

6ª Edição

Outubro-Dezembro 2007

Percursos

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

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
Ano 2, Nº 6
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

Dulce Cabete

Fernanda Costa

Lurdes Martins

Mariana Pereira

Paulo Cruchinho

Revisão pelos Pares

Regras de Publicação: N.º 5, 2007

Contactos

lnunes@ess.ips.pt

afreitas@ess.ips.pt

Os artigos, aprovados pelo
C.C. para esta edição são da
exclusiva responsabilidade
dos seus autores.

Sumário

EDITORIAL 2

EDUCAÇÃO

*Problem Based Learning (PBL):
Uma possibilidade de aprendizagem significativa em enfermagem* 3
João Longo

ENFERMAGEM

*A conspiração do silêncio nas más notícias:
O aparente obstáculo intransponível* 10
Vanessa Lotra

A solidão da espera 16
Odete Mendes

Gripe Aviária - Estaremos nós preparados? 20
Sónia Ferreira de Sousa

REFLEXÕES & VIVÊNCIAS

Uma enfermeira em Moçambique: entre o desalento e a esperança 25
Ana Paula Gato

SEPARATA

Uma Matriz de Competências para a Licenciatura em Enfermagem
Lucília Nunes, Lurdes Martins, Paulo Cruchinho, António Freitas

Editorial

Joaquim Lopes

O Adolescer Enfermeiro

Caros leitores,

Se num editorial se procura a expressão breve e clara das posições de um representante da revista (no caso) perante o que no fluir das páginas os leitores encontrarão, também não será menos verdade que esta representatividade se compromete com o pensamento de quem o escreve e que, por isso, apesar de diferente do que seria uma coluna de opinião, um editorial transportará sempre uma marca pessoal.

Num número da Percursos tão diverso em temas de importância actual como a formação pós-graduada em enfermagem, a cooperação com África, a adequação a Bolonha e as metodologias de aprendizagem baseadas na descoberta, o difícil mesmo é, para um editorial, escolher.

Ponderadas as opções, a escolha para o editorial de um número da Percursos que trata fundamentalmente temas de futuro, recai sobre a percepção que temos sobre o denominador comum a todos os artigos que se seguem: A adolescência da Enfermagem.

Servimo-nos pois do estabelecido enquanto as principais tarefas do adolescer humano para através delas nos permitirmos um olhar para a Enfermagem (disciplina e profissão) destas primeiras décadas do século XXI.

Da Filiação da Enfermagem (“Mães” e “Pais”)!!!

É hoje consensual que as “artes de cuidar” têm raízes paleoantropológicas que nos remontam ao paleolítico e ao neolítico, decorrendo daí, por via da organização das comunidades e sociedades humanas, toda uma árvore de papéis e ofícios que mercê de fusões e divisões sucessivas nos apresentam hoje aquilo que conhecemos como as profissões de saúde do mundo ocidental.

Naturalmente, também a enfermagem partilha dessa historicidade antiga, sendo que em linha genealógica directa se assume ter decorrido de uma dupla filiação: conventual e médica (Collière, 1989).

Não são por isso de estranhar as representações sociais da enfermeira (o feminino é intencional) formada no “bom coração” e na vocação para servir o outro necessitado, compreendida como a principal auxiliar do médico (Europa, Sec. XIX).

É pois com vista ao melhor desempenho desta função de auxílio, (“programa de vida” sugerido/determinado pela “parentalidade”), que se iniciam os primeiros programas formativos para enfermeiras.

Tuteladas por médicos, em ligação à resposta das suas necessidades, as “novas” enfermeiras acedem pela primeira vez ao contacto estruturado com um modelo de pensamento científico: o modelo biomédico.

A fórmula funcionou, influenciando este modelo durante décadas a forma como a enfermagem se industrializou, passando a conceptualizar biomedicamente os fenómenos em saúde (talvez até mais em doença) humana.

Em sociedades altamente influenciadas pelo positivismo e nas quais o poder político frequentemente se procurou associar ao poder médico (e vice-versa), não será por isso de estranhar, desde aí, a procura da totalização do entendimento biomédico quer na organização dos serviços de saúde, quer na formação dos técnicos (enfermeiros incluídos).

Reconheceremos certamente, na organização actual dos serviços de saúde, a dominância da orientação médica que subjaz, nos cuidados de saúde primários, à ainda centralidade da figura do médico de família, e a uma discriminação dos serviços hospitalares igualmente em ligação às diversas especialidades médicas (cirurgia, ortopedia, pediatria, psiquiatria, etc...).

Teremos igualmente presente, nos cursos de enfermagem de muitos de nós (falo de cursos passados mas não deixa de ser tentador olhar para os planos de estudo de alguns cursos actuais), a grande importância dada às temáticas biomédicas quando comparadas com as que se entendiam (entendem ainda, nalguns casos?) como as próprias da enfermagem.

E continuamos a identificar essa influência mesmo nalguma formação pós-graduada em enfermagem, da qual são paradigma os CPLEE (mais conhecidos como cursos de especialidade).

Quanto a estes, se um título procura encerrar a essência do conteúdo, o que pensar das especialidades em enfermagem **médico-cirúrgica**, em enfermagem de saúde mental e **psiquiátrica**, em enfermagem de saúde infantil e **pediátrica**, em enfermagem de saúde materna e **obstétrica**?

Existe mesmo uma enfermagem **médico-cirúrgica**, uma enfermagem **psiquiátrica**, uma enfermagem **pediátrica** e uma enfermagem **obstétrica**...

...ou são reminiscências da infância?

Da Adolescência com sentido de futuro!?

Pessoalmente permito-me duvidar que uma profissão intelectual e científica (*vide* Classificação Nacional das Profissões) que, começa a ter um campo disciplinar autónomo, com suficiente determinação epistemológica, possa deixar de, ao adolescer, reconsiderar os seus “imagos parentais”, arriscando numa determinação própria que não os recusa, mas antes os coloca no seu lugar.

Sejamos nós capazes de na formação em enfermagem e no contributo para a organização dos serviços de saúde, ocuparmos o nosso lugar e ganharmos a adultícia.

Problem Based Learning (PBL): - Uma possibilidade de aprendizagem significativa em enfermagem...

João Longo *

Resumo

Face aos avanços verificados no campo da formação em enfermagem, o Problem Based Learning (PBL) afigura-se como uma possibilidade de aprendizagem significativa e efectiva, não só pelos resultados que propicia, mas pela coerência entre os seus fundamentos, as referências teóricas da enfermagem e as principais teorias de formação de adultos.

Palavras-Chave: Enfermagem; Problem Based Learning; Aprendizagem; Metodologia de ensino

Introdução

“Em muitas disciplinas consegue-se aprender o necessário para passar sem se ficar a saber nada de nada...”

Estudante Anónimo

A educação em enfermagem assistiu a grandes mudanças nas duas últimas décadas. Integração no ensino superior, ênfase na estratégia educativa e na diversificação dos recursos, (re)valorização das práticas e um planeamento curricular mais sistemático, são algumas das propostas educacionais inovadoras adoptadas por um número crescente de cursos de enfermagem.

Estas correntes reformadoras são, em grande maioria, alicerçadas no saber produzido nas Ciências da Educação. Estas constituem-se como produtoras de conhecimentos, princípios e modelos abrangentes que procuram explicar cientificamente os processos de ensino-aprendizagem e conduzir as intervenções dos profissionais da educação no sentido de uma maior eficiência (Pacheco, 2005;

Pressley, Graham, Harris, 2006).

O desenvolvimento observado na educação em enfermagem radica na mudança paradigmática da conceptualização do cuidar (duma lógica executiva para uma lógica conceptual), que postula que o conhecimento é adquirido através do envolvimento do estudante com o conteúdo ao invés da mera imitação ou repetição, caracterizando-se as actividades de aprendizagem pelo questionamento, resolução de problemas e colaboração com outrem (Abdall-Haqq, 1998).

O Problem Based Learning – PBL, como genericamente o conhecemos hoje, tem vindo a ser defendido por um número crescente de educadores do ensino superior (Gallagher *et al*, 1995; Hemlo-Silver, 2004; Gijbels, Dochy, Van den Bossche & Siegers, 2005; Hmelo-Silver & Barrows, 2006), como uma metodologia de ensino-aprendizagem inovadora, que reconhece a necessidade de desenvolver competências e de ajudar os estudantes na aquisição dos conhecimentos e das competências essenciais.

Apesar de não ser isenta de críticas (Vernon & Blake, 1993) e carecer de estudos de identificação dos processos cognitivos e metacognitivos implicados

* Artigo realizado no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS-IPS, revisto por Alice Ruivo (Coordenadora da Pós-Graduação)

numa aprendizagem deste tipo, revela-se uma abordagem promissora, uma vez que, aposta na formação académica integrada e elevada a níveis ambiciosos, tanto quanto na formação pessoal e social, bem como, nas diferentes vertentes de desenvolvimento, cognitivo, social, afectivo e motivacional (De Grave *et al*, 1996; Almeida, 2002).

Neste âmbito, constitui objectivo deste artigo analisar a metodologia PBL, identificando contribuições e limites para a sua aplicação no ensino em enfermagem.

Aspectos terminológicos/clarificação conceptual

O conceito de problema é ambíguo e pejado de subjectividade. Numa abordagem imediatista trata-se de uma dificuldade, obstáculo, situação na qual se sente uma falta, um certo mal-estar, insatisfação, incapacidade ou frustração (Rowe, 1985). Mas outra leitura é possível, esta mais optimista, mais útil, além de que igualmente válida, quando entendemos “problema” como desafio, ponto de partida para qualquer indagação no sentido de melhorar a situação actual (Runco, 1994). O facto de perceber uma situação como sendo problemática, de algum modo, predispõe para a sua resolução.

“Resolução de problemas” diz, pois respeito a um processo que envolve componentes motivacionais, cognitivas e comportamentais. A intenção de ultrapassar o obstáculo prende-se com as envolventes motivacionais. A finalidade de chegar a uma solução, aparentemente não acessível, por estar oculta, por falta de recursos ou de conhecimentos, implica cognitivamente o indivíduo na busca, recolha e selecção de ferramentas, pelo que, se traduz numa conquista num desempenho, tomando lugar as envolventes comportamentais no processo de resolução de problemas

(Almeida, 2002).

Viver é ser capaz de resolver problemas (Robertson, 2001). Em contexto académico, os problemas dados a resolver aos estudantes são-lhes, habitualmente, exteriores e prévios (apesar de se tratar de formação de adultos). Contudo, um requisito importante para uma metodologia activa é que as tarefas de aprendizagem propostas sejam significativas, isto é, sejam verdadeiros problemas para o estudante. Por conseguinte, as situações com que o mesmo se confronta devem gerar nele a necessidade de se envolver na procura de respostas e, tanto quanto possível, às suas próprias perguntas.

Em síntese, a atenção principal na acção educativa transfere-se, em grande parte, do ensino para a aprendizagem e o estudante como sujeito passivo do ensino é substituído pelo sujeito activo da mesma. Talvez por isso, a expressão “resolução de problemas” marca actualmente “(...)os discursos pedagógicos quer enquanto atitude desejável, conteúdo programático, metodologia, ou intenção, sendo elevada ao estatuto de competência útil e necessária, transversal nos currículos, na sua estrutura horizontal e vertical” (Almeida, 2002:49). Mas é enquanto metodologia que aqui tomamos o conceito para tratar assuntos do ensinar e do aprender na arte do cuidar.

Acerca do “Problem Based Learning” (PBL)

A educação médica foi uma das pioneiras na utilização do PBL, no fim da década de sessenta, na Universidade McMaster do Canadá, sob orientação de Barrows (Deslile, 2000), seguida pela Universidade de Maastricht na Holanda. Posteriormente, foi alargada a outras escolas de ensino superior e outros níveis de ensino, sendo hoje utilizada em

diversos países do mundo ocidental, incluindo, Brasil, Suécia e Suíça. Em Portugal, esta metodologia de ensino-aprendizagem aparece associada ao nascimento dos cursos de Medicina das Universidades do Minho e da Beira Interior. Preocupadas em (re)centrar e tornar significativas as aprendizagens dos estudantes, também algumas Escolas Superiores de Enfermagem, tal como a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, começam a adoptar o PBL como prática pedagógica, pelas vantagens que comporta relativamente às abordagens tradicionais. *"Ensinar a resolver problemas não consiste somente em dotar os alunos de destrezas e estratégias eficazes, mas também em criar-lhes o hábito e a atitude de encarar a aprendizagem como um problema para o qual (se) tem de encontrar respostas"* (Pozo et al, 1994: 15), especialmente quando se trabalha na imprevisibilidade.

Uma abordagem por PBL caracteriza-se pela metodologia activa, orientada para a solução de problemas, cuja aprendizagem se centra no estudante, com objectivos muito concretos, estimula o trabalho colaborativo e favorece a interdisciplinaridade, baseando-se em actividades de pesquisa, onde os temas/problemas seleccionados pelo grupo focam a prática profissional e conduzem o currículo.

Os estudantes orientados pelo facilitador/tutor, são levados a analisar

qualitativamente uma situação problemática e a tratá-la até à sua resolução. Segundo Wood (2003), esta metodologia combina a aquisição de conhecimento com o desenvolvimento de atitudes e competências transversais ou tridimensionais, tais como, a exploração de ideias alternativas, desenvolvimento de escuta activa, compreensão e respeito de outros pontos de vista, discussão a partir de contra-exemplos, promoção de mudança conceptual, construção de conhecimento à medida de cada um. Permite ainda, a aprendizagem de procedimentos de resolução, a formulação das hipóteses, utilização de diferentes estratégias, atitude crítica e criativa na discussão dos resultados. Apela ao pensamento em alta voz, às capacidades de argumentação, verbalização e monitorização dos processos de resolução (Delisle, 2000).

Um estudante formado pela metodologia PBL, deverá ter uma visão holística do mundo (tão útil ao paradigma vigente na enfermagem), e postura de receptividade face à novidade e ao desafio. Será um estudante preparado para agir com eficiência nas situações e solucionar os problemas de aprendizagem mais prevalentes, preparado para prevenir dificuldades, e ter uma visão crítica, espírito investigativo e autonomia na busca do conhecimento (Berbel, 1998).

O Processo PBL

Em termos de procedimento, o PBL pode ser associado a outras técnicas

Objectivos pedagógicos do PBL

- Promover no estudante a responsabilidade da sua própria aprendizagem
- Desenvolver um conhecimento caracterizado pela profundidade e flexibilidade
- Desenvolver competências de avaliação
- Desenvolver o pensamento criativo e crítico-reflexivo
- Envolver o estudante no sentido da iniciativa e entusiasmo
- Monitorizar a adequação dos objectivos de aprendizagem aos estudantes
- Orientar a falta de conhecimento e habilidades de forma eficaz e eficiente, num processo desenvolvimentista

Fonte: http://www.itesm.mx/va/dide/documentos/inf-doc/Est_y_tec.PDF.

formativas e conduzido de variadíssimas formas (Woods, 2006). Segundo o modelo de Maastricht, deve percorrer sete passos, articulando períodos de trabalho de grupo tutorado e de estudo individual (Berbel, 1998; Wood, 2003). Como qualquer abordagem metodológica baseada em problemas, inicia-se com a identificação do problema, a partir da leitura de um enunciado, da apresentação de um caso ou exposição de uma situação. O problema deve ser formulado de tal modo que evidencie um desfasamento entre o conhecimento do estudante e o necessário para a resolução do problema. Assim o PBL pode (e deve) ser uma estratégia de indução



objectivos. Primeiro, auxilia os estudantes a mobilizar todo o conhecimento já disponível. A activação do conhecimento prévio é importante, porque focaliza o esforço de aprendizagem e facilita a compreensão

“Passos” do processo PBL (segundo Maastricht)

1. Leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos;
2. Identificação dos problemas propostos pelo enunciado;
3. Formulação de hipóteses explicativas para os problemas identificados no passo anterior;
4. Resumo das hipóteses;
5. Formulação dos objectivos de aprendizagem;
6. Estudo individual dos assuntos levantados nos objectivos de aprendizagem;
7. Retorno ao grupo tutorial para discussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo anterior.

Fonte: Berbel (1998)

de conflito cognitivo, conducente à mudança conceptual. Um conflito cognitivo típico, num dispositivo educacional, resulta de informação anómala, isto é, do desacordo entre o conhecimento prévio e o novo (Almeida, 2002). Num processamento profundo, a eventual combinação de informações contraditórias com a tentativa de compreender uma teoria alternativa, afecta o modo como os estudantes lidam com dados anómalos, podendo ignorá-los, rejeitá-los ou excluí-los ou, igualmente, reinterpretá-los modificando a sua teoria, marginal ou radicalmente (De Grave *et al*, 1996).

A fase inicial segundo Schmidt (1993) é crucial, servindo, pelo menos quatro

de novos conceitos a serem dominados. Em segundo lugar, a discussão em grupo facilitará o confronto com o problema a ser compreendido e com o conhecimento dos outros estudantes acerca das possíveis explicações do fenómeno, o que permitirá o enriquecimento das estruturas cognitivas dos participantes. Em terceiro lugar, o conhecimento já disponível nesta fase sintoniza-se com o contexto específico proporcionado, isto é, com o problema colocado. Em quarto lugar prevê-se, que a discussão de um problema envolva os estudantes no assunto a uma extensão tal, que a curiosidade epistémica é incentivada para descobrir com maior detalhe quais os processos que são responsáveis pelo

fenómeno em análise.

De acordo com Almeida (2002), a mudança é mais provável quando alguém é interpelado a explicar, elaborar ou defender a sua posição perante outros, ou perante si próprio; o facto de estar motivado para elaborar uma explicação leva, frequentemente, um aprendiz a integrar e a elaborar o conhecimento sob novas formas. Quer dizer, a mudança do estado de conhecimentos resulta, muitas, vezes, de processos de re-elaboração e de co-construção a propósito de um conflito cognitivo partilhado.

No contexto do grupo, que deve compreender entre oito a dez elementos, em regime tutorial (Wood, 2003), o problema é novamente discutido e reavaliado, sendo sistematizadas as soluções encontradas e, posteriormente, aplicadas aos contextos reais. Este procedimento pode decorrer ao longo de um período de tempo extenso, havendo lugar para reuniões regulares entre os participantes, onde são abordados diferentes assuntos, tratadas diferentes unidades da metodologia sob a forma de seminários, conferências, oficinas de trabalho, simpósios, entre outras... (Berbel, 1998).

Os papéis do facilitador/tutor e do estudante no PBL

Sendo o PBL uma metodologia que procura centrar no estudante o processo de ensino-aprendizagem, dando relevância ao contexto e significado das aprendizagens como factores estimuladores da implicação dos estudantes na sua auto-formação, espera-se que o facilitador/tutor, quer do estudante, uma conduta e participação distintas das requeridas no processo de ensino-aprendizagem convencional.

O facilitador/tutor deve ser um "facilitador-problematizador", que coloca



todo o tipo de questões/hipóteses e encaminha na busca de informação/recursos consoante a natureza do campo disciplinar em que se mova, no sentido do desenvolvimento individual e do grupo (Hmelo-Silver & Barrows, 2006).

O estudante deverá manifestar disposição para trabalhar em grupo, capacidades de equacionamento, de inferência, dedução, organização, relacionamento, comunicação. É esperado ainda espírito de partilha, criatividade, pensamento crítico, reflexivo imaginativo e sensitivo.

A avaliação em PBL

São várias as formas de avaliação possíveis dentro de uma metodologia de aprendizagem baseada em problemas, desde as mais directivas, como o exame escrito até a formas mais democráticas como a hetero e a auto-avaliação. A avaliação do processo é feita continuamente, levando o grupo a reflectir acerca do seu desempenho, adesão ao processo, competências comunicacionais estabelecidas, respeito pelos outros e contribuições individuais para a resolução do problema (Wood, 2003). Neste âmbito, podemos afirmar que a avaliação efectuada no PBL tem um carácter formativo, contínuo, individual e colectivo, processual e partilhada, é a avaliação "dos re`s: regular, reajustar,

reformular, remediar..." no sentido do aperfeiçoamento constante, dinâmico, com acerto de rumos, ou replanificação, sempre que necessário. Ao investir na avaliação dos aspectos qualitativos é fornecida informação útil ao facilitador/tutor e ao estudante, acerca das suas capacidades e das limitações, do seu potencial de aprendizagem (Almeida, 2002). Esta metodologia inscreve-se assim, numa modalidade de aprendizagem focalizada mais no processo (questionamento, pesquisa, organização da informação, discussão...), do que nos resultados, porque só assim poderá servir para conhecer e aprender, e não apenas para corrigir, examinar, seleccionar e excluir.

Considerações Finais

Os avanços verificados, ao longo dos últimos anos, no campo da educação em enfermagem, bem como o desenvolvimento da sociedade, indicam a necessidade dos *curricula* utilizarem abordagens e metodologias de ensino-aprendizagem efectivas. Os enfermeiros necessitam de aditar aos conhecimentos necessários ao exercício profissional, a capacidade de auto-aprendizagem, de trabalhar em equipa, de comunicar eficazmente, de estar motivados, de analisar problemas, identificando objectivos e recursos, demonstrando segurança e autonomia na sua resolução, de modo a poderem trabalhar na imprevisibilidade.

Neste sentido, o PBL parece constituir uma promissora inovação no campo da educação dos profissionais de saúde, designadamente de enfermeiros, estando a ganhar reconhecimento não só pelos resultados que propicia mas pela coerência entre os seus fundamentos, as referências teóricas da enfermagem e as principais teorias de aprendizagem do

adulto.

Referências Bibliográficas

- Abdall-Haac, I. – Constructivism in Teacher Education: Considerations for those who would link practice to theory. *Eric Digest*, (1998).
- Almeida, A.C. - O problema dos problemas: Os que se identificam, os que se descobrem e os (...) irresolúveis. Reflexão em torno da aprendizagem baseada em problemas. *Psychologica*, 30. (2002), 111-127;
- Berbel, N. - A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 1 (2). (1998);
- De Grave, *et al* - Problem Based Learning: Cognitive and metacognitive processes during problem analysis. *Instructional Science*, 24. (1996), 321-341;
- Delisle, R. - *Como realizar a aprendizagem baseada em problemas*. Porto: Edições ASA (2000);
- Gallagher, S.A.; Sher, B.T.; Steien, W.J., & Workman, D. – Implementing problem-based learning in science classrooms. *School Science and Mathematics*, 95. (1995), 136-146;
- Gibbels, D.; Dochy, F.; Van den Bossche, P., & Siegers, M. – Effects of problem-based learning: A meta-analysis from the angle of assessment. *Review of Educational Research*, 75. (2005), 27-61;
- Hmlo-Silver, C.E. – Problem-based

- learning: What and how do students learn? *Educational Psychology Review*, 16. (2004), 235-266;
- Hmelo-Silver, C. E. & Barrows, H. S. - Goals and strategies of a problem-based learning facilitator. *Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning*, 1. 21-39, (2006).
 - Pacheco, J. A. – Currículo: Teoria e Praxis, 3ª Ed. Coleção Ciências da Educação, 22. Porto: Porto Editora (2006);
 - Pozo, J. M. *et al* - *La solución de problemas*. Madrid: Santillana, (1994);
 - Pressley, M., Graham, S., Harris, K. – The state of educational intervention research as viewed through the lens of literacy intervention. *British Journal of Education*. Leicester; Mar, 2006. Vol 76, Part I, p. 1-19;
 - Robertson, S. I. – *Problem solving*. East Sussex: Psychology Press (2001);
 - Rowe, H.A. – *Problem solving and intelligence*. Hillsdale, New Jersey: Ablex Publishing Corporation (1985);
 - Runco, M.A. – *Problem finding, problem solving and creativity*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation (1994);
 - Schmidt, H. C. *et al* - Influence of tutors` subject matter expertise on student effort and achievement in problem-based learning. *Academic Medicine*, 68 (10). (1993), 784-791;
 - Vernon, D.T. & Blake, R.L. – Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Academic Medicine*, 68 (7). (1990), 550-563;
 - Woods, D.R. – *Problem-based learning: How to gain the most from PBL*. Watedown, Ontario: Donald R. Woods (2006);
 - http://www.itesm.mx/va/dide/documentos/inf-doc/Est_y_tec.PDF. Consultado em 04 de Junho de 2007;
 - <http://www.bmj.com/cgi//content/full/236/7384/328>. Consultado em 06 de Junho de 2007;
 - <http://www.chemeng.mcmaster.ca/pbl/pbl.htm#What%20is%20PBL?>. Consultado em 11 de Junho de 2007;
 - <http://docs.lib.purdue.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1025&context=ijpbl>. Consultado em 11 de Junho de 07;
 - <http://docs.lib.purdue.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1024&context=ijpbl>. Consultado em 11 de Junho de 2007;
 - <http://docs.lib.purdue.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=ijpbl>. Consultado em 11 de Junho de 2007.

João Longo
 Mestre em Ciências da Educação
 Licenciado em Enfermagem
 Enfermeiro na Unidade de Cuidados Intermédios
 do Hospital dos SAMS
 mail: joalongo@gmail.com

A CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO NAS MÁS NOTÍCIAS - O aparente obstáculo intransponível

Vanessa Lotra



Foto: <http://mariu.blogspot.pt>

Resumo:

O silêncio é em si portador de sentido, inerente à comunicação. Quando se torna bloqueador causa um retrocesso grave na relação de confiança entre enfermeiro e cliente. Repetido e consensual, emerge uma conspiração do silêncio, que deve ser prevenida e combatida com o desenvolvimento de competências dos enfermeiros na comunicação de más notícias.

Palavras-chave:

Conspiração do silêncio, Comunicação, Más notícias, Competências.

Nota Introdutória

Muito estudada mas pouco divulgada, a conspiração do silêncio aquando de uma possível comunicação de más notícias existe e engloba situações problemáticas para clientes, famílias e profissionais, denotando-se medos recíprocos e dilemas ético-morais no contexto da prática profissional de enfermagem.

Deste modo, e para uma adequada compreensão da temática, serão adiante abordadas áreas como a comunicação de más notícias, o conceito de conspiração do silêncio, as razões para que ela exista, as suas possíveis consequências para uma relação terapêutica e de confiança, a sua diferenciação e distanciamento ao privilégio terapêutico e finalmente, as competências e estratégias que deverão ser desenvolvidas por todos nós, enfermeiros, em busca da humanização e da excelência dos cuidados.

Comunicação de Más Notícias

A prestação dos cuidados de enfermagem está inserida e vive de um encontro entre uma pessoa que é cuidada (cliente) e pessoas que cuidam. Daqui nasce a relação interpessoal entre o enfermeiro e

o cliente / família / comunidade, que pressupõe uma acção de reciprocidade, favorecendo o estabelecimento de meios de comunicação verbal e não verbal, fundamentais para a devida resposta às necessidades individuais e recíprocas (intelectuais, afectivas, morais e sociais) conduzindo à sua eficácia (Hesbeen, 2000).

Comunicar com o cliente é quebrar com a solidão. O enfermeiro deverá encontrar a forma de comunicação que melhor se adapte ao estado específico de cada cliente, tendo competências para tal. Só assim será possível o estabelecimento de uma relação de parceria e confiança com o cliente e a sua família.

A **comunicação de más notícias** é, porventura, um dos aspectos que mais provoca constrangimentos nos profissionais, pois esta acarreta não só uma mudança negativa nas expectativas do cliente e seus familiares acerca do seu presente e / ou futuro, como também aumenta o stresse inerente ao sofrimento com o qual lida (Lizarra, 2007).

De acordo com o mesmo autor, **Má Notícia** é um tipo de informação que produz uma mudança negativa na perspectiva e expectativas do cliente

* Artigo realizado no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS-IPS, revisto por Alice Ruivo (Coordenadora da Pós-Graduação)

acerca do seu presente e/ou futuro, afectando três domínios da pessoa que a recebe: o cognitivo, o emocional e o comportamental.

As más notícias são recebidas de forma

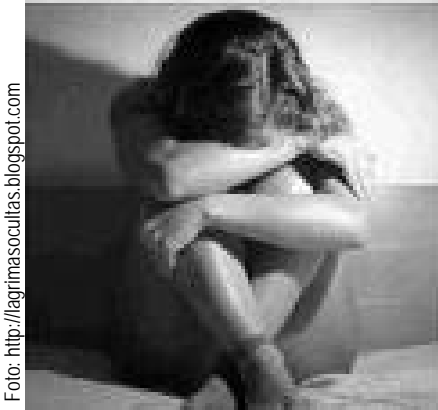


Foto: <http://lagrimasocultas.blogspot.com>

diferente por cada cliente e seus familiares, tendo em conta a individualidade de cada um, com intensidades distintas, pois são do domínio subjectivo, dependentes das experiências de vida individuais, da personalidade, das crenças filosóficas e espirituais, da percepção do seu suporte social e do suporte emocional.

Num estudo realizado por Cherlin et al. (2005) acerca da comunicação entre profissionais de saúde e cuidadores principais, concluíram que as más notícias são comunicadas muito tardiamente no decurso do processo de doença, por vezes tarde de mais. Esta situação impede a integração das informações e o tempo de preparação para o luto, relativamente aos familiares.

O **silêncio** deve ser respeitado, fazendo um importante papel no processo de comunicação. No entanto, quando vem da parte dos enfermeiros, poderá ser considerado como um bloqueio considerável às trocas interpessoais. Poderá revelar a insegurança e a ansiedade do profissional (Phaneuf, 2005).

Conspiração do Silêncio

Existem situações mais extremas, em que o comportamento silencioso do enfermeiro é perpetuado à restante equipa, privando o cliente de informações importantes. Nestes casos, deparamo-nos com a **Conspiração do Silêncio**.

Segundo Almeida e Almeida (2007) a

conspiração do silêncio é definida como "acordo tácito ou explícito para manter o secretismo acerca de qualquer situação ou acontecimento" (p. 25) seja qual for o contexto. Podemos então inferir que há uma conspiração sempre que existir uma situação de encobrimento de algum facto pejorativo ou incómodo, que de algum modo confere um sentimento de protecção.

A família muitas vezes nega ao cliente a informação com o objectivo de protegê-lo, porque de algum modo consideram que assim não serão obrigados a falar acerca da doença e sua progressão que vêm como destrutiva, no entanto, na opinião de Sancho (1998) é muito mais difícil manter esta situação de ocultação e de mentira, de engano, pois implica uma contínua e prolongada representação. A conspiração do silêncio está relacionada com a prestação de cuidados em fim de vida, provavelmente influência da

Foto: <http://aspalavrasnuncatedirei.blogspot.sapo.pt>



vertente paternalista, em que as informações potencialmente dolorosas deveriam ser evitadas (SERRÃO, 2001).

Na perspectiva de Almeida e Almeida (2007) existem dois **tipos** de conspiração do silêncio: a **benigna** – em que um facto ou situação é ocultado com o intuito de proteger; a **maligna** – quando estamos perante situações de acordo com comportamentos não éticos ou criminosos.

Razões e Consequências

Um dos pilares da relação de confiança entre os profissionais de saúde e os clientes é justamente a **autonomia**. Esta implica privacidade, liberdade de escolha

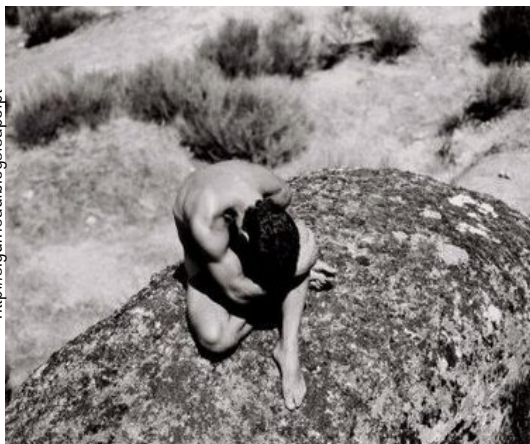
e poder de decisão, pelo que o seu reconhecimento no outro significa a sua capacitação nos processos de saúde e doença, devendo por isso ser respeitado e promovido pelo enfermeiro (Magalhães, 2005).

A conspiração em causa priva o sujeito de informações sobre a doença e retira a capacidade de ser autónomo pela sua vida. De certo modo e na visão de Reich e Mekaoui (2007) as decisões dos clientes perdem a validade e emergem questões éticas relacionadas com o consentimento informado.

Existem três conjuntos de factores para a **participação** numa conspiração do silêncio, nomeadamente:

- Motivações – aquando do intuito de proteger o próprio profissional ou o cliente para seu próprio benefício ou por obediência cega, evidenciando atitudes paternalistas ou egoístas, negando os princípios éticos da profissão;
- Sentimentos - insegurança, culpa, medo, vergonha, impotência ou outros;
- Reacções – dificuldades no processo de comunicação, traduzindo-se em desresponsabilização, mentiras, emissão de juízos de valor, indo novamente contra os princípios éticos que regem a nossa profissão (Barbosa, 2006).

Como tal, deverão ser todos tidos em conta na procura de compreensão do fenómeno, incluindo a possibilidade dos profissionais estarem perante algum dilema, relativamente aos princípios de não maleficência, justiça, beneficência e autonomia, com a consciência clara que, ao comunicar uma má notícia, estão a



<http://sigurhead.blogspot.pt>

provocar sentimentos intensos e dolorosos no outro (Pires, 2006).

Estas situações estão no âmago de sofrimentos psicológicos, tanto para o sujeito foco de atenção (cliente) como para o autor interveniente (profissional de saúde).

O facto de haver um tempo prolongado de preparação para a comunicação de más notícias, implica obrigatoriamente uma angústia crescente para o receptor como para o futuro transmissor das mesmas.

Para além disso, o silêncio pode ser interpretado pelo cliente como a desvalorização da sua situação clínica, das suas preocupações, advindo a degradação ou mesmo destruição da relação terapêutica que é ou que deverá ser estabelecida.

Incorre-se igualmente no risco de não existir debate e partilha de ideias logo, aprendizagem, sobre as práticas não sendo as situações analisadas.

De acordo com Imedio (2004) as situações que poderão conduzir à conspiração prendem-se com medos, do cliente, da família (da sua dinâmica), da gravidade da situação, assim como de dificuldades comunicacionais e do consentimento informado.

Segundo a mesma autora, há determinadas **atitudes** por parte dos familiares, do cliente e dos próprios profissionais, para os quais os últimos deverão estar particularmente atentos:

- Familiares – atitudes de evitamento de partilha de informação, de comunicação acerca da doença e sua progressão, falso optimismo, exclusão do cliente acerca do próprio processo de tomada de decisão, negando-lhe o direito à autonomia;
- Cliente – atitudes de alheamento, desinteresse, conformismo, isolamento e resignação, entre outras;
- Profissionais – atitudes de evitamento de comunicação e presença com o cliente e familiares, não envolvimento deliberado do cliente nos processos de decisão terapêutica, utilização de linguagem técnica e falso optimismo.

Privilégio Terapêutico

Há situações em que a comunicação de más notícias poderá causar perturbações ou mesmo danos graves ao bem-estar e



saúde do cliente. Assim, o profissional de saúde é “libertado” do dever de informar verdadeiramente a pessoa acerca do seu estado de saúde / doença, o que se denomina **Privilégio Terapêutico**. Constitui, deste modo, uma exceção ao consentimento informado, assim como as situações de incompetência / incapacidade e de urgência (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Especificamente acerca do privilégio terapêutico, este está consagrado no artigo 157 do Código Penal, possibilitando a recusa ou a relativização da transmissão da informação quando estiver em conflituosidade com a saúde ou mesmo com a vida da pessoa. Contudo, deverá existir alguma ponderação na utilização deste “argumento legislado”, de forma a não incorrerem no risco da sua utilização indiscriminada.

Competências e Estratégias na Comunicação de Más Notícias

Genericamente, competência é a capacidade que cada um de nós possui para articular, mobilizar e aplicar conhecimentos, capacidades e atitudes, para a resolução de problemas que surjam em determinada situação, em contexto de trabalho e inserido em determinado contexto cultural.

Competência, diz assim respeito ao conjunto de saberes (saber-estar, saber-ser, saber-fazer e saber-saber) que o profissional necessita de possuir, de saber mobilizar e articular em determinada situação para a resolução eficaz de determinado problema. A

comunicação como competência é fundamental para a profissão de Enfermagem (Peres et al., 2006).

Alguns estudos realizados no âmbito das más notícias permitiram concluir que a formação em si, e só por si, não confere competências na sua comunicação aos enfermeiros e demais profissionais no ramo da saúde. Estas más notícias imprimem alterações significativas na vida dos clientes, o que causa sofrimento e alterações afectivas e emocionais significativas aos profissionais, podendo conduzir a situações de *burnout*, caso não sejam devidamente analisadas.

A própria convivência diária com situações difíceis e mesmo com a morte, no contexto da experiência clínica não contribui individualmente para o desenvolvimento destas competências.

Não obstante, situações complexas simuladas, trabalhadas e analisadas, inseridas no contexto da prática profissional poderão conferir um importante treino para os profissionais, no âmbito da relação com o outro, individualizada e única.

Na perspectiva de TOWERS, MacDonald e Wallace (2003) existem **estratégias** que podem fazer face a insuficientes comunicações, recursos e competências na equipa de profissionais de saúde, inerentes à conspiração do silêncio, nomeadamente:

- Clareza e assertividade da linguagem;
- Comunicar informações mais completas acerca do tratamento e da evolução da situação;
- Dotação de profissionais suficientes;
- Profissionais com competências na área da comunicação de más notícias;

- Comunicar, utilizando as técnicas existentes, para estabelecer uma relação de ajuda;
- Avaliar cada situação em equipa;
- Garantir privacidade e confidencialidade;
- Respeito pelos desejos dos clientes;
- Promover e incentivar a autonomia e dignidade do cliente, ou seja, cumprir as normas éticas e morais da nossa profissão.

Buckman (1992) desenvolveu um protocolo de como dar más notícias aos clientes e familiares. Mas mais importante que o protocolo em si, são as **linhas orientadoras** que este nos fornece, e que se constituem como fundamentais para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros nesta área problemática. Assim, deveremos ter em atenção aspectos como o contexto, quem deve estar presente, saber quais as informações que os clientes e seus familiares já possuem, assim como quais as informações que querem receber, a partilha de informação, a resposta aos sentimentos dos clientes e familiares e finalmente planear e acertar o acompanhamento aos mesmos.

De acordo com o mesmo autor, para que se consiga uma eficaz comunicação das más notícias, é então fundamental que se escolha um momento adequado e que seja possível pela disponibilidade de todos os envolvidos. É importante a utilização de linguagem clara, acessível, facilmente compreensível, após uma adequada avaliação e preparação iniciais, comunicando a má notícia de forma gradual. Ser realista e ter uma atitude humana confere um amparo às pessoas que recebem tais informações, assim como assegurar um suporte emocional aos mesmos por outros membros importantes daquela família. Finalmente garantir um encaminhamento ao cliente e familiares, assegurando a continuidade de cuidados.

Para que tudo isto seja possível, é impreterível trabalhar em equipa e em complementaridade. Valores como honestidade, lealdade, responsabilidade repartida, reciprocidade, partilha e cooperação estão implícitos na sua caracterização, devendo por isso ser respeitados e cumpridos por todos os

profissionais, atendendo também ao cliente e familiares de quem cuidam (Teixeira e Carvalho, 2004).

Em suma, a comunicação das más notícias deverá ser assim efectuada por quem possua competências específicas e válidas para o fazer, dentro da equipa multidisciplinar, sem prejuízo do cliente. Toda a equipa deverá colaborar, de modo a conjugar as competências individuais, contribuindo para uma adequada resolução de cada caso: a adaptação do cliente e da família à sua situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALMEIDA, Ana Margarida Loff de; ALMEIDA, Maria José Viana de (2007) – A Conspiração do Silêncio – sua caracterização e implicação nos cuidados de saúde. In Sinais Vitais. ISSN: 0872-0844. N.º 73 (2007), p. 25 – 29;
- BARBOSA, António (2006) – Sofrimento. In Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa, Fundação de Calouste Gulbenkian, p. 397-398;
- BUCKMAN, R.; KASON, I. - How to break bad news: A guide for health-care professionals. In American Family Physician. ISSN: 11775763. Vol. 7, N.º 66 (1994) p. 1115;
- CARIA, Maria Helena – Métodos de Pesquisa de Informação: área disciplinar de Investigação e Estatística. Setúbal: Escola Superior de Saúde: 2005. ISBN: 972-8431-24-4;
- CHERLIN, Emily et al. (2005) – Communication between Physicians and Family Caregivers about Care at the End of Life: when do discussions occur and what is said? In Journal of Palliative Medicine. ISSN: 1096-6218. Vol. 8, N.º 6, p. 1176-1185;
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO: Anotações e Comentários. Ordem dos Enfermeiros, artigo 79º - Dos Deveres Deontológicos em Geral, alínea b, pág. 39, 2003;
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO: Anotações e Comentários. Ordem dos Enfermeiros, artigo 84º - Dever de Informar, alínea a, b, c, e d, pág. 39, 2003;
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO: Anotações e Comentários. Ordem dos

Enfermeiros, artigo 91º - Dos Deveres para com outras Profissões, alínea b, pág. 121, 2003;

- COELHO, Cristina et al. – Um olhar diferente sobre comunicação de más notícias à luz do CMM. In Pensar Enfermagem. ISSN 0873-8904. Vol.8, N.º 2 (2004), p. 46-52;
- FONSECA, Sandra; VIDEIRA, Ana Paula – Informação em Meio Hospitalar In Sinais Vitais. ISSN: 0872-0844. N.º 35 (2003), p. 40-44;
- HESBEEN, Walter – Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8;
- IMEDIO, Eulália L. – Enfermeria en Cuidados Paliativos. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2004. ISBN: 84-7903-391-6;
- LOZANO, José António Flórez – Fórmulas para evitar los errores de la comunicación: recomendaciones para mejorar la comunicación in La comunicacion y comprension del enfermo oncológico. Madrid: Ediciones Ergon, 1997. ISBN: 84-86754-97-6;
- MAGALHÃES, José Carlos – Comunicação em Cuidados Paliativos – Transmissão de Más Notícias. In Servir. ISSN: 0871-2310. Vol. 53, N.º 5 (2005) p. 219-225;
- NP405-1.1994. Informação e Documentação – Referências bibliográficas: documentos impressos. Monte da Caparica: Instituto Português da Qualidade;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Enunciado de Posição: Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. Lisboa, 2007;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Tomada de Posição: Investigação em Enfermagem. Lisboa, 2006;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: O.E., 2002. 16p;
- OUVRARD, Christian – O alcoolismo na empresa: a conspiração do silêncio. In Dirigir. ISSN: 0871-7354, Ano VII, N.º 35 (1995) p. 36-40;
- PHANEUF, Margot - Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3;

- PIRES, A. - O Lugar da Esperança. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-10-0;
- REICH, M.; MEKAOUI, L. – La conspiration du silence en cancérologie: une situation à ne pas négliger. In Bulletin du Cancer. Vol. 90, N.º 2 (2003) p. 181-184;
- REPE. D.R. - I Série – A, nº 205, Capítulo II – Disposições Gerais, art. 4º, alíneas 1, 2 e 4, 04/09/1996;
- REPE, D.R. – I Série – A, n.º 205, Capítulo IV – Exercício e intervenções dos enfermeiros, art. 8º alínea 3, 04/09/1996;
- SANCHO, Marcos Gómez – Como dar las malas noticias en medicina. 2.ª ed. Madrid: Arán Ediciones, 1998. ISBN: 84-86725-39-9;
- TEIXEIRA, José; CARVALHO, Maria - Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde-Utentes. In Análise Psicológica. ISSN 0870-8231. Vol. 22, n.º 3 (2004), p. 615-620;
- THORNE, Sally; BULTZ, Barry e BAILE, Walter – Is there a cost to poor communication in cancer care?: A critical review of the literature In Psycho-Oncology. ISSN: 15880458 Vol. 14 (2005) p. 875-884;
- TOWERS, A.; MacDONALD, N.; WALLACE, E. (2003) – Ethical issues in Palliative Care: views of patients, families and nonphysician staff. In Canadian Family Physician. Vol. 49 (2003) p. 1626 – 1631;

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS:

- LIZARRA, M. Ayarra.
 - <http://www.psiconica.com/psicmed/files/apoio.pdf>, 14-04-2007, 23h29m;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – “A Comunicação de Más Notícias”. Parecer do Enf. Élvio Henriques Jesus, publicado em www.ordemenfermeiros.pt, 2007. Consultado a 16/ 05 / 2007, às 00h52m;
- SILVA, Carlos Alberto – O consentimento informado e a responsabilidade civil do médico. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3809>, 30-04-2007 às 13h35;

Vanessa Lotra
Licenciada em Enfermagem
Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Pulido
Valente - Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva
email: vanessa.lotra@gmail.com

A SOLIDÃO DA ESPERA

ODETE MENDES

RESUMO

A comunicação entre os enfermeiros e a família do cliente crítico é uma ferramenta indispensável na relação com o cliente/família, não só para combater sentimentos de solidão, satisfazer necessidades de informação diminuindo sentimentos de medo, ansiedade e stress, assim como contribuir para o aumento da qualidade e visibilidade dos seus cuidados.

Palavras-chave: Família; stress na família; necessidades de informação; comunicação

INTRODUÇÃO

A passagem de um cliente por uma unidade de cuidados intensivos, ou pelo serviço de urgência é uma situação geradora de angústia, ansiedade e medo para a sua família.

Os clientes que passam por este tipo de local e se encontram em estado crítico, são definidos pela SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2001) como aqueles que, por disfunção ou falência profunda de um mais órgãos ou sistemas, vêm depender a sua sobrevivência de meios avançados de monitorização e terapêutica. Desta forma as unidades de cuidados intensivos são os locais indicados para prestar cuidados complexos e especializados, pois estes concentram os recursos humanos, materiais e tecnológicos para fazer face às necessidades clínicas destes clientes, que requerem uma observação e monitorização contínua de modo a intervir em situações de desequilíbrio hemodinâmico.

Muitas vezes, no entanto a preocupação no atendimento imediato e urgente é apenas dirigida ao cliente, levando muitas vezes a uma despersonalização da família, que aguarda ansiosamente informações sobre o estado de saúde do seu familiar. Sendo a situação de doença uma fonte de stresse, esta é uma das necessidades mais importantes para ela.

A família é abandonada na sua solidão enquanto aguarda ansiosamente por alguém que venha informar sobre o estado do seu familiar.

O enfermeiro pode minimizar este sentimento através da comunicação que este estabelece com a família, pois esta será a forma mais eficaz de satisfazer as necessidades da família, contribuindo para a diminuição da ansiedade e do medo. O enfermeiro ao prestar cuidados humanizados (de acordo com o enquadramento conceptual da profissão) tem que interiorizar que é tão importante prestar cuidados específicos e especializados ao cliente em estado crítico, como estabelecer uma relação terapêutica com a sua família, mantendo-a informada e envolvida no cuidar. Pretende-se com este artigo, alertar para a importância que existe em comunicar com a família de um cliente crítico, pois tal como define Hesbeen (2001: 76) "*ocupar-se do sofrimento daquele que não é o doente propriamente dito, é essencial a cuidados de qualidade*".

A FAMÍLIA DO CLIENTE CRÍTICO

Qualquer que seja o cliente que se encontre internado numa unidade de cuidados intensivos ou serviço de urgência e que necessite de cuidados complexos e especializados está inserido numa família. E se atendermos ao conceito de família enumerado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, : 2006:171), esta é um "*Grupo de pessoas com as características específicas: grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composto por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente*". Como tal, não devem ser desagregados do cliente, deve-

* Artigo realizado no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS-IPS, revisto por Alice Ruivo (Coordenadora da Pós-Graduação)

rão fazer parte integrante na prestação dos cuidados do enfermeiro.

De acordo com LIBERATO (2004), a família que está confrontada com a doença do seu familiar, vai sofrer ansiedade e stresse, está presente a preocupação sobre a gravidade da doença, do sofrimento e da morte. Por isso, acaba por se tornar uma doença familiar onde todos vão ter sentimentos de dor e de sofrimento.

Pelo que já descrevemos e fundamentámos, estamos nestes casos perante uma situação geradora de stresse, tal como refere MARTINS (2003) ao citar MINUCHIN (1990) identificando quatro fontes de stresse para uma família: um contacto stressante com um membro da família com forças extra-familiares, como é o caso de um problema profissional; um contacto stressante com toda a família, com forças extra familiares, como exemplo uma situação de guerra; o stresse provocado por momentos de transição da família, o stresse em torno de problemas idiossincráticos. É atendendo a estas duas últimas fontes, que pensamos poder incluir a doença do familiar, como fonte de stresse, pois as próprias preocupações derivadas da doença poderão levar a situações de crise, daí que seja importante saber reconhecer as fontes de stresse de modo a identificar, implementar as diferentes formas de suporte.

A permanência nas unidades de cuidados intensivos e a passagem pelos serviços de urgência poderá trazer recordações, quer para o cliente quer para a sua família, as experiências passadas podem ainda motivar o medo e a ansiedade. No entanto, o stresse vai mais além e encontra-se presente nas salas de espera onde muitas famílias aguardam ansiosamente por notícias dos seus entes queridos, tal como refere FILHO et al. (2004:107) " *os estados de tensão se mantém constante 24 horas por dia e a ansiedade prolonga-se de forma intermitente nas salas de espera (...)*."

Será bom lembrar que quando prestamos cuidados diariamente, estamos sempre perante duas faces, por um lado o cliente e por outro lado a família, que não devem ser separados, se interligam e se complementam mutuamente.

O primeiro contacto do enfermeiro com a família pode vir a ser a pedra angular de uma relação terapêutica no sentido em que esta, tal como é descrito por

Liberato ao citar SILVA (1990) " (...) *inicia-se no momento em que o Enfermeiro, Cliente, Família se encontram. É um factor de grande ajuda e marca logo o cariz das relações futuras*" (2004:20).

É através da nossa actuação e presença na família que podemos marcar a nossa identidade profissional, tal como foi referido por Liberato (2004:20) ao citar por Bastos em (1997:24) " *a percepção de que se tem das/dos enfermeiras/os depende obviamente do que se vê ou sente (...) essa imagem parece depender do que os enfermeiros fazem*".

NECESSIDADES DOS FAMILIARES

Ao longo da minha experiência profissional e no contacto exercido com a família de clientes internados em unidades de cuidados intensivos constatei que as necessidades da família se prendem fundamentalmente na preocupação em saber informações acerca do cliente, revelando por vezes situações de grande angústia e desespero.

Da pesquisa efectuada constatou-se que existem estudos que vêm comprovar estes dados. Assim, Hampe (s.d.) identificou as necessidades dos familiares em relação ao cliente terminal hospitalizado considerando como as mais importantes a " *necessidade de sentir esperança; necessidade de saber que o pessoal do hospital acarinha o doente; necessidade de saber que o doente tem o melhor tratamento possível; de obter respostas honestas às perguntas; necessidade de saber toda a informação possível em relação ao estado do doente; ser informado de tudo o que pode aliviar a ansiedade, e estar com o doente*" (CÂNDIDO, 2001:41).

Esta ideia vem ser reforçada por um estudo realizado em 2001 por Cândido num serviço de Medicina de um Hospital central de Lisboa, onde verifica que as necessidades dos familiares prendem-se com a obtenção de respostas honestas às questões colocadas; à informação possível em relação ao estado de saúde do cliente.

O estudo realizado por esta autora vem confirmar que as necessidades mais importantes prendem-se com as necessidades de informação.

Também Waiddman e Elsen (2004:152) citam Mota num estudo efectuado com famílias de crianças com cancro, onde

constatam que a família ao se deparar com o diagnóstico sofre um grande abalo emocional, ao qual o enfermeiro deve estar atento para que possa fornecer à família as informações de que precisa de maneira a satisfazer as suas necessidades do momento.

Um estudo realizado no Brasil em 1997 sobre as concepções dos enfermeiros em relação à família de um cliente internado em cuidados intensivos, demonstra que associada às necessidades da família está o stresse a que estes estão sujeitos, pois tal como é descrito neste estudo, a família apresenta sentimentos de medo, ansiedade e insegurança que se revelam através das necessidades em saber informações sobre o estado de saúde do seu cliente. Esta poderá assumir o papel defensor do cliente face à equipa de saúde, uma vez que o familiar poderá estar numa situação em que não se pode defender. (Corrêa et al.: 2002).

A comunicação revela-se assim uma forma crucial não só para detectar o que a família sente mas, também, para ajudá-la a ultrapassar esta situação de crise.

COMUNICAÇÃO

Atendendo ao que foi referido no capítulo anterior a comunicação é peça fundamental no cuidar em enfermagem, no entanto para responder às necessidades de informação devemos consciencializar-nos que o comunicar com a família é diferente de informar a família, pois pode-se informar sem se estar a comunicar. Hees (2004) faz esta distinção em que informar é transmitir a alguém uma mensagem destinada a influenciar as suas representações e/ou seu comportamento no sentido desejado pelo informador, enquanto comunicar vai mais além, pois como ele mesmo refere, duas pessoas comunicam quando entram em contacto uma com a outra considera-a como uma *"aventura partilhada"*.

Na enfermagem que é considerada por muitos como além de uma ciência, também uma arte, a comunicação poderá ser encarada como um talento que se vai desenvolvendo ao longo da nossa prática profissional, e é através dela que conseguimos chegar ao cliente e família. Phaneuf (2005) considera-a como uma *ferramenta terapêutica* fundamental na prática dos enfermeiros, pois, é através dela que podemos cuidar do cliente e família.

Assim, a humanização dos cuidados de

enfermagem passa pela comunicação que estabelecemos com a família, porque tal como é definido por um princípio de Peplau (1952) em que refere que *"cada um dos contactos com a pessoa cuidada contém possibilidades de compreensão das suas necessidades e dificuldades, possibilidades de partilha das suas angústias e dos seus sentimentos, das suas crenças e das suas expectativas, tal como as possibilidades de intervir para apoiar, para lhe manifestar compreensão e ajudar a retomar coragem e se possível, a reencontrar o controlo da sua vida"* Phaneuf (2005:12).

Considero assim que a comunicação é uma forma de humanização, pois a manifestação de respeito pelo outro e a abertura de espaços para a comunicação entre família e enfermeiros contribui para a qualidade dos cuidados.

Corroborando com esta ideia, Hesbeen (2001:43) refere que os componentes essenciais para se cuidar com qualidade são *"o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associados aos seus conhecimentos de natureza científica e competências técnicas"*

Existindo literatura que defende esta perspectiva coloca-se então a questão porquê deixar a família na solidão da espera por informações?

O afastamento dos enfermeiros para dar informações aos familiares resulta frequentemente do stresse a que estes também estão sujeitos. A forma de lidar diariamente com a morte, o sofrimento e a perda, para os quais não estão preparados emocionalmente, pelo que têm que encontrar estratégias de forma a conseguir superar estes sentimentos.

Esta ideia atrás exposta, é comprovada por Corrêa et. al. (2002:815) ao constatarem que existe dificuldade em lidar com a família. Do estudo efectuado verificaram que apesar de os enfermeiros perceberem os sentimentos de sofrimento da família, têm dificuldade em lidar com ela. Esta é justificada pela especificidade do tipo de trabalho que se desenvolve nos cuidados intensivos, quer a limitações de âmbito pessoal, ou ainda pela forma como as famílias exprimem os seus sentimentos.

Os enfermeiros precisam assim de encontrar estratégias para lidar com sofrimento da família, tais como a formação adequada, e a preparação emocional da equipe para que possam cuidar integralmente do seu cliente (cliente/família) LEITE et. al.

(2004). A formação adequada poderá ser adquirida através de auto-formação, formação contínua e formação pós-graduada, além de deverem ser trabalhadas as questões da gestão de sentimentos em reuniões de equipa com e sem o auxílio de profissionais externos.

CONCLUSÃO

Quando estamos perante um cliente este não é o único a ser alvo dos cuidados de enfermagem. Existe associado a ele um grupo de pessoas que funcionam como um sistema interactivo e que se influenciam mutuamente - a sua família. Fora da unidade existe uma sala de espera com familiares que aguardam ansiosamente por informações do seu familiar.

Assim, ambos são alvo de cuidados, o cliente pela sua situação de doença que o obriga a ser alvo de cuidados complexos e especializados, e sua família pela ansiedade e medo do desconhecido e da necessidade de saber informações sobre o estado do seu familiar.

A comunicação entre o enfermeiro e a família é uma ferramenta fundamental para identificar as necessidades da família, e por outro lado, ajuda-lo a ultrapassar os seus sentimentos de angústia e medo. O enfermeiro tem que desenvolver estratégias de forma a desenvolver a maturidade e sensibilidade para contribuir para um cuidar mais humanizado, mostrando-se competente, confiante e compassivo.

Estamos perante uma sociedade cada vez mais exigente e cada vez mais informada dos seus direitos, pelo que não devemos descurar as necessidades sentidas, pois cuidando bem dos clientes e dos familiares estamos a contribuir não só para os cuidados de excelência como também para a construção da nossa identidade profissional dando visibilidade ao que fazemos melhor - CUIDAR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cândida Maria F. - Opinião dos familiares dos doentes internados num serviço de medicina de um hospital central de Lisboa. Revista de investigação em Enfermagem, ISSN-0874-7695, nº3 Fevereiro, 2001.40-47

- HEES Marc- A motivação: ilusão e fonte de sofrimento. In HESBEEN Walter- Cuidar neste mundo. Contribuir para um universo mais cuidador.Loures: Lusociência,

2004. ISBN972-8383-71-1. 31-50

- HESBEEN Walter. Qualidade Em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência, 2001.ISBN 972-8383-20-7

-INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL. Escola Superior de Saúde -Métodos de pesquisa de informação - Área da Investigação e Estatística - 2ªedição. Setúbal, Novembro de 2005.ISBN:972-8431-24-4

- LIBERATO, João. A informação aos familiares e acompanhantes - Avaliação do grau de satisfação. Sinais Vitais. ISSN-0872-8844. Nº52-JANEIRO de 2004. 19-24

- MARTIN, Maria. A família, um suporte ao cuidar. Sinais Vitais.ISSN-0872-8844. Nº50-Setembro de 2003. 52-56
NP405-1.1994. Informação e Documentação – Referências bibliográficas: documentos impressos. Monte da Caparica: Instituto Português da Qualidade

- ORDEM DOS ENFERMEIROS- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP). Versão 1.0. [s.l.: Ed., 2006. ISBN 92-95040-36-8

- PHANEUF, Margot - Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3;

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

- <http://www.spci.org/documentos/transport.html> 16-06-2007, 22H23

- FILHO Wilson, et AL. - *As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais*. Fam.Saúde Desenvol., Curitiba, Maio/Agosto 2004, vol.6,nº2, 100-109 <http://calvados.c3st.utpr.br>
20-05-2007,22H39

- WAIMAN Maria, ELSEN Ingrid. *Família e necessidades...revendo estudos*. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá. V.26,nº1. 2004. 147-157 <http://ppg.ucm.br/docs/etf/saude/2004> 20-05-2007, 22H

- LEITE Maria, VILA Vanessa. Dificuldades vivenciadas pela equipe pluriprofissional na unidade de terapia Intensiva. Revista Latino-am Enfermagem Março-Abril; 2005;13(2):145-50. <http://eerp.usp.br/riae>

Odete Mendes
Enfermeira Graduada
Hospital Pulido Valente Epe - Unidade de Cuidados Anestésicos e Pós Operatório
mail: odetemendes@nli.pt

Gripe Aviária

- Estaremos nós preparados?

Sónia Ferreira de Sousa

Resumo

A Gripe é uma patologia do sistema respiratório que causa, anualmente, epidemias no ser Humano. As infecções por vírus da Gripe são geralmente específicas da espécie (Humana, Aviária, etc.) mas variações na estirpe têm causado, de forma cíclica ao longo dos tempos, Pandemias como foi exemplo a 'Gripe Espanhola'. A transmissão do vírus, de Aves para Seres Humanos, apesar de ser do conhecimento geral e estar documentada, ainda se encontra em estudo. O contágio do vírus da Gripe Aviária entre seres Humanos, elemento chave para o início de uma pandemia, ainda não tem ocorrência documentada (Organização Mundial de Saúde – OMS).

A preparação dos Profissionais de Saúde deve começar agora, numa fase de Alerta Pandémico, em que é possível, a todos, desenvolver e adquirir práticas que minimizem o contágio. Com base nas recomendações da OMS, são apresentados os equipamentos de protecção individual (EPI) a usar dependendo dos cuidados a prestar assim como a forma correcta de remoção dos mesmos. Estes aspectos, abaixo apresentados, são considerados alguns dos elementos chave do controlo de infecção para uma situação de pandemia da Gripe Aviária.

Palavras- Chave

Gripe; Pandemia; Vias de Transmissão; Controlo de Infecção; Equipamento de Protecção Individual.

Introdução

Enfermagem "*a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*" (nº 1 do artigo 4º do REPE, aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro). Numa situação de pandemia de Gripe Aviária, o Enfermeiro será, como em qualquer situação de prestação de Cuidados de Enfermagem – num exercício centrado na relação interpessoal do Enfermeiro e da Pessoa (Ordem dos Enfermeiros, OE) – elemento indispensável: presente, activo e facilitador.

A probabilidade de ocorrência de uma pandemia de Gripe Aviária é actualmente do conhecimento geral das populações

mundiais devido á divulgação através dos meios de comunicação social. Sustentadora de uma crescente inquietação, é alvo de estudo e acompanhamento evolutivo de múltiplas organizações mundiais e governos.

O risco de mortalidade associado á infecção por vírus de Gripe Aviária num ser Humano elevou a importância do controlo de infecção nos Profissionais de Saúde. Este artigo pretende sensibilizar os Enfermeiros para a lavagem das mãos assim como para a utilização nivelada de EPI na prestação de Cuidados de Enfermagem e regras de remoção desse mesmo equipamento.

O que é a Gripe Aviária?

A gripe é uma patologia viral aguda do sistema respiratório provocada pelo vírus influenza, do qual se conhecem três tipos – A, B e C. (Direcção Geral de Saúde-DGS, 2002).

Apenas os vírus A e B causam doença com impacto significativo na saúde pública. Nas epidemias anuais, segundo a OMS, 5-15% da população mundial é afectada por infecções do trato

* Artigo realizado no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS-IPS, revisto por Alice Ruivo (Coordenadora da Pós-Graduação)

respiratório superior. A Gripe Aviária é uma patologia infecciosa nas aves, causada pelo Vírus Influenza tipo A.

O aparecimento de uma estirpe com potencial pandémico depende da ocorrência de variações *major*. Estas têm ocorrido ciclicamente ao longo dos séculos, cerca de 3 por século, resultando de recombinações entre vírus aviários e de mamíferos ou mutação adaptativa directa no ser humano.

A primeira pandemia de gripe documentada remonta a 1580 e no século XX ocorreram 3 pandemias: A "gripe espanhola" que causou cerca de 40 milhões de mortes entre 1918 e 1919; A "gripe asiática" em 1957 e ainda a "gripe de Hong Kong" em 1968.

Desde 1997, um novo subtipo A de Influenza – H5N1, tem sido objecto de estudos de caracterização por ter sido transmitido directamente de aves para Humanos, causando patologias graves e um elevado número de mortes. Desde então o vírus continua a evoluir, sendo conhecidos um total de 318 casos, 192 dos quais resultaram em morte (OMS, 2005).

Em 1999 a OMS publicou o primeiro *Plano Pandémico para Influenza – O papel da OMS e guidelines para elaboração de planos nacionais e regionais*, revisto em 2005. As áreas de intervenção do Plano são: Vigilância Epidemiológica; Reserva Estratégica de Medicamentos; Saúde Pública e Comunicação; Planeamento e Recursos / Serviços de Saúde. Contempla a criação de estruturas e entidades de acompanhamento do Plano de Contingência para a Gripe (OMS, 2005).

Vias de Transmissão

O vírus da gripe sazonal é facilmente transmitido de pessoa para pessoa através da inalação de pequenas partículas provenientes de uma pessoa infectada, quando esta tosse ou espirra. Também o contacto não protegido com órgãos, produtos biológicos ou corpo de pessoa utente assim como materiais utilizados no tratamento das mesmas é passível de transmissão do vírus da gripe. O vírus acede ao corpo humano através da via aérea e demora 1 a 4 dias até ao surgir de sintomatologia. O período de contágio corresponde ao dia anterior ao aparecimento de sintomas até ao 7º dia após estes. A gripe sazonal tende a alastrar-se rápida e facilmente entre a população, sobretudo em locais

de grande densidade populacional, pela facilidade de transmissão associada ao alargado período de contágio (DGS, 2002).

O vírus da Gripe A (H5N1) tem o seu principal reservatório nas aves aquáticas migratórias. O contacto próximo com as suas fezes e outros materiais biológicos, por inalação, por ingestão ou por contacto directo com a mucosa dos olhos assim como com superfícies contaminadas, são as formas de transmissão deste vírus para as aves domésticas e para o Homem. A infecção pode ser transmitida directamente da ave migratória infectada para o ser Humano ou da ave migratória para a doméstica e por sua vez ao Homem (OMS, 2005).

O primeiro contágio documentado de ser Humano, sob esta forma de transmissão, ocorreu em Hong Kong em 1997 (OMS, 2005).

O contágio directo entre Homens não foi ainda demonstrado apesar de um caso entre filho-mãe ter sugerido este mecanismo. Esta transmissão foi associada ao contacto íntimo, sem medidas de protecção individual e não a gotículas de aerossol. No entanto foi declarado, no Vietname, um caso de doença grave numa Enfermeira prestadora de Cuidados a um utente infectado. A OMS continua a declarar como muito baixo, o risco de transmissão nosocomial a Profissionais de Saúde (OMS, 2005).

A transmissão do meio ambiente para o ser Humano é teoricamente possível, por exemplo através da ingestão de água contaminada, contacto directo com mucosa nasal/conjuntival (natação) ou mãos contaminadas com fezes e fertilizantes. Nalguns casos de infecção em ser Humano não foi possível identificar a fonte de infecção, sugerindo ser esta a forma de transmissão (DGS, 2006).

Num mundo intercontinentalmente ligado, uma patologia cujo período de incubação já é período de contágio e cuja sintomatologia é semelhante à Gripe comum, a propagação entre Homens vê o seu caminho facilitado. A probabilidade de uma pessoa infectada com o vírus da Gripe sazonal contactar com uma pessoa infectada com o vírus da Gripe Aviária é elevada, por exemplo um Europeu que viaje até a China. Estando ambos estes factores reunidos, pode ser suficiente para a ocorrência de uma mutação do vírus no interior do organismo

inicialmente infectado apenas com o vírus da Gripe sazonal, tornando-se facilmente propagável por entre todos os seres Humanos (DGS, 2006).

Controlo de Infecção

A OMS define Infecção Nosocomial como uma *infecção adquirida no hospital por um utente que foi internado por outra razão que não essa infecção* e inclui nesta definição as infecções adquiridas pelos Profissionais de Saúde, em contexto laboral. O vírus da Gripe é identificado, por esta mesma organização, como passível de transmissão nosocomial. A OMS identifica ainda, como papel do Enfermeiro, a implementação de práticas para controlo de infecção como são exemplo a lavagem das mãos e o uso correcto de Equipamento de Protecção (OMS, 2005).

Protecção Individual dos Profissionais de Saúde

As medidas de Protecção Individual são indispensáveis para prevenir a transmissão de patologias aos Prestadores de Cuidados. São um pilar do controlo de infecção e conseqüentemente da prevenção de patologias nosocomiais e surtos em Unidades de Saúde.

Segundo a DGS (2002) o vírus da Gripe é um agente biológico classificado, pela Classificação Comunitária de Agentes Biológicos e pela Legislação Portuguesa, no Grupo 2, (Decreto Lei de Abril de 97). Devido ao eventual surgimento de uma pandemia de gripe do tipo A, esta deve ser classificada, actualmente, no Grupo 3. A este grupo corresponde um período de Alerta Pandémico, em que existe uma

baixa probabilidade de aparecimento de casos na Europa, tornando os Profissionais de Saúde um dos Grupos com maior risco de exposição. Ao prestar cuidados a um utente infectado com vírus com potencial pandémico contactando com ele como qualquer outro utente com patologia respiratória, o risco de contágio, pela exposição não protegida, é acrescido. Nesta fase, em que todos os países Europeus actualmente se encontram, as medidas de Protecção Individual devem ser cumpridas com rigor tanto pelos Profissionais como pelos Utentes.

A OMS e a DGS recomendam que todos os serviços de saúde reforcem a lavagem das mãos assim como o uso de EPI consoante os cuidados a prestar.

A rotina de lavagem das mãos deve ser feita com água e sabão líquido durante cerca de 15 segundos abrangendo palma, dorso, dedos e espaços interdigitais, após cada contacto com um utente e seus artigos pessoais ou unidades. A lavagem das mãos pode ser substituída pelo uso de desinfectantes alcoolizados (DGS, 2006).

Segundo a mesma fonte, o EPI é uma barreira protectora para a pessoa que o usa e consoante o nível de cuidados a prestar e exposição ao utente, assim são os materiais a usar. Quer a Prestação de Cuidados ao utente seja na fase de triagem, em situação de transporte ou de internamento, o EPI a usar apenas difere consoante os cuidados a prestar.

Os cuidados a prestar, dividem-se em 3 níveis distintos: Cuidados não médicos; Cuidados não médicos prestados a menos 1 metro ou Cuidados médicos não

Nível	Cuidados a prestar	Equipamento de Protecção Individual a usar
I	Cuidados não médicos (mais de 1 metro)	Bata/farda habitual
II	Cuidados não médicos, prestados a menos de 1 m Cuidados médicos não invasivos	Bata descartável e impermeável Máscara cirúrgica Luvas descartáveis
III	Cuidados médicos invasivos	Bata descartável, com abertura atrás, com punhos que apertem ou com elásticos e até ao meio das pernas ou tornozelo (nunca deve tocar o chão). Avental impermeável, caso não existam batas impermeáveis Touca descartável Máscara com respirador de partículas de classe N95 ou P2, com ajuste facial. Na inexistência de respirador de partículas, utilizar 2 máscaras cirúrgicas sobrepostas. Protecção ocular com viseira ou óculos com protecção lateral Luvas descartáveis, de látex e com 10 a 15 cm acima do pulso Protecção de calçado com 'cobre-sapatos' descartáveis e impermeáveis
IV	Procedimentos laboratoriais	Como no nível III. O laboratório deve ter nível de biosegurança 3.
V	Actividades de limpeza, desinfecção e esterilização	Como no nível III. Os desinfectantes e detergentes habitualmente utilizados inactivam o Vírus <i>influenza</i> .
VI	Cuidados <i>post-mortem</i>	Como no nível III.

Quadro I—EPI que os Profissionais de Saúde devem usar consoante o nível de Cuidados a Prestar a um utente potencialmente infectado com vírus da Gripe Aviária. Adaptado do documento da DGS - Orientações Técnicas para o período de alerta pandémico.

invasivos; Cuidados médicos invasivos. De forma a facilitar a visualização do equipamento a usar em cada uma destas situações, e com base no proposto pela DGS (2006), apresenta-se o Quadro I.

O uso de EPI não é rotina de todos os Enfermeiros. Numa situação real de pandemia, a OMS e a DGS acreditam que o uso de equipamento se torne uma preocupação de todos os Profissionais e todas as Instituições de Saúde. No entanto, mesmo inflacionando o optimismo destas organizações e elevando-o à totalidade do cumprimento destas recomendações por parte de todos os profissionais de saúde, surge nova preocupação: o despir o EPI.

O vestir equipamento - vestir uma bata, calçar umas luvas, colocar uma máscara - faz parte do dia-a-dia de grande parte dos Enfermeiros. Não há regras para vestir senão o garantir que se fique protegido. Mas, e despir? Como retirar o equipamento que já esteve em contacto com o utente infectado? Como garantir que, ao despir o equipamento, o Profissional não quebre todo o propósito de o ter usado?

A remoção do equipamento deve respeitar uma ordem, pouco flexível, de remoção, assim como técnica e ainda colocação em local apropriado do equipamento usado.

Segundo a DGS, a primeira peça a retirar deve ser o avental/bata. Deve ser retirado evitando qualquer contacto das mãos com material que não seja de protecção.



O avental/bata deve ser colocado num contentor para resíduos.

De seguida, retirar as luvas, que devem ser removidas sem que a parte externa entre em contacto com a pele do Profissional.



Também as luvas devem ser colocadas num contentor para resíduos.

Deve-se em seguida lavar/desinfectar as mãos e retirar a touca e protecção ocular. As mãos devem ser colocadas na face interna da touca.

A touca deve ser colocada no contentor de resíduos e a protecção ocular, se reutilizável, no contentor de desinfectação.

De seguida procede-se a remoção da máscara, através dos elásticos ou fitas,



sem nunca tocar na face frontal da mesma.

A máscara também deve ser colocada no contentor de resíduos. Por fim, deve proceder-se a lavagem das mãos.

Desafio aos Enfermeiros

O cumprimento desta ordem de remoção de EPI assim como técnica do mesmo não está enraizado nas práticas dos Enfermeiros, pelo que apenas o treino e a prática poderão conduzir a uma técnica espontânea e simultaneamente mecanizada. Não basta ler como fazer ou observar as fotografias para o Enfermeiro ser capaz de, quando se tornar realmente necessário, despir o EPI correctamente. Há que começar por saber como vestir o equipamento de forma a despi-lo acertadamente e ainda treinar este último. Experimentar e perceber que,

afinal, é um pouco mais complexo do que aparenta. Fica aqui o desafio a todos os Enfermeiros: vestir e despir o EPI, após a leitura deste artigo. Sem o mesmo no campo de visão, retirar o EPI sem nunca permitir o contacto entre o material passível de se encontrar contaminado e o próprio corpo ou farda.

Além do desafio anterior, também é de salientar a importância de todos os Enfermeiros possuírem um conhecimento mais abrangente sobre a Gripe Aviária, nomeadamente sintomatologia, casos possíveis e procedimentos a adoptar, achados laboratoriais, tratamento... A DGS publicou *online* todas as informações necessárias. Quem possuir escassa disponibilidade, a *National Geographic* editou um DVD intitulado 'A Gripe das Aves, Corrida contra o tempo' que retrata de forma extraordinária o que é a Gripe Aviária, qual o risco de pandemia e o que sucederá ao Mundo no caso de pandemia.

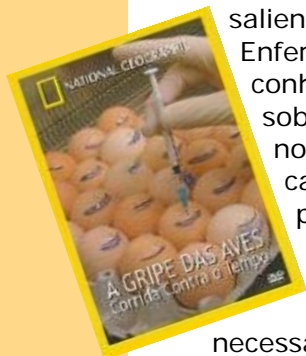
A preparação (treino, formação, informação) é o elemento chave para minimizar a gravidade da pandemia, tanto por entre a população como sobretudo por entre os Profissionais de Saúde, pelo que depende de todos nós aprender, treinar e partilhar esse saber.

'A Sabedoria consiste em compreender que o tempo dedicado ao trabalho nunca é perdido'

Emerson, Ralph

Referências Bibliográficas

- <http://www.citador.pt/citador.php?cit=1&op=8&theme=231&firstrec=0> (26/06/07; 01h33)
- <http://www.citador.pt/citador.php?cit=1&op=8&theme=3&firstrec=10> (25. 07.07; 13h00)
- <http://www.dgs.pt/> - microsite da gripe (20. 07.07; 22h34)
- http://www.ess.ips.pt/estudante/PG/MedicaCirurgica/anexos/man_oms.pdf (25.07.07. 02h 03)
- <http://www.fnac.pt/Catalog/Detail.aspx?clIndex=2&catalog=dvdVhs&categoryN=Filmes&category=dvd Documentarios&product=5601887482375> (21. 07.07; 15h32)
- http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/60_CompetenciasEnfCG.pdf (22.07.07; 02h51)
- http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2007_07_11/en/index.html (21.07.07; 19h34)
- http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/infectioncontrol1/en/index.html (22.07.07; 02h34)
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs211/en/> (21.07.07. 16h54)
- http://www.who.int/csr/resources/publications/AI_Inf_Control_Guide_10May2007.pdf (23.07.07; 01h14)
- OUTRAS REFERÊNCIAS
- Decreto - Lei nº 84/97 de 16 de Abril, Portaria nº 405/98 de 11 de Julho, alterada pela Portaria 1036/98 de 15 de Dezembro e Lei 35/2004 de 29 de Julho
- Decreto - Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, Artigo 4º
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *Plano de Contingência nacional para a pandemia de Gripe: Sector da Saúde*. Janeiro de 2006
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE - *Gripe: Cenários preliminares para uma eventual pandemia*. Junho de 2005
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral da Saúde - *Gripe*. Janeiro de 2002
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - *PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFECÇÃO: REFORÇO DAS MEDIDAS DE CONTROLO DE INFECÇÃO NA PERSPECTIVA DE OCORRÊNCIA DE PANDEMIA DE GRIPE*. Maio de 2006
- CARIA, Maria Helena - *Métodos de Pesquisa de Informação: Área Disciplinar de Investigação e Estatística*. Setúbal, Escola Superior de Saúde - IPS, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Vigilância y respuesta de Enfermedades Transmisibles. Programa Mundial de Influenza - *ALERTA EPIDÉMICA Y RESPUESTA: Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza*.2005
- Referências Electrónicas
- <http://www.arsc.online.pt/docs/H5N1/gripe4.pdf> (21.07.07; 13h30)



Sónia Ferreira de Sousa

Licenciada em Enfermagem

Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (C.H.S.), E.P.E.;

Membro do Grupo de Acompanhamento da Gripe Aviária Humana do C.H.S., E.P.E.;

mail: sonya-sousa@hotmail.com

Uma enfermeira em Moçambique: entre o desalento e a esperança

Ana Paula Gato

Animação no aeroporto de Lisboa, na “porta 20”, as canções, os tambores, gente: moçambicanos, portugueses, espanhóis, sul-africanos. Às 22.30h de uma sexta-feira no final de Outubro de 2007 o avião rumo a Joanesburgo com escala em Maputo sai. Sento-me e tento dormir. Alguém mais jovem e animado troca de lugar comigo, quer conversar com o meu breve companheiro de viagem. Troco de bom agrado. Nunca estive em Moçambique e fico a pensar no destino e na missão: Pemba, formação de professores. Um projecto da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal em que colaboro na área da disciplina Higiene e Saúde Escolar.

Da janela um mar de luzes pequeninas lá em baixo, depois um vazio escuro. Leio

os jornais, janto, torno a ler. Não consigo dormir. Vejo os filmes, oiço rádio. Deixo-me vencer pelo cansaço. Às 6 h acordo e da mera observação passo à palavra com a minha companheira de viagem, professora catedrática da Universidade de Lisboa com trabalho de investigação sobre as propriedades terapêuticas das plantas africanas. Não nos calamos o resto da viagem.

Chegamos, o aeroporto é pequeno, limpo e agradável. Não tenho “visto” de entrada, por isso permaneço numa fila que anda devagar e espero sentada em cima das bagagens durante uma hora e meia. Por fim o “visto” e os pés na rua barulhenta e quente. Tenho à minha espera uma senhora afável e bem-humorada que vai ser minha “guia” em Maputo. Muita gente nas ruas, as acácias



Reflexões & Vivências

e os jacarandás, o colorido das roupas, os bandos de crianças, o odor a mar, as inúmeras bancas de venda na rua. Depois do hotel a ida ao mercado central onde uma fachada colonial portuguesa anuncia o ano de 1901. A confusão de cores, caju, amendoim, legumes, fruta, o lixo acumulado junto às portas laterais, plásticos esvoaçam pelas ruas, alguém quer lavar-nos o carro com um pequeno balde. Perto, o mercado de artesanato, vendedores e artesãos, a madeira, os panos, o marfim, as missangas, os tambores, as peles, as telas, os batiques que estremecem com o vento que de repente varre as ruas de Maputo.

Num centro comercial, de inspiração asiática, a casa Chanel rivaliza com lojas de tecidos indianos e de artesanato africano. Cruzo-me com chineses, indianos, portugueses, fala-se português, inglês e as línguas maternas moçambicanas. A antiga fortaleza foi restaurada há pouco tempo e exhibe uma exposição de pedras preciosas moçambicanas, enquanto estátuas coloniais portuguesas ilustram parte da história do país. Perto os barcos chegam do mar e as peixeiras estendem o peixe nas bancas. Seguimos pela marginal ladeada por palmeiras que emolduram a baía. No "Mercado do Peixe" compramos o jantar, que transportamos num saco que entregamos num dos restaurantes do mercado para ser preparado. Há crianças no recinto tentando vender ou comer alguma coisa, os pés descalços, as t-shirts gastas e rotas.

Na manhã seguinte, às 5 horas, estou a pé, é domingo. Já amanheceu e há agitação nas ruas. O avião para Pemba sai pontualmente às 10.40 horas. Fico a ver desfilar os rios, lagos, florestas, praias sem fim, zonas áridas, ilhas. Por fim Pemba, 2500km a norte de Maputo. O ar quente e húmido, pesado. Gente acolhedora. Hoje não há vaga na residencial onde deveria ficar instalada.

Por isso fico em instalações "alternativas". Tento lembrar-me com calma que não devo matar as osgas no quarto e tomo banho a copo porque a água existente está num grande balde encostado à banheira. O colega que já cá está conforta-me, será só durante uma noite. É domingo e a praia em frente parece saída de um postal, palmeiras, a areia branca, o Indico sereno, parece que toda a cidade decidiu vir até aqui, a praia está apinhada de gente. Um taxista levamos a ver a cidade, é um jovem bem disposto que faz um programa de música para jovens na rádio local. Perdem-se de vista os bairros onde a construção tradicional impera. Casas construídas com canas ou troncos esguios atados com tiras de borracha de pneus já usados e paredes forradas a barro, telhado em colmo ou zinco. *"O zinco aquece muito, mas não chama tantos mosquitos nem outros bichos"* diz-nos o nosso guia solícito. Descubro que quem tem mais posses constrói o telhado das casas com zinco e que só a classe mais abastada tem casas de alvenaria. Os bairros espraiam-se até ao mar numa confusão com sentido, as ruas ordenadas, lixo amontoado à entrada, *"paga-se mas não recolhem"*, os fontanários públicos e as latrinas no quintal. Cajueiros, coqueiros, mangueiras e embondeiros erguem-se dignos por entre o amontoado de casas. Crianças são sempre muitas, *" muitas delas são órfãs, é a SIDA..."* o drama de um país em que um milhão e oitocentas mil pessoas estão contaminadas com o VIH e onde a esperança de vida é de 42,8 anos. No centro da cidade, casas do tempo colonial, outras casas (poucas) recentes, as ruas esburacadas, os mercados de rua, o porto comercial, o porto de pesca, a baía a perder-se de vista (roteiros turísticos classificam-na como a terceira maior do mundo), vários bancos, casas comerciais que vendem os mais variados produtos, igrejas e

mesquitas.

Na manhã seguinte mudo para a residencial onde está previsto ficar as duas semanas de estadia, é arejada e limpa, com redes mosquiteiras e ar condicionado, um luxo em África! Saio para a rua, delicadas as pessoas e calorosas como o ambiente. Os mais jovens chamam-me "mamã", expressão empregue para cumprimentar as mulheres mais velhas em sinal de respeito. A caminho da escola do Magistério uma aldeia SOS, a seguir uma missão católica onde cerca de 50 crianças, muito atentas, estão a ter aulas sentadas no chão debaixo de um cajueiro, cadernos e lápis na mão o quadro de ardósia suportado por um cavalete encostado ao tronco. O nosso local de trabalho, o Instituto do Magistério Primário, tem umas instalações óptimas, um jardim bem cuidado, grandes cajueiros que fazem sombra aos bancos repletos de jovens a conversar nos intervalos das aulas. Somos muito bem recebidos, os formandos são professores com larga experiência de ensino, combinamos a metodologia, os horários e começamos logo a trabalhar. Falar de promoção da saúde na escola é oportunidade para serem discutidas algumas dificuldades sentidas pelos professores e falarmos sobre questões sociais problemáticas em Moçambique: a pobreza, a Sida, a falta de profissionais de saúde, a falta de

respostas para: os doentes, as crianças e os idosos, a poligamia, a situação da mulher africana (numa sociedade marcadamente machista), o relacionamento sexual precoce (os ritos de iniciação dão-se aquando da menarca e a partir daí, segundo a tradição a jovem poderá ser tomada como esposa), a maternidade na adolescência, o abandono escolar por dificuldades económicas e desvalorização da escolaridade, as crenças tradicionais ligadas às questões da saúde, a feitiçaria... Teremos muito para debater nestas duas semanas.

Ao fim da tarde vamos até ao centro da cidade. Visitamos um casal português, já idoso, que mora no bairro dos pescadores junto ao porto de pesca, estão cá há mais de 50 anos. De repente pareço ter recuado no tempo, tomamos chá numa casa tipicamente portuguesa a lembrar os anos sessenta, *"nunca de cá saímos, aguentámos a guerra e as dificuldades, mas isso já lá vai... Não podíamos ir para Portugal, não conseguimos, criámos aqui raízes. Mas não é fácil, há muito para fazer, é uma grande tarefa..."*, desvia a conversa, falar da guerra ou do tempo colonial é quase tabu, irei descobrir durante a minha estadia que estas feridas estão ainda abertas, *"temos cá a vida, o coração."* Às 17h o sol põe-se. Tenho dificuldade em adormecer nesta, como em todas as outras noites que se seguirão, às 4.30h é dia e ouve-se já a agitação na rua. Aqui as aulas começam por volta das 7.30h, antes que o calor, sempre presente, tome conta dos sentidos. Hoje falamos de estilos de vida e dos determinantes da saúde. As condições de vida, os cuidados às crianças, o combate às doenças infecciosas, o professor é um elemento chave na comunidade. Aqui as epidemias de cólera são frequentes, devido à falta de saneamento e de higiene. Fala-se do isolamento de muitas das povoações e das dificuldades que os professores têm



A enfermeira de serviço da Maternidade de Muxara

em manter-se como referência quando não existem interlocutores com formação semelhante, *“é muito difícil não compactuar com determinados comportamentos quando não temos livros, alguém que fale a mesma linguagem, um rádio ou uma bicicleta, não dá... os ordenados são muito baixos, ninguém quer ir para o interior, é como morrer um bocadinho ou morrer devagar...é preciso ser muito resistente quando o professor é único num raio de muitos quilómetros sem meios de transporte”* diz-me um dos formandos.

“Sou 100% muçulmano, mas aqui cada um vive em paz as suas crenças, vamos às festas religiosas uns dos outros, e há as nossas tradições africanas” diz-nos o nosso taxista. Perceberei isso melhor quando, dois dias depois, jantarmos com dois jovens missionários católicos, um português e um brasileiro que nos falam da tolerância religiosa e das dificuldades com que se debatem todos os dias, *“trabalhamos, mas falta tanta coisa, tudo o que fazemos é muito pouco”*, o que fazem inclui jardins de infância, aqui chamados *escolinhas*, apoio alimentar, apoio à construção e actividades de formação. Moçambique ocupa o 172º lugar no índice de desenvolvimento humano numa lista de 177 países. De regresso à residencial vamos calados, o táxi vai devagar, podemos ouvir as ondas, os embondeiros recortam-se no escuro, passamos por um hotel de cinco estrelas que parece transportado de um conto das mil e uma noites, em frente dele as casas de colmo e barro, alguém grita.

No dia seguinte temos visita programada a uma *escolinha* mas antes iremos ao mercado tradicional. Às 7h o nosso taxista e guia acompanha-nos. À entrada do mercado uma cooperativa de arte maconde, os artesãos sentados no chão a



O mercadp tradicional: “Mercado do Banguia”

madeira entre as mãos, parecem moldar barro, trabalham com sensibilidade e rapidez o pau preto e nascem famílias, animais, santos, caixas, crucifixos, mulheres e homens entrelaçados, seres misteriosos, utensílios, colares. Nas ruas de terra vermelha e poeirenta as bancas vendem tecidos, peixe seco, feijão, cestos, milho, pão, plásticos, roupas, galinhas, caju e amendoim, fruta, rádios, pilhas, há um talho de um português e uma fila ordenada de pessoas à porta para entrar, há barracas de jogo, ficamos presos do colorido e da agitação. O calor abrasa. Pouco depois na *escolinha*, propriedade de uma associação moçambicana de beneficência, cerca de cinquenta crianças vestidas com bibes e sentadas à sombra no pátio cantam e fazem jogos, cada criança paga 500 meticais (aproximadamente 15 euros) por mês, este preço inclui 3 refeições diárias, os materiais e o pagamento das funcionárias, *“temos muitas dificuldades mas não podemos aumentar os preços, os pais das crianças não têm dinheiro e ficariam entregues aos irmãos ou sozinhas, aqui comem e estão acompanhadas”* diz-nos a directora. A taxa de mortalidade infantil em 2006 foi de 129 crianças em cada mil nascimentos. À tarde, no Magistério Primário, as temáticas da formação são os determinantes e os indicadores de saúde, os professores não tinham

consciência dos valores de alguns dos indicadores de saúde em Moçambique, surpreendem-se tentam perceber as causas, discutem-se medidas de prevenção, fala-se de alimentação e de estratégias que têm sido adoptadas nas escolas para prevenir ou combater a subnutrição.

À noite saímos para vermos as mulheres na praia, entram silenciosas na água, cestos à cabeça, redes na mão, os vestidos molhados colados ao corpo, sempre em silêncio apenas quebrado pelo ruído dos peixes a serem retirados da rede e colocados nos cestos. De manhã às 5.30h estamos na praia e vamos num barco a remos “espreitar” os corais, dois jovens conduzem-nos. Falamos sobre pesca “*Os homens saem de manhã e cantam, cantam as canções dos pescadores para o peixe vir*” explica-nos um dos jovens e canta para nós uma das canções em língua macua. Voltamos às 6.30, a tempo de comprar alguns materiais para a formação antes de irmos para a escola. Há um português que é muito considerado na cidade, proprietário de uma papelaria e livraria na zona antiga da cidade. Há quase de tudo e de boa qualidade, os livros é que são poucos, mas há livros escolares, dicionários e gramáticas, “*não há mais livros?*” pergunto eu, que já tinha deixado os livros de trabalho que tinha trazido na escola. A resposta vem rápida



Uma das maternidades nos arredores da cidade

“ *há poucos, não se vendem*” e traz-me alguns, poucos, livros de editoras portuguesas. Este homem que também ficou e sobreviveu aos conflitos, está por cá há 50 anos e é um dos grandes impulsionadores do desenvolvimento da cidade, “*não vou voltar mais a Portugal, é muito diferente, já não me habituo*” diz com um sorriso afável encimado pelo bigode branco. Oferece-me um livro de poesia de Carlos Drumond de Andrade e um cartão de visita “*porque pode vir a precisar de alguma coisa*”. O taxista explica que ele contribuiu para quase todas as instituições da cidade e tem sido responsável por várias benfeitorias, faz parte da dúzia de famílias portuguesas que não saíram quando começou a guerra civil.

Na sexta-feira despeço-me do colega que volta a Portugal e preparo-me para um fim-de-semana diferente. Na escola falamos de primeiros socorros e analisamos práticas tradicionais correctas, a satisfação é evidente. Esqueço que estou em África e falo em ambulâncias, os professores sorriem, não existe ainda um serviço de ambulâncias que dê resposta e fico sem jeito quando me explicam que o primeiro carro a chegar ao local de acidente deve levar o acidentado até ao hospital, ambulância é um luxo raro por aqui.

No sábado aproveito o tempo livre para visitar as povoações mais próximas da cidade. Numa delas, numa pequena maternidade, uma adolescente acaba de parir. A bebé, embrulhada numa capulana (pano tradicional), está deitada em cima da cama da mãe, é uma menina. A mãe está bem, sorri enquanto come chima (farinha de milho cozida) numa tigela de alumínio. A minha colega é simpática, está sozinha na maternidade, a acompanhá-la apenas um administrativo. Faço uma visita guiada, os materiais são fervidos, não existe

outra forma, não há autoclave, o material é escasso, o pessoal também, os resultados apesar das dificuldades têm sido animadores. Tem diminuído a mortalidade materna e infantil, têm conseguido que a pouco e pouco as mulheres deixem de parir sozinhas em casa com as avós e as mães, como é tradição. A mortalidade infantil por malária, a maior causa de morte nas crianças, também tem diminuído, as enfermeiras distribuem a todas as parturientes redes mosquiteiras para os bebés e fazem as primeiras vacinas.

Numa outra localidade visito o centro de saúde, sou recebida por uma enfermeira de saúde pública e por uma enfermeira de saúde materna, falamos sobre as actividades que desenvolvem. A vacinação e a vigilância da saúde materna e infantil são as prioridades, assim como os testes diagnósticos da infecção por VIH. Contam-me que são poucas, não há enfermeiros nem médicos que cheguem para as necessidades, aquele centro de saúde tem um médico. Aqui as enfermeiras fazem a vigilância da saúde infantil, materna, planeamento familiar, actividades de prevenção e tratamento. Das instalações do centro de saúde faz parte uma pequena maternidade, contam-me que é comum as jovens serem mães aos 14 ou 15 anos, por vezes aos 13. A enfermeira de

saúde pública relata *"Deslocamo-nos também de carro até às povoações que fazem parte da nossa área de intervenção, mais de duas horas de viagem em estradas de pó, chegamos a atender num dia trezentas pessoas. Fica combinada a nossa ida e as pessoas reúnem-se nesse dia à sombra de uma mangueira ou cajueiro, é aí que vacinamos, tratamos, pesamos, fazemos tudo."* Apesar disso o sarampo continua a ser a doença evitável pela vacinação que mais vítimas faz em Moçambique. Falam-me também da campanha de desinfestação das casas por causa dos mosquitos, a malária continua a ser uma das grandes preocupações, embora seja Nampula a província mais afectada pela doença, segundo dados do Ministério da Saúde moçambicano. Têm consciência das dificuldades e do muito que falta fazer, *"os serviços de saúde não cobrem, nem de longe as necessidades, muita gente não tem qualquer tipo de assistência"*. Despeço-me olhando para o edifício de alvenaria bem pintado e com telhado de zinco que se destaca no meio das casas frágeis e pequenas que o rodeiam. De regresso à estrada de alcatrão encontro uma mulher envergando um fato-macaco e um pulverizador às costas, *"é uma fumigadora, mata os mosquitos"* elucida-me o taxista que neste fim-de-semana se



Um dos bairros da cidade com construções tradicionais



Centro de Saúde nos arredores da cidade—Bairro da Muxara

assumiu também como anjo da guarda. Trata-se de uma das mulheres que trabalha no programa de desinfestação do Ministério da Saúde e está a desinfestar as casas da povoação, a palha dos telhados e as paredes são percorridas a pente fino pelo pulverizador empunhado com destreza e rigor como se fosse uma arma. Na cidade, numa loja de artesanato, o empregado fala-me da sua vontade de ser agricultor e conversamos de culturas, de apicultura, de gastronomia, *“o que eu queria mesmo era ter uma machamba”* (pequena quinta para agricultura de sobrevivência), mostra-me o livro de ciências que anda a ler, entendo-lhe no olhar a tristeza da “prisão”, acabo a dar-lhe informações sobre os programas de apoio a projectos agrícolas da Fundação Aga Khan que são apoiados pela cooperação portuguesa.

No domingo vou à missa das 7h da manhã numa das paróquias da cidade, as portas da igreja bem abertas, os cânticos entoados em língua macua e maconde e acompanhados por tambores, palmas e dança comovem-me. As leituras, lidas em português, macua e maconde falam de esperança. Assumo o compromisso de todos os fins de tarde ajudar na formação dos dirigentes escutistas da paróquia e assim as minhas noites serão enriquecidas pela curiosidade e partilha de experiências de um grupo de jovens

empenhados. Um deles percorre de bicicleta 30km até ao local de trabalho, *“sou escuteiro, faz bem á saúde e não polui, só cansa por causa do calor”*, ouço-o e lembro-me do calor sufocante e húmido que me faz ficar vermelha e banhada em suor logo pela manhã. Depois da missa vou de visita a uma outra povoação. À saída da cidade, o contraste de grandes vivendas debruçadas sobre o mar com casas muito pobres. Depois da saída da estrada principal novamente a terra vermelha e poeirenta, mulheres pilam mandioca à sombra de um cajueiro, crianças apascentam cabras que se empoleiram até nos arbustos espinhosos, praias a perder de vista, à beira da estrada vendem-se peixes, camarões, lagostas, crianças apanham búzios na praia, as árvores entram mar adentro, poisam garças nos ramos, os pescadores equilibram-se muito bem nos pequenos barcos, hoje está vento e o mar agitado. A pobreza silenciosa e resignada no rosto dos aldeões, casas tradicionais em construção, uma plantação de sisal, crianças empurram com esforço a alavanca que permite retirar água de um poço que abastece a aldeia, um machimbombo (autocarro) vem aos solavancos tentando evitar os inúmeros buracos da estrada, pára e dele saem pessoas e um sem número de coisas.



Centro de Saúde de Mahate

Domingo à tarde vou até ao aeroporto, chegam dois colegas, tento fazer-lhes a “integração” e acertamos horários, tenho muito para lhes contar.

Segunda-feira outra vez, o tema de formação é: estratégias de ensino-aprendizagem. Que estratégias usar perante as variadas temáticas do programa? Discute-se também o papel do professor enquanto motor do desenvolvimento comunitário. Pouco depois um dos professores *“Paula, um rato mordeu os pés de um dos meus filhos, como posso tratar?”*, eu em silêncio a olhar para ele, escondo com pressa as lágrimas que me toldam os olhos e devagar, não sei porquê mas ouço-me muito devagar, a indagar das características da ferida e a explicar o tratamento. Ainda falamos sobre as condições de vida dos professores, que são pobres, mas menos pobres que outros e por isso vivem sobrecarregados com familiares que dependem deles para sobreviver, aqui é tradição, com carácter de obrigatoriedade, acolher em casa os familiares.

No dia seguinte vou ao centro da cidade antes de ir para a formação. Vou ao centro de informática, preciso de enviar mails e ver o meu correio, mas falta a electricidade e os meus planos vão por

água abaixo. Apenas 11% dos moçambicanos tem acesso a energia eléctrica e na cidade falta muitas vezes a energia. Vou às compras para equipar a caixa de primeiros socorros da escola. Na farmácia compro algum material, pelo dobro do preço que compraria em Portugal, pobre África! Fico escandalizada mas não tenho mais lugar nenhum onde comprar... Nesse dia um dos formandos adormece de cansaço, os outros riem, ele trabalha das 5 da manhã às 23h.

O tempo corre entre a formação no Instituto do Magistério Primário, a formação dos escuteiros, a companhia dos colegas, a minha curiosidade aguçada e as noites em claro a preparar a formação ou simplesmente às voltas com os contrastes, as diferenças, a variedade de pessoas, de cheiros, de cores, de imagens. Ainda terei tempo para conhecer outras realidades quando sou visita privilegiada de um empresário local a quem vim recomendada, um homem interessante, que foi professor, fez formação em Paris e é um retrato vivo do mosaico cultural moçambicano com ascendentes indianos, africanos e portugueses. Espírito solidário e riqueza numa terra de contrastes.

Vou com os meus formandos fazer uma

visita de estudo a uma associação cultural local, o Sr. Banguia tem um grupo de teatro e danças que tem sido responsável por algumas ações de educação para a saúde no âmbito da prevenção da cólera, malária e sida. O seu “espaço” é um autêntico museu etnográfico que pacientemente construiu e montou com a sua família. Discutimos a importância das visitas de estudo na aprendizagem das crianças e dos jovens. A amabilidade faz parte da natureza dos moçambicanos. Mostra-nos as casas, os artefactos, os adereços e o guarda-roupa do grupo. Assistimos a danças que ele próprio coreografa. Todo o sítio é muito organizado e limpo, as latrinas exemplares, as árvores bem tratadas. Presenteia-nos com mangas e bananas. Voltamos a pé para a escola, debaixo de um sol abrasador os quinze minutos de caminhada parecem-me uma eternidade. Estou a ficar mais corada, notam os meus formandos rindo.

No dia seguinte a despedida, discutimos a avaliação, esclarecem-se algumas dúvidas, vamos até à biblioteca e ao centro de recursos informáticos, a minha colega da ESE já limpou os computadores e é possível aceder já à Internet. Um dos formandos viajará comigo até Maputo de regresso à cidade onde vive e trabalha. É já noite quando saio, escurece sempre por volta das 17.30h. Seguem-se as despedidas nos escuteiros. O meu anjo da guarda muçulmano, o “nosso” taxista, convida-me a conhecer a sua família, faz questão. Eis-me numa casa do tempo colonial, em alvenaria, onde vivem várias gerações, muitas crianças, os pais, os irmãos, os tios, os sobrinhos, a avó. Fizeram chá e umas pequenas bolachas, recebem-me calorosamente, sento-me no quarto do casal a admirar a bebé linda que nasceu já depois de eu ter chegado e que faz o encantamento dos jovens pais. Aqui uma criança é sempre entendida como uma dádiva. Despeço-me e

agradeço a delicadeza, acompanham-me à porta com um sorriso e o convite para voltar. Estou cansada e tenho uma vontade imensa de chorar sem explicação plausível para tal. Os meus colegas portugueses são alegres e divertidos e por isso o jantar decorre animado, apesar das despedidas. Na manhã seguinte o amável proprietário vai levar-me ao aeroporto, a mim e ao professor moçambicano que nos espera na escola. No aeroporto o missionário português vem despedir-se e oferece-nos uma bebida fresca, um último olhar para a cidade e seguimos para Maputo. Em Maputo faz vento e chove, o tempo está mais fresco, despeço-me do colega por uns dias e passo a última noite a correr para a casa de banho, dei toda a minha medicação e eis-me com uma gastroenterite inesperada. Passo o sábado a beber chá preto, sentada estrategicamente num sofá em frente à casa de banho da sala do hotel. Chegaram uns colegas ontem a Maputo e são eles que me vão levar medicação. Felizmente o avião é só à noite e o hotel tem uma vista linda sobre a cidade. Fico melhor e faço a viagem de regresso com a certeza que uma parte de mim ficou algures em Moçambique. Olho pela janela as pequenas luzes lá em baixo, depois uma imensa escuridão e as palavras da poesia de Carlos Drummond de Andrade.



Ana Paula Gato

Mestre em Comunicação em Saúde
Enfermeira Especialista em Saúde Pública

Equiparada a Professora Adjunta da ESS-IPS

E-mail: apato@ess-ips.pt