esta sensação;
- Aconselhar a manutenção de um ambiente seguro, confortável, agradável;
- Orientar para a prática de exercício físico e actividades de lazer, como forma de distração;
- Explicar a importância de recorrer a um profissional de saúde caso os sintomas sejam agravados.



Foco: PROCESSO SEXUAL
Juízo: RISCO

- Proporcionar ambiente calmo e de confiança para que a mulher exprima os seus medos, conceitos e vivências da sexualidade;
- Respeitar a história sexual de cada mulher;
- Negociar a participação ou não do cônjuge/ parceiro;
- Desmistificar mitos ou preconceitos em relação à sexualidade, explicando que esta vai mais além que o coito genital;
- Explicar que alguns comportamentos sexuais não devem ser menosprezados, dando permissão para a expressão dos mesmos, sem juízos de valor associados;
- Explicar a importância do uso de contraceção durante o climatério, devido a possibilidade de gravidez e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- Realizar ensino sobre os diversos métodos contraceptivos existentes. Reforçar que a contraceção deverá ser utilizada 12 a 18 semanas após a última menstruação (PHIPPS *et al.*, 2003);
- Avaliar o padrão sexual e a existência de dispareunia, aconselhando a utilização de lubrificantes se esta existir;
- Averiguar a existência de metrorragias, realizando ensino para esta recorrer a uma instituição de saúde sempre que tal ocorrer.



Foco: AUTO-ESTIMA
Juízo: RISCO

- Avaliar os sentimentos da mulher em relação à sua imagem corporal e auto-estima;
- Avaliar estrutura familiar, no sentido de perceber se esta pode servir como rede informal de suporte;
- Elogiar imagem corporal e auto-estima;
- Explicar que a mulher não deve comparar o seu actual corpo ao que possuía enquanto jovem, no sentido de promover uma boa aceitação destas transformações fisiológicas;
- Aconselhar auto-recompensas, no sentido de promover felicidade, bem-estar e amor-próprio;
- Avaliar padrões de exercício físico, aconselhando a prática do mesmo, uma vez que promove a manutenção do tónus muscular, melhorando o aspecto físico;
- Orientar para a prática de exercícios de relaxamento, favorecendo uma diminuição de sentimentos negativos relativos à imagem corporal.



Foco: PROCESSO DE SISTEMA
MÚSCULO-ESQUELÉTICO
Juízo: RISCO

- Avaliar o grau de dor músculo-esquelética segundo escala visual ou analógica;
- Fazer ensino para uma alimentação equilibrada, de onde deve fazer parte uma ingestão diária de 1500mg de cálcio e 400 unidades de vitamina D, para absorção do cálcio (PHIPPS *et al.*, 2003);
- Incentivar a realização de exercício físico, nomeadamente a marcha durante cerca de 30 minutos, três a quatro vezes por semana;
- Incentivar a cessação de hábitos tabágicos, alcoólicos e de bebidas estimulantes;
- Aconselhar a exposição solar moderada, levando à síntese cutânea de vitamina D;
- Dar a conhecer a TRH que poderá ter um efeito determinante a nível da diminuição do risco de fracturas, em 50 a 60% (PHIPPS *et al.*, 2003);
- Alertar para a importância da manutenção de um ambiente domiciliar seguro, no sentido de prevenir quedas passíveis de originar fracturas;

Conclusão

Torna-se relevante reforçar o facto de que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, não deve centrar o seu pensamento numa perspectiva biomédica, ou seja, perspectivizar o climatério como sendo, essencialmente, um conjunto de sinais e sintomas físicos, decorrentes de uma alteração fisiológica. Este deve sim, voltar-se para o “empowerment” da mulher, tendo em conta todo o padrão cultural e vivencial da pessoa, assegurando, desta forma, a prestação de cuidados de enfermagem competentes e individualizados.

A realização deste artigo revestiu-se de grande importância uma vez que nos permitiu aprofundar e adquirir conhecimentos credíveis sobre a temática, com grande aplicabilidade em termos de futura vida profissional. Neste sentido, consideramos atingidos os objectivos inicialmente propostos na nota introdutória. As dificuldades sentidas enquanto grupo prendem-se, essencialmente, com a síntese e tratamento da informação recolhida, uma vez que se trata de uma situação muito abrangente.

Referências Bibliográficas

- BEERS, Mark - *Manual merck de informação médica*. Barcelona: Oceano, 2008. ISBN 978-972-8528-94-2;
- BERNI, Neiva et al. - *Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério*. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 03, n.º60 (Maio/ Junho de 2007). 299-603;
- CARVALHO, Geraldo – *Enfermagem em Ginecologia*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2004. ISBN 85-12-12730-9;
- FAVARATO, M; ALDRIGHI, J – *A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida*. Revista Associação Médica Brasileira online. ISSN 0104-4230. Vol.47, n.4, (2001) 339-345..
- FERNANDES, Rosa; NARCHI, Nádia - *Enfermagem e saúde da mulher*. Barueri, SP: Manole, 2007. ISBN 85-204-2204-7
- HALBE, Hans et al. in PINOTTI, José; BARROS, Alfredo – *Ginecologia Moderna: Condutas da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da USP*. 1ª edição. Rio Janeiro: Revinter, 2004. ISBN: 85-7309-788-4
- MARQUES, Laura – *Cancro da mama*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. ISSN Vol.1, n.º19 (2003) 463-68;
- NORTHROP, Christiana – *Corpo de mulher sabedoria de mulher*. 1ª edição. Rio do Mouro: Circulo de leitores, 1999. ISBN: 972-42-2142-3
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - CIPE versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005. ISBN92-95040-36-8.

- PHIPPS, Wilma et al. – *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ªed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7.
- RAMOS, Cátia; GOMES, Cláudio – *Menopausa...Um fim e um começo*. Revista Servir. Vol. 53, n.º3. (2005). 150-153
- SENA, Vera; COSTA, Laura; COSTA, Hélio - *Efeitos da isoflavona de soja sobre os sintomas climatéricos e espessura endometrial: ensaio clínico, randomizado duplo-cego e controlado*. Revista Brasileira de Ginecologia Obstericia. ISSN 0100-7203. Vol.29, n.10 (2007), pp. 532-537.
- SILVA, Raimunda; ARAÚJO, Cristiana; SILVA, Ângela - *Alterações biopsicossociais da mulher no climatério*. Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS). Vol. 01, n.º16. (Abril de 2003). 28-33;
- VANTINE, Júlia; DOHERTY, Bridget – *Eternamente jovem, segredos inovadores que desafiam a idade, in saúde no feminino*. 1ª Edição. Lisboa: Plátano, 2001. ISBN: 972-707- 313-1

Referências Electrónicas

- ABRAPO (2006) – *Porfirias*. <http://www.porfiria.org.br/porfirias.htm> (acedido dia 23/11/2009, às 17h01m);
- BARACAT, Edmund; JÚNIOR, José (2006) – *Terapia de Reposição hormonal*. <http://www.rksoul.net/edv64/Documents/Medicina/Specialty/Endocrinologia/Endo.MA.Reposicao.Hormonal.pdf> (acedido dia 23/11/2009, às 22h16m);
- CASTRO, Manuel (2007) - *Uma Análise do Cancro do Ovário no Million Women Study*. <http://spmenopausa.pt/download/TheresultsoftheMWS.pdf> (acedido dia 1/11/2009, às 12h50m);
- HODIS, Howard; KARAS, Richard - *Timing of start of hormone therapy may have effect on risk of coronary heart disease*. <http://spmenopausa.pt/download/NAMS20.pdf> (acedido dia 1/11/2009, às 13h09m);
- INE (2001) - *Óbitos pela Doença de Alzheimer: 2000 – 2000*. http://ine-1nx01.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=70753&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt (acedido dia 1/11/2009, às 11h34m);
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009) - *Mortalidade por cancro do colo do útero antes dos 65 anos*. <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/doencas-neoplasticas/mortalidade-por-cancro-do-colo-do-uterio-antes-dos-65-anos/> (acedido dia 1/11/2009, às 14h13m);
- OLIVEIRA, Fernando; LASSALLE, Margarete - *Efeitos da isoflavona nos sintomas do climatério*. www.abran.org.br/conteudo_abran/revista/01/06.pdf (acedido dia 23/11/2009, às 16h46m);

A actividade física na gravidez: Intervenção do Enfermeiro

BUTES, Lara; MARINHO, Sara Pires;
SILVA, Andreia;

GOMES DA COSTA, Fernanda; RAMOS, Ana Lúcia²¹

Resumo: O envolvimento em actividades físicas durante a gravidez ou a continuidade das mesmas é visto geralmente com alguma relutância. Tal facto prende-se com a necessidade de informação relativa ao tema, nomeadamente da parte dos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro. Assim, pretendemos com este artigo de revisão bibliográfica, esclarecer os benefícios e riscos da prática de actividade física, associando as indicações e contra-indicações da mesma. Com base nestas pretende-se delinear alguns tipos de actividade desportiva que poderão ser aplicados ao período gestacional, assim como esclarecer a intervenção do enfermeiro no incentivo desta prática como meio de promoção de um estilo de vida saudável na grávida.

Palavras-chave: Actividade Física, Gravidez, Grávida, Enfermeiro

Abstract: Physical activity during pregnancy is commonly overseen with certain reluctance. That is due to the need of information on the subject, showed by healthcare professionals, specially by nurses. Thus, the purpose of this article is to illustrate the impact of physical activity in pregnancy, by mentioning its benefits and risks and the kinds of exercises pregnant women can and cannot do. Based on this, we present a group of activities that can be carried out through pregnancy, pointing out the nurse's role to stimulate this sort of practice and so, as the ultimate promotor of the adoption of healthy lifestyles by pregnant women.

Key-words: Physical Activity, Pregnancy, Pregnant woman, Nurse

Contextualização

A saúde da mulher exige do enfermeiro uma abordagem holística, pois engloba todos os aspectos

relacionados com o Planeamento Familiar, Gravidez, Trabalho de Parto, Parto, Puerpério e Recém-nascido, reconhecendo os efeitos que as condições de vida e saúde exercem sobre a maternidade. Segundo o Plano Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, os cuidados a prestar constituem um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas das mulheres. Uma das alterações mais recentemente documentadas verifica-se nos padrões de AF (FIGUEIREDO, TENDAS e MOTA, 2007:1): ao longo do tempo prevaleceu a ideia de que a grávida devia descansar e comer bem, pois os efeitos da AF ainda não eram plenamente conhecidos e a gravidez era considerada um estado de extrema fragilidade (SOARES e FERNANDES [s.d.]:1). Porém, actualmente, o aumento de peso na gravidez preocupa a maioria das mulheres levando-as a recorrer à AF para o reverter (idem).

Deste modo, torna-se necessário definir AF: qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso. Implica movimento, força ou manutenção da postura corporal contra a gravidade e traduz-se num consumo de energia (BARATA, 1997). Pode classificar-se em dois grupos:

AF Espontânea: integrada nas actividades de vida diária como deslocações a pé, subir escadas, passatempos ou profissões fisicamente activas e levar os animais a passear;

AF Organizada: pratica-se em ginásios e instituições afins. Também se designa exercício físico, sendo AF planeada de movimentos corporais repetitivos para impor ou manter um ou mais componentes de aptidão física.

Reconhecendo a importância da AF, Figueiredo, Tendais e Mota (2007:10) consideram-na uma das estratégias mais saudáveis e eficazes na redução da tensão física e mental acumulada, devendo adequar-se

²¹ Três estudantes do 3º ano do CLE (ano lectivo 2009/2010), na unidade curricular de Enfermagem VI, regência de Fernanda Gomes da Costa e sendo Ana Lúcia Ramos a docente orientadora.

à mulher para melhorar a sua qualidade de vida (BIDDLE, 1995).

Benefícios e riscos da actividade física

Segundo Batista et al. (2003:1), a AF “regular, moderada e controlada desde o início da gestação tem benefícios para a saúde materna e fetal”. Dado que da gravidez resultam alterações que podem limitar as Actividades de vida diária ou as actividades profissionais (Mann et al., 2008:1), esclarecemos em seguida como é que a prática de AF atenua o seu impacto.

- Redução do peso ganho: o aumento de peso pode levar a complicações no parto e no puerpério e ao desenvolvimento de patologias (ex. HTA, DM, obesidade pós-parto e macrosomia fetal). Por outro lado, um baixo peso pode conduzir a um mau desenvolvimento fetal, comprometendo o trabalho de parto. A AF tem um papel importante, pois reduz a velocidade do ganho do peso com diminuição da gordura localizada no 3º trimestre de gravidez (BATISTA et al., 2003:3). A American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) citada pelo mesmo autor acrescenta que a prática de AF actua no controlo do peso durante a gestação e após o parto;

- Redução de edemas e câibras nas pernas: A prática de actividades que envolvam relaxamento (ex. natação) podem ajudar atenuá-los (LOWDERMILK e PERRY, 2008);

- Prevenção e redução de lombalgias: As lombalgias devem-se à mudança do centro de gravidade pelo crescimento do útero e aumento do peso e das mamas (MANN et al., 2008:2). Um programa de exercícios no 2º trimestre poderá reduzir estas dores e aumentar a flexibilidade da coluna (LIMA e OLIVEIRA, 2005:1);

- Fortalecimento da musculatura pélvica e prevenção da incontinência urinária: O fluxo renal da grávida aumenta entre 60% e 80%, pela compressão do útero grávido e alterações hormonais (O'REILLY, BOTTOMLEY e RYMER, 2008). A AF promove o controlo dos músculos da bexiga através de exercícios dirigidos à musculatura pélvica (SILVA, 2007:33), como

os exercícios de Kegel que ajudam na contracção e distensão imediata destes músculos, diminuindo a incontinência urinária na última fase da gravidez e no pós-parto e aumentando o rendimento da força feita pela mulher no momento da expulsão do bebé. (LOWDERMILK e PERRY, 2008). Também por isto a AF conduz a nascimentos de termo (BISHOP et al. [s.d.], cit. por BATISTA et al., 2003:4).

- Maior flexibilidade: A AF permite maior flexibilidade incidindo nas articulações e ligamentos pélvicos (GALLUP, 1999 cit. por SILVA, 2007:27). Lima e Oliveira (2005:1), afirmam que exercícios de intensidade leve a moderada podem melhorar a resistência muscular, sem aumento do risco de lesão ou complicação na gravidez e no feto. A resistência e flexibilidade musculares permitirão suportar adequadamente o peso ganho e atenuar alterações posturais;

- Prevenção e redução de stresse cardiovascular: No início da gravidez a tensão arterial tende a diminuir pela vasodilatação e menor resistência vascular sistémica aumentando a partir do 3º trimestre (O'REILLY, BOTTOMLEY e RYMER, 2008), assim como a FC (entre 10 e 15 bpm) (ARTAL e WISWELL, 1986 cit. por SILVA, 2007:29). O'Reilly, Bottomley e Rymer (2008) referem que na gravidez, o útero dificulta o retorno venoso e o débito cardíaco pelo efeito da pressão, podendo o último diminuir até 25% quando a grávida se encontra em decúbito dorsal. A AF proporciona frequência cardíaca mais baixa, maior volémia, maior oxigenação, menor tensão arterial e prevenção de trombose e varizes;

- Melhor aproveitamento de oxigénio: a frequência respiratória aumenta cerca de 50% devido à maior necessidade de oxigenação (O'REILLY, BOTTOMLEY e RYMER, 2008). As técnicas de respiração usadas nas várias AF são uma boa preparação para o parto permitindo respirar calmamente entre as contracções;

- Trabalho de parto facilitado e maior tolerância à dor: Segundo Silva (2007:27) a AF promove o relaxamento muscular e facilita o trabalho de parto, ao aumentar o estrogénio, justificação que Chistófaló,

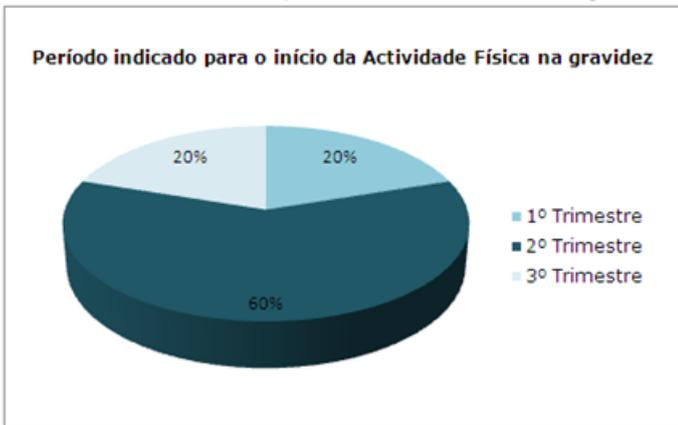
Martins e Tomelero (2003:4) completam afirmando que melhora a circulação sanguínea e o equilíbrio muscular, alivia os edemas, os desconfortos intestinais e as câibras nas pernas, fortalece a musculatura abdominal e favorece a recuperação pós-parto. Silva (2007) e Gouveia *et al.* (2007:2), destacam que a AF leva a trabalhos de parto mais curtos, menos intervenções obstétricas e dor do parto, pelo que as grávidas fisicamente activas toleram melhor este momento;

• **Prevenção do parto pré-termo e cesariana:**

Grávidas sedentárias têm um risco 4,5 vezes maior de nascimentos por cesariana do que as fisicamente activas, quando controladas as variáveis idade, tipo de anestesia, alteração do IMC anterior à gravidez, trabalho de parto induzido e tipo de hospital (BUNGUM *et al.* [s.d.], citado por BATISTA *et al.* (2003:4).

De acordo com Tendais, Figueiredo e Mota (2007:2), a AF é benéfica para a saúde mental das grávidas, pelo que as praticantes têm humor mais positivo, menor sintomatologia depressiva e ansiosa, menor stresse associado à gravidez, maior auto-estima e satisfação com a imagem corporal, isto é, a *prática regular de exercício físico apresenta factores protectores sobre a saúde mental e emocional da mulher durante e após a gravidez* (LIMA e OLIVEIRA, 2005:1). Dado que o sedentarismo na gravidez pode levar ao declínio da condição física, Tendais, Figueiredo e Mota (2007:2) indicam benefícios da AF na prevenção e tratamento de patologias como a incontinência urinária, pré-eclampsia e Diabetes gestacional, pela rentabilização da degradação da glicose nos grandes grupos musculares e maior sensibilidade à insulina (LIMA e OLIVEIRA, 2005:1).

Gráfico 1 - Período indicado para o início da actividade física na gravidez



Adaptado de CHISTÓFALO, MATINS e TUMELERO, 2003:5)

No seguimento, Batista *et al.* (2003:4) afirmam que a AF estabilizará a glicémia, mesmo em grávidas com esta patologia, embora no fim do 2º trimestre possa antecipar o trabalho de parto ao estimular a contracção uterina.

Em relação à saúde do feto, Gouveia *et al.* (2007:2), indica que as grávidas que praticam AF de moderada intensidade durante o crescimento placentar apresentam elevada capacidade funcional da placenta, com melhoria da distribuição de nutrientes e crescimento fetal. A AF também é importante no

Tabela 1 - Indicações para a prática de Actividade Física em grávidas

INDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA EM GRÁVIDAS	
Indicações	Desde que...
Continuar ou iniciar a prática de AF (SILVA, 2007:27)	<ul style="list-style-type: none"> Sejam saudáveis e tenham uma gravidez normal (SILVA, 2007:27); Os exercícios sejam de intensidade moderada (LIMA e OLIVEIRA, 2005:3); Evitem treinos em frequência cardíaca acima de 140 bpm (LIMA e OLIVEIRA, 2005:3); Apresentem uma indicação médica a especificar as actividades que podem ou não executar e sua intensidade, provando submissão a avaliação médica antes de iniciar qualquer AF (CHISTÓFALO, MATINS e TUMELERO, 2003:3); Tenham estabelecido uma rotina de exercícios que seja adaptada aos seus limites de tolerância sobretudo se não praticarem exercício regularmente (LOWDERMILK e PERRY, 2008); À medida que a gravidez progride adequem a intensidade dos exercícios, tendo em conta a diminuição da reserva cardíaca e o aumento do esforço respiratório característicos (idem); Mantem uma boa hidratação (LIMA e OLIVEIRA, 2005:3) repondo os líquidos perdidos pela sudação (idem); Aumentem a ingestão calórica de forma a repor a energia consumida durante o exercício e a garantir as necessidades de energia extra inerentes à gravidez (LOWDERMILK e PERRY, 2008); A AF seja seguida de um período de pequena actividade de modo a normalizar a FR, FC e metabólica, evitando a acumulação de sangue nos músculos em esforço (idem).
Exercitar-se 3 a 4 vezes por semana durante 20 a 30 min (LIMA e OLIVEIRA, 2005:3).	<ul style="list-style-type: none"> Já pratiquem AF, podendo a intensidade ser mais elevada com garantia de segurança (LIMA e OLIVEIRA, 2005:3);
Exercitar-se durante o período de amamentação (LIMA e OLIVEIRA, 2005:3).	<ul style="list-style-type: none"> Consuma uma quantidade adequada de calorias (LIMA e OLIVEIRA, 2005:3).
Evitar actividades de contacto físico, que apresentem alto risco de perda de equilíbrio, traumas e colisão (LIMA e OLIVEIRA, 2005:3).	-----
Usar roupas confortáveis, evitando as que sejam pesadas e quentes (CHISTÓFALO, MATINS e TUMELERO, 2003:3).	-----

Tabela 2 - Contra-indicações para a prática de Actividade Física em grávidas

CONTRA-INDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA EM GRÁVIDAS	
Contra-indicações	
Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none"> Doença cardíaca com alterações hemodinâmicas significativas; Doença miocárdica descompensada; Pré-eclâmpsia Doença hipertensiva descompensada; Insuficiência cardíaca congestiva; Tromboflebite; Embolia pulmonar recente; Doença pulmonar restritiva; Placenta prévia depois de 26 semanas de gestação; Ruptura de membranas; Sangramento uterino persistente no 2º ou 3º trimestre; Cervix incompetente Doença infecciosa aguda; Risco de parto prematuro; Suspeita de stress fetal; Não existência de acompanhamento pré-natal <p>(BATISTA, <i>et al.</i>, 2003:7; LIMA e OLIVEIRA, 2005:3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anemia; Aritmia cardíaca materna; Bronquite crónica; DM tipo I não controlada; Obesidade mórbida; Baixo peso com IMC < 12; Estilo de vida sedentário; Retardamento do crescimento intra-uterino; Limitações ortopédicas; Tabagismo; Hipertiroidismo não controlado <p>(BATISTA <i>et al.</i>, 2003:7).</p>
Ter em atenção...	
Condições contra-indicadas para a realização de AF	Fundamentação
<ul style="list-style-type: none"> Ambientes muito quentes e húmidos <p>(LIMA e OLIVEIRA, 2005:3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Durante a AF a temperatura do corpo tende a subir, se o ambiente estiver muito quente pode conduzir a hipermia na grávida (CHISTÓFALO, MATINS e TUMELERO, 2003:3); A medida que a temperatura corporal aumenta o calor transmite-se ao feto podendo gerar lesões, sobretudo no 1º trimestre (LOWDERMILK e PERRY, 2008).
<ul style="list-style-type: none"> Intensidade de exercício moderada a elevada <p>(SILVA, 2007:42)</p>	<p>Pode acarretar riscos para o feto (SILVA, 2007:42):</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipoxia: em caso de trauma abdominal e hipermia da grávida Stresse fetal; Restrição do crescimento intra-uterino; Prematuridade. Aumento do peso do recém-nascido (intensidade moderada) Diminuição do peso do recém-nascido (intensidade elevada)
A AF deve ser interrompida se a grávida apresentar:	
<ul style="list-style-type: none"> Cólicas; Dor abdominal; Sangramento vaginal; Tonturas; 	<ul style="list-style-type: none"> Palpitações; Distúrbios visuais; Dispneia; Náuseas ou vômitos;
	<ul style="list-style-type: none"> Contrações uterinas; Fraqueza muscular; Redução dos movimentos do feto. <p>(BATISTA <i>et al.</i>, 2003:7,8; LIMA e OLIVEIRA, 2005:3)</p>

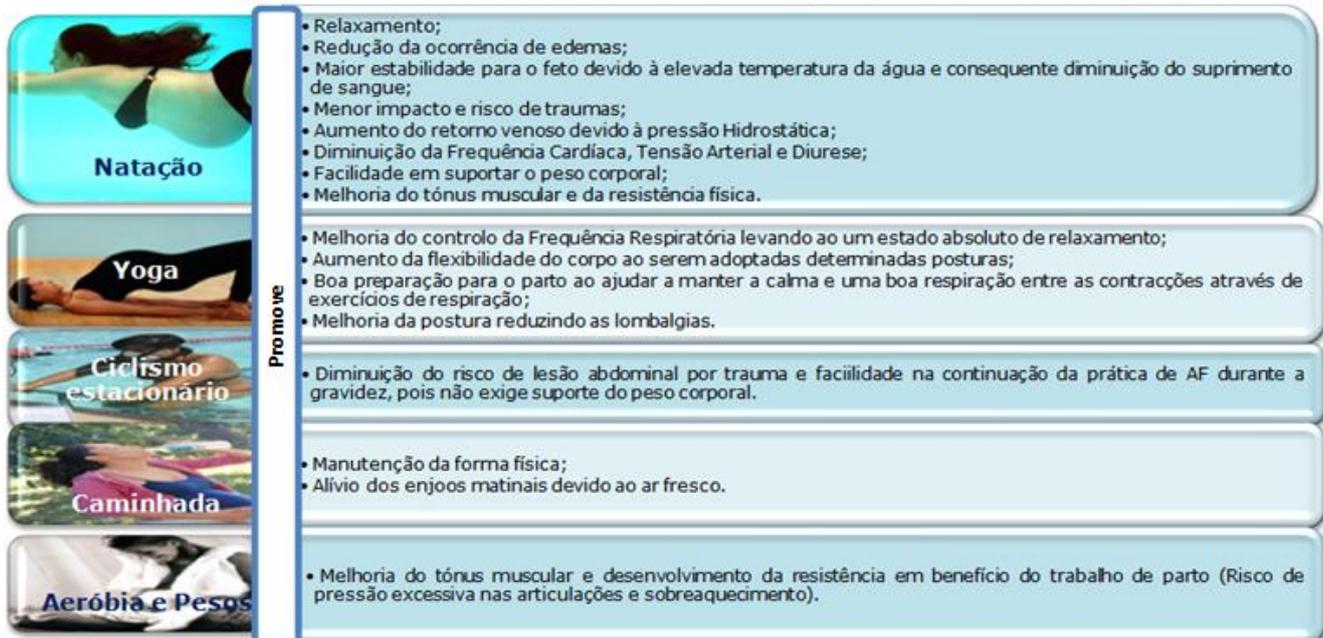
aleitamento materno, pois o excesso de peso pode estar associado a um período de amamentação menor.

Nisto, a AF pode comportar riscos para o feto que Silva (2007:42) destaca na prática moderada a intensa em ter em atenção...

Indicações e Contra-indicações

Por tudo o que mencionámos, a prática regular de AF é recomendada em todo o ciclo vital.

Esquema 1 - Tipos de Actividade Física recomendados durante a gestação e seus benefícios para a grávida



(Adaptado de Batista *et al.*, 2003:6; Rodrigues *et al.*, 2008:5,6; Moura *et al.*, 2008:2; Couto, 2003; Andrade e Lopes, 2005:4 e <http://www.nhs.uk/livewell/pregnancy/pages/exerciseandpregnancy.aspx>)

A ACOG afirma que esta deveria ser desenvolvida em grávidas que apresentassem condições favoráveis, sendo necessário conhecer também as condições

al., 2008:5,6); condição de saúde da mulher; necessidade, interesse e experiência da mulher na prática de exercício.

Tabela 3 – Atividades desaconselhadas para a grávida

ACTIVIDADES DESACONSELHADAS PARA A GRÁVIDA
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades em que o risco de acidente é maior (SOARES e FERNANDES [s.d.]:8); • Actividades competitivas (BATISTA <i>et al.</i>, 2003:6) e de equipa (ex. futebol, basquetebol, voleibol e rugby) (SILVA, 2007:41); • Actividades com movimentos repentinos ou saltos que podem levar a lesão articular (ex. salto em piscina, esqui de montanha e aquático e surf) (idem); • Actividades exaustivas e/ou que exijam equilíbrio, principalmente no 3º trimestre (ex. Equitação) (BATISTA <i>et al.</i>, 2003:6); • Qualquer tipo de jogo que requeira o uso de bolas que podem causar trauma abdominal (idem); • Prática de mergulho (condições hiperbáricas levam a risco de embolia fetal no momento da descompressão) (idem); • Exercícios prolongados em decúbito dorsal ou em pé (diminuem o débito cardíaco e a oxigenação) (SANTOS, ZELLERKRAUT e OLIVEIRA, 2008:7).

desfavoráveis (BATISTA, *et al.*, 2003:2) e havendo um período mais propício para o seu início (Vide Gráfico 1 e Tabelas 1 e 2).

Tipos de actividade física

De acordo com Batista *et al.* (2003:6) não existem AF padronizadas para a gravidez, sendo apenas recomendadas tendo em conta alguns critérios definidos pelo ACOG – intensidade (deve ser regular a moderada e monitorizada através dos sintomas da mulher a nível cardiovascular); período gestacional em que a mulher se encontra (a cada mês de gestação a carga de AF deve ser adaptada à sua capacidade fisiológica (WEINECK, 1991, cit. por RODRIGUES *et*

De acordo com o *Health And Fitness Journal* do ACSM (2006) citado por Silva (2007:45), a duração e frequência da AF varia consoante sejam mulheres sedentárias ou praticantes. Daqui o propósito da AF ter planeamento personalizado, ser estruturada e normalmente repetitiva para melhoria de um ou mais componentes da forma física em específico (CASPERSEN, POWELL e CHRISTENSON, 1985, cit. por TENDAS, FIGUEIREDO e MOTA, 2007:2).

Deste modo, torna-se relevante dar a conhecer os tipos de AF que podem ser recomendados à grávida e os que não podem ser (Vide Esquema 1 e Tabela 3).

Intervenção do enfermeiro

Tabela 4 – A Intervenção do Enfermeiro segundo as fases do Processo de Enfermagem

AVALIAÇÃO INICIAL
<p>Através dos diferentes instrumentos básicos do Processo de Enfermagem, o enfermeiro deverá realizar a anamnese da mulher, dando especial destaque à observação e entrevista, caso seja a sua primeira consulta de enfermagem. Nisto o enfermeiro deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o período da gestação em que a mulher se encontra, quais as patologias ou problemas que tem ou teve (nomeadamente de foro cardíaco, respiratório ou osteoarticular) e quais as alterações mais significativas sofridas pelo corpo da mulher em causa com a gravidez (avaliar o peso e calcular o IMC, por exemplo), aproveitando para questioná-la sobre como se sente nesta nova situação e em relação a estas alterações; • Perguntar à grávida se costuma praticar exercício (Se não, procurar saber porquê, se possível. Se sim, questioná-la sobre o tipo de exercícios que realiza habitualmente, os que gostaria de manter durante a gravidez e se sente cansaço, dificuldade em respirar, palpitações, tonturas ou sensação de desmaio, durante a sua realização. • Indagar sobre os conhecimentos que a mulher tem sobre o impacto da AF na gravidez; • Examinar o corpo da mulher, verificando o seu alinhamento, atentando especialmente aos seus membros de forma a perceber se há edema, nomeadamente dos membros inferiores, ou rubor indicando um potencial processo inflamatório; • Avaliar a amplitude dos movimentos da mulher, por observação da sua marcha através da realização de mobilizações passivas e activas. Aproveitar para avaliar a dor durante o processo. • Perguntar à mulher se durante as suas actividades de vida diária costuma sentir-se cansada. <p style="text-align: right;">(Adaptado de POTTER e PERRY 2006:609)</p>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
<p>Nesta fase, o enfermeiro começa por identificar as Necessidades Humanas Básicas (NHB) que se encontram comprometidas, sendo as mais relacionadas com a AF na gravidez – Segurança, Higiene e Conforto, Alimentação, Sono e Repouso, Oxigenação/Respiração, Mecanismos de Adaptação – Stresse e Coping, Autoconceito. Após este passo o enfermeiro levanta os vários diagnósticos associados aos problemas verificados (Exemplos de focos possíveis: conhecimento diminuído relativo aos riscos da AF na gravidez: excesso de peso: comprometimento da mobilidade: risco de lesão. entre outros).</p>

A intervenção do enfermeiro de cuidados gerais no âmbito da saúde materna, engloba um conjunto de medidas educativas que passam por averiguar e esclarecer as dúvidas da mulher grávida, destacando aspectos positivos e promovendo a adopção de hábitos de vida saudáveis com vista à prevenção das

alterações que possam ocorrer, sendo essencial que os cuidados de saúde primários apresentem programas que a suportem (MARTINS, 2004:5). Neste sentido, o enfermeiro acompanhará a mulher grávida no seu percurso, apresentando-se como um recurso disponível para o cumprimento do seu projecto de saúde, tendo

PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO

Dependendo das NHB sob compromisso e da priorização dos diagnósticos formulados, o enfermeiro delineará resultados esperados específicos, realistas e a prazo, os quais poderá atingir aplicando algumas das seguintes estratégias. Nisto, Rios e Vieira (2007:7) relembram que o enfermeiro deve ter presente a vontade da pessoa, respeitando-a e à sua autonomia, não lhe impondo qualquer destas estratégias, mas negociando-as com esta.

- Incentivar e ajudar a grávida a construir um programa de exercícios adaptado aos seus limites de tolerância, sobretudo se não tem praticado exercício com regularidade;
- Aconselhar a grávida a diminuir a prática de exercícios cujo resultado-maior seja a perda de peso (corrida e caminhada) e sugerir que se concentre noutras actividades que não se destinem a este fim, como a natação e o ciclismo;
- Aconselhar a grávida a evitar actividades de risco, tais como surf, montanhismo, asa delta e jogos com raquetes, uma vez que estas actividades, exigindo equilíbrio rigoroso e coordenação de movimentos, podem ser perigosas. Além destas, aconselhá-la também a evitar as que impliquem sustentar a respiração, exercer força no sentido descendente (manobra de Valsalva) e movimentos bruscos como saltar;
- Explicar à grávida a importância de praticar exercício regularmente (pelo menos três vezes por semana, desde que se sintam bem), como forma de melhorar o tónus muscular e promover o aumento ou manutenção dos níveis de histamina, em oposição, à prática de exercício esporádico que pode provocar esforço desadequado para os seus músculos. Desta forma, recomendar trinta minutos de exercício físico moderado, que devem ser interrompidos com breves minutos de intervalo para descanso. (Por exemplo: A mulher pode fazer exercício durante 10 a 15 minutos, descansar durante 2 a 3 minutos e em seguida retomar o exercício por mais 10 ou 15 minutos);
- Recordar a grávida da necessidade de diminuir a intensidade dos exercícios ao longo da gravidez, pois as alterações normais que ocorrem nesta, podem levar como já vimos, a um esforço fisiológico excessivo, se o exercício for desadequado;
- Recomendar à mulher a avaliação do pulso a cada 10 a 15 minutos, sempre que fizer exercício. Ao ensinar-lhe a forma correcta de o fazer, o enfermeiro deverá aconselhá-la a descansar sempre que a sua frequência cardíaca for superior a 140 bpm, apenas retomando a actividade, quando esta atingir, no máximo, 90 bpm. Nisto, é importante indicar-lhe que, enquanto pratica exercício, deverá ser capaz de conversar com facilidade, caso contrário, é aconselhável que diminua o ritmo;
- Alertar a grávida para o perigo do sobreaquecimento, lembrando-lhe que é preferível que a actividade física não se prolongue por mais de 35 minutos, sobretudo quando o tempo está quente e húmido. Explicar-lhe que, à medida que a temperatura corporal aumenta, o calor transmite-se ao feto, pelo que, elevações prolongadas ou repetidas da temperatura fetal, podem favorecer o aparecimento de leões, sobretudo quando ocorrem durante os primeiros três meses. Desta forma, a temperatura nunca deve exceder os 38 °C, contra-indicando-se os banhos com água muito quente, o banho turco e a sauna;
- Recomendar a realização de exercícios de alongamento e aquecimento que preparam as articulações para a actividade a realizar, diminuindo a tendência para entorse ou lesão articular. Neste sentido, é importante lembrar que, a partir do quarto mês de gestação, a grávida não deve executar exercícios que impliquem o apoio total da região dorsal no chão;
- Recomendar períodos de menor actividade, dirigidos especialmente às pernas, após um período de exercício mais intenso, pois ajudam a normalizar as frequências respiratória, cardíaca e metabólica, evitando a estase nos músculos em esforço;
- Aconselhar a mulher a repousar durante 10 minutos após ter praticado exercício, de preferência em decúbito lateral esquerdo, explicando-lhe que, à medida que o útero aumenta de volume, exerce pressão sobre um vaso de grande calibre, situado do lado direito do abdómen, que é responsável pela circulação de retorno. Desta forma, diminui a pressão e favorece esta circulação, proveniente das extremidades e dos músculos, para o coração, aumentando conseqüentemente o fluxo sanguíneo para a placenta e para o feto. Nisto, é importante lembrar a grávida que, ao levantar-se do chão, por exemplo, é aconselhável que o faça lenta e gradualmente, para prevenir tonturas ou lipotímia (hipotensão ortostática).
- Sublinhar a importância da ingestão de água durante o exercício, de forma a repor o balanço hidroelectrolítico afectado pela sudação e do reforço calórico, repondo não só a energia consumida durante o exercício, mas suprimindo também as necessidades energéticas inerentes à própria gravidez (exige um suplemento de 300 kcal/dia);
- Aconselhar a utilização de um soutien de suporte adequado, dado que o peso das mamas pode levar a alterações posturais e exercer pressão sobre o plexo braquial;
- Recomendar a utilização de sapatos confortáveis e com uma boa base de suporte, pois à medida que o volume do útero aumenta, o centro de gravidade do corpo altera-se, sendo compensado por um aumento da curvatura dorso-lombar que pode conduzir a uma sensação de desequilíbrio com propensão para a queda;
- Advertir para a necessidade de parar o exercício de imediato e consultar o médico, se sentir dificuldade em respirar, tonturas, parestesias, qualquer dor, mais de quatro contracções uterinas por hora, diminuição de actividade do feto ou hemorragia vaginal.

(Adaptado de LOWDERMILK e PERRY 2008:272)

AVALIAÇÃO FINAL

Tendo formulado resultados esperados com base em critérios de avaliação mensuráveis, que permitem concluir sobre o fracasso ou sucesso das intervenções com as quais os pretendia alcançar, o enfermeiro poderá inferir sobre o balanço da sua actuação, validando também com a mulher a satisfação dos seus objectivos pessoais, a concretização dos seus desejos e a garantia do seu bem-estar (Estará a mulher a gostar da actividade que tem realizado? Terá havido alguma intercorrência no decurso da sua realização?) Se o balanço for positivo, o enfermeiro deverá elogiar a mulher pelas conquistas feitas e reforçar os ensinamentos que consideram necessários, nos aspectos que ainda possam ou devam ser melhorados. Se o balanço for negativo, o enfermeiro deverá rever as intervenções implementadas para saber se eram adequadas, bem como os respectivos resultados esperados certificando-se de que eram ajustados à intervenção correspondente.

Por fim, em qualquer dos casos, o enfermeiro deverá questionar a grávida sobre a existência de mais alguma dúvida ou problema, reformulando posteriormente o plano caso tal se verifique ou caso necessite de corrigir ou redireccionar alguma das intervenções ou resultados esperados delineados anteriormente.

em conta as suas expectativas face a esta fase da sua vida. Desta forma, intervirá de acordo com um plano de cuidados baseado no Processo de Enfermagem, que traçará dando enfoque, neste caso, à realização de AF. (Vide Tabela 4)

Conclusão

Ao longo do artigo, verificámos que a prática de AF durante a gravidez, geralmente, é encarada com relutância devido ao facto de as grávidas considerarem a AF um stresse acrescido à gravidez e à necessidade de informação apresentada pelos profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro.

Na literatura científica há consenso sobre os vários benefícios da AF para a saúde da grávida, surgindo como resposta à procura de bem-estar neste período da sua vida. Vimos também que o enfermeiro, ao negociar o plano de AF com a grávida, deve ouvir as suas dúvidas e conhecer a sua história de saúde de modo a poder ajudá-la a encontrar o exercício mais adequado para si, orientá-la na sua realização e monitorizar o seu impacto na sua saúde, tendo um papel facilitador no processo.

Neste sentido, concluímos que o enfermeiro é um elemento-chave no aconselhamento da prática de AF durante a gravidez, promovendo a adopção de estilos de vida saudáveis e a melhoria da qualidade de vida da mulher grávida (LIMA e OLIVEIRA, 2005).

Referências Bibliográficas

ANDRADE, Januário; LOPES, Ceci – Actividade Física na Gravidez. *Revista Soc. Cardiologia*. Vol. 15, nº3. 2005, p1-89
 BARATA et al. – *Actividade Física e Medicina Moderna*. Odivelas: Europress, 1997. ISBN 972-559-228-X.
 BATISTA, Daniele et al. – Actividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. Vol. 3, nº2. 2003, p1-8
 BIDLLE, S. - Exercise and psychosocial health: Research quarterly for exercise and sport. [s.l.]: American alliance for health, physical education, recreation and dance, 1995. n. 4, v. 66, p1-5.
 CHISTÓFALO, Cristiane; MARTINS, Ariane; TUMELERO, Sérgio – A prática de exercício físico durante o período de gestação. *Revista Digital*. Vol. 9, nº59. 2003, p1-7
 COUTO, Germano – *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-63-0
 FIGUEIREDO, Bárbara; TENDAIS, Iva; MOTA, Jorge – Actividade Física e qualidade de vida na gravidez. *Análise Psicológica*. Vol. 15, nº3. 2007.p1-11

GOUVEIA, Raquel, et al - Gravidez e exercício físico: Mitos, Evidências e Recomendações. *Acta Med. Port.* Vol. 20, nº1. 2007, p1-6
 LIMA, Fernanda; OLIVEIRA, Natália – Gravidez e Exercício. *Revista Brasileira de Reumatologia*. ISSN 188-90. Vol. 45, nº3. 2005, p1-3
 LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon – *Enfermagem na Maternidade*. 7ªed. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-989-8075-16-1
 MANN, Luana et al.- Dor Lombo-Pélvica e exercício físico durante a gestação. *Fisioterapia Movimento*. Vol. 21, nº2. 2008, p1-6
 MARTINS, Maria – *Um olhar sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: O passado, o presente, que futuro?: resumo de comunicações*. Coimbra: VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 2004.
 MOURA, et al. – Aderência de gestantes a um programa de hidroginástica. *Arq Sanny Pesq Saúde*. Vol. 1, nº2. 2008, p1-7
 O'REILLY, Barry; BOTTOMLEY, Cecilia; RYMER, Janice – *Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia*. 1ªed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-06-2
 POTTER, Patricia A.; Perry, Anne G. – *Fundamentos de Enfermagem, Conceitos e Procedimentos*. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN – 972-8930-24-0
 RIOS, Claudia; VIEIRA, Neiva - Acções educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência e Saúde Colectiva*. ISSN 1413-8123. Vol. 12, nº2. 2007, p1-9
 RODRIGUES et al. – Prática de exercício físico na gestação. *Revista Digital*. Vol. 13, nº126. 2008, p1-9
 SALMERON, Neiva; FUCÍTALO, Andréia – Programa de saúde da família: o papel do enfermeiro na área de saúde da mulher. *Saúde Colectiva*. ISSN 1806-3365. Vol. 4, nº 019. 2008, p1-4
 SANTOS, Márcia; ZELLERKRAUT, Hanny; OLIVEIRA, Laércio – Curso de Orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. *O Mundo da Saúde*. Vol. 32, nº4. 2008, p1-9
 SILVA, Francisco – *Avaliação do nível de actividade física durante a gestação*. Fortaleza do Ceará: [s.n.], 2007. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de mestrado Académico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará como requisito para a obtenção do grau de mestre em saúde pública. p111.
 TENDAIS, Iva; FIGUEIREDO, Bárbara; MOTA, Jorge – Actividade física e qualidade de vida na gravidez. *Análise Psicológica*. ISSN 0870-8231. Vol.25, nº 3. 2007, p1-13

Referências Electrónicas

FamilyDoctor.
<http://familydoctor.org/online/famdocen/home/women/pregnancy/basics/305.html>. 05-12-09. 17h58
 NHS: choices your health, your choices.
<http://www.nhs.uk/LiveWell/pregnancy/Pages/Exerciseandpregnancy.aspx>. 05-12-09. 18h00
 NHS: choices your health, your choices.
<http://www.nhs.uk/Planners/pregnancy/planner/pages/Stayactive.aspx>. 05-12-09. 19h01
 Plano Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar.
 Royal College of Obstetricians and Gynecologists.
<http://www.sportsmedicineuk.co.uk/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/exerciseinpregnancy.pdf>. 06-12-09. 18h03

