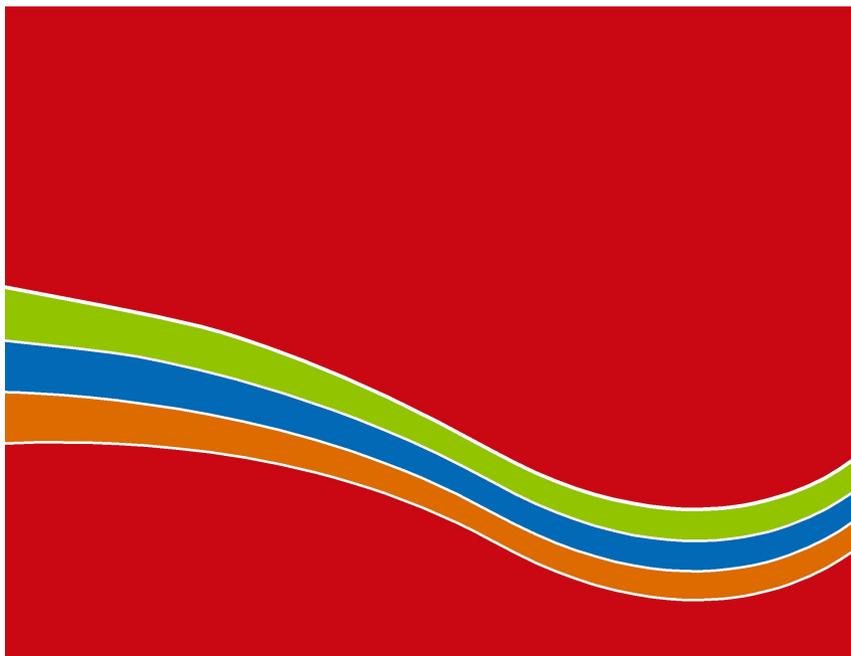


**Try to be a nurse.
It's cool!
Manual de apoio**

Paulo Marques

**Carla Cerqueira, Conceição Reinho, Cristina Pinto,
Fernando Oliveira, Lígia Lima, Márcia Cruz, Maria do
Céu Barbieri, Nilza Nogueira, Paulo Parente, Sandra
Cruz**

Escola Superior de Enfermagem do Porto
ESEP | Julho de 2015



INTRODUÇÃO

1. Ser enfermeiro

[Palavras e imagens de estudantes do 1.º ano da licenciatura em enfermagem]

“Na aurora do terceiro milênio, quando o volume do saber humano duplica cada cinco anos, o desenvolvimento científico (...) acelerou de tal maneira que os desejos mais desenfreados apoderam-se dos seres humanos e transformam-se rapidamente em necessidades (...).

Este desequilíbrio a que se refere Lucien Israël, no seu livro ‘A vida até ao fim’ não poupou o mundo da saúde, um mundo do qual a sociedade espera encontrar homens que sejam santos, eles que para além de serem ‘simples homens’, já nem sequer são escolhidos entre os melhores.

Hoje em dia, podemos ler que um enfermeiro é um ‘profissional habilitado (...) com título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais (...)’.

Mas nem sempre foi assim...

O conceito de enfermagem e de enfermeiro foi sofrendo inúmeras alterações ao longo dos anos. A enfermagem foi acompanhando, de uma forma geral, a evolução da imagem da mulher e isso não é mera coincidência. A enfermagem só começou a emergir na era cristã. No início, a enfermagem era vista como uma profissão exclusiva de mulheres, cujos papéis de mães se adequavam às exigências da profissão. A sua educação era, de uma forma geral, por tentativa-erro e por troca de informação. A enfermagem foi ainda influenciada por superstições e magias. Numa fase posterior, a enfermeira é vista como uma religiosa, solteira ou viúva. A enfermagem era uma profissão ao serviço dos mais fracos, dos mais pobres e necessitados, com um espírito

de dádiva e de entrega total por uma causa. Da idade média até meados do século XIX, a enfermagem atravessou o chamado 'período obscuro' e a enfermeira era vista como servente.

Para a evolução da enfermagem, foi importante a intervenção de algumas personagens tais como S. João de Deus, que defendia a 'caridade sem limites' e Florence Nightingale. Esta mulher notável colocou a enfermagem como um campo de atuação respeitável. Ao aproximar-se da medicina, uma profissão de prestígio e conhecimento, Florence Nightingale teve uma atitude inteligente que permitiu salvar e dignificar uma profissão.

De facto, a evolução da enfermagem também se faz por especialização e por aquisição de competências por via da incorporação médica. Contudo, para uma melhor definição da área de trabalho dos enfermeiros, é também necessário uma aquisição de competências por via da demarcação, do reforço da autonomia. No entanto, é importante não esquecer que médicos e enfermeiros trabalham para o mesmo fim, mas intervêm em áreas diferentes. Não se trata, portanto, de uma hierarquia, mas antes de um trabalho de articulação e complementaridade.

Hoje em dia, a enfermagem é ainda uma profissão em construção. Os enfermeiros irão afirmar-se quando conseguirem, entre outras coisas, distinguir coisas parecidas na sua área de trabalho. O problema é que o enfermeiro não dá visibilidade ao seu trabalho. A enfermagem está numa fase que necessita de palavras e, mais do que uma questão de léxico, é uma questão de profundidade de análise. A enfermagem necessita de uma linguagem própria e comum. Daí que o caminho para se chegar ao ideal de enfermeiro deva passar pela CIPE (classificação internacional para a prática de enfermagem).

Depois da evolução por que passou a enfermagem, e que ainda não é finda, assumiu-se, nos dias de hoje, o conceito do que é ser enfermeiro, que, para os olhares da sociedade não corresponde à realidade. Ser enfermeiro implica alguns deveres e confere alguns direitos. O enfermeiro assume, entre outros, o dever de cumprir as normas deontológicas e as

leis que regem a sua profissão, de responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega (responsabilidade essa inerente ao papel assumido perante a sociedade) e de manter a competência e o aperfeiçoamento profissional. Respeitando sempre os direitos humanos, o enfermeiro deve procurar, em todo o ato profissional, a excelência do exercício. O enfermeiro deve querer ser o melhor, não por necessidades de protagonismo, mas como resposta às necessidades, cada vez mais exigentes, dos utentes. Tal como os nossos atos refletem o que fazemos, também nós, potenciais futuros enfermeiros ‘...somos o que fazemos de forma consistente. Assim, a excelência não é um ato, mas um hábito’ (Aristóteles).

O enfermeiro é aquele que persegue os mais elevados níveis de satisfação dos utentes, é aquele que os ajuda a alcançarem a máxima potencialização da saúde, tenta evitar o aparecimento de problemas de saúde, maximiza o bem-estar dos utentes e complementa/suplementa as atividades relativamente às quais o utente é dependente. O enfermeiro é aquele que acompanha o utente numa adaptação eficaz aos problemas de saúde e intervém tendo em vista alcançar a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

A enfermagem é uma profissão que deve ser justa e imparcial, aceitando o indivíduo como uma totalidade única e indissociável do meio em que vive e se desenvolve. Contudo, é preciso entender que ‘bons cuidados significam coisas diferentes para pessoas diferentes’. Porque todos somos diferentes ‘não há nada mais desigual do que tratar de forma igual pessoas desiguais’. Há que ser humano e dedicado, respeitando as opções.

Por tudo isto, se entende que o conceito de enfermagem seja diferente nos dias de hoje. Um enfermeiro tem de lutar pela autonomia, deixando de lado a passividade e a subserviência. A essência dos cuidados de enfermagem deve estar dirigida para o corpo enquanto sujeito e não enquanto objeto, já que reduzido a isso, só tem direito a atos acessórios. Pelo facto de se poder repetir, o acessório conduz à rotina e ao

desinteresse profissional.

O enfermeiro é também uma pessoa, tão complexa e mutável como os seus doentes. Um bom enfermeiro é aquele que tece laços em que 'o não-dito, o olhar, o débito da palavra, a atitude corporal de escuta, o tom de discurso, intervém de forma maciça' (Lucien Isrëal). A ciência, da qual os enfermeiros também são fervorosos atores, não responde a todos os problemas. É por vezes necessário, saber o que fazer quando a ciência não dá resposta, ou quando é necessário optar em situação de incerteza. Para além de um saber, constantemente atualizado, ser enfermeiro implica um saber psicológico e social, uma consciência moral, um conhecimento do ser humano, a arte da decisão na incerteza. O utente terá sempre a necessidade de colocar a sua 'confiança numa consciência', tal como afirma o professor e médico Portes.

Por tudo isto, se pode pensar que ser enfermeiro é ser herói. E, como li nas páginas de uma revista atual, ainda há quem afirme: 'Eu consigo ser herói, mas não consigo ser enfermeiro'. Contudo, a enfermagem baseia-se em simples gestos e resume-se a proporcionar melhores condições para que a natureza possa atuar, já que só ela pode curar.

Ser enfermeiro é estar disponível, dar e dar-se, honrar um compromisso, é mesmo no cansaço e no desânimo que também acontecem, querer dar sempre mais e melhor, é colocar amor e dedicação no mínimo gesto. Se for assim a enfermagem não corresponderá à rotina que invade hoje muitos profissionais, até porque 'a alma que ama, não cansa nem se cansa' (anónimo)."

Por: Aurora Margarida Basto (estudante do 1.º ano do CLE). Resposta a uma questão de uma prova de avaliação escrita.

2. Saber para aplicar # Cuidados ao bebé

Objetivo:

Iniciar a aquisição de habilidades para a prestação de cuidados básicos ao bebé.

2.1. Cuidados ao recém-nascido (RN)

O nascimento de um filho é um evento significativo na vida do casal e da sua família. Um recém-nascido necessita de ajuda para satisfazer as necessidades de crescimento e de desenvolvimento, pelo que compete ao enfermeiro dotar os pais (ou os cuidadores da criança) de conhecimentos e de competências para suprirem as necessidades dos seus bebés. Cuidar da higiene, alimentação e segurança dos seus filhos são procedimentos primordiais que concorrem para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças, pelo que o enfermeiro enquanto profissional de saúde que melhor oportunidade tem para influenciar os projectos de saúde na área da parentalidade¹ desempenha um papel fundamental.

No que respeita a “prestar cuidados de higiene ao recém-nascido”:

a) Cuidados ao recém-nascido (RN)

- Banheira
- Água tépida
- Toalha de banho
- Saco de sujos
- Saco para a roupa suja

¹ Parentalidade: Tomar Conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (CIPE, 2011, p.66).

Outro material necessário à higiene do RN:

- Fralda
- Roupa do RN
- Emoliente ou creme hidratante
- Tesoura de pontas redondas
- Pente ou escova de cabelo

b) Antes do banho

- Gerir ambiente (temperatura do quarto deve rondar os 27°C, sem correntes de ar)
- Lavar as mãos
- Reunir e dispor o material e vestuário necessários
- Preparar água do banho

2.2. Técnica do banho - por partes:

(O banho deve ser dado 2 a 3 vezes por semana e um pouco antes do RN mamar; deve respeitar-se os princípios da lavagem, nomeadamente, o facto de se lavar no sentido da cabeça para os pés e das zonas mais limpas para as zonas mais sujas)

- Verificar a temperatura da água com o cotovelo/pulso ou com o termómetro (36-37°C)
- Num só movimento, lavar os olhos do RN - executando o movimento do canto interno para o canto externo. Secar os olhos de forma delicada
- Lavar e secar o nariz
- Lavar e secar os pavilhões auriculares
- Lavar a cabeça do bebé com água, secando-a de seguida muito bem
- Despir o tronco do RN
- Lavar os membros superiores da extremidade para a raiz, isto é das mãos para as axilas. Secar com a toalha
- Lavar o tronco. Secar com a toalha. Aplicar creme emoliente nos

membros superiores e no tronco do RN, excepto nas mãos

- Vestir o tronco do RN
- Despir a região inferior do RN
- Lavar e secar os membros inferiores. Secar com a toalha. Aplicar creme emoliente nos membros inferiores
- Lavar a região genital e anal: limpar a região nadequeira sempre no sentido do sulco entre as nádegas para o ânus (o ânus é a região mais suja)
- Vestir a região inferior do RN

2.3. Alimentação do Bebê

Para a alimentação do bebê por biberão, o enfermeiro deverá ensinar os pais:

a) Material necessário para alimentar com biberão:

- Água corrente ou engarrafada (uso individual)
- Biberão com tampa, tetina e rosca
- Leite artificial adaptado (em pó)
- Colher medida
- Espátula
- Fervedor ou chaleira
- Escovilhão
- Escorredor
- Fralda de pano ou toalha para eructação
- “Esterilizador” ou recipiente com água e pó químico ou tacho (para ferver o biberão e acessórios)
- Nota: adicionar 1 colher de medida rasa de leite em pó por cada 30ml de água

Idade	Quantidade recomendada de água (ml)	Número de biberões por dia
Até 1 mês (1.º mês)	90	6
1 a 2 meses (2.º mês)	120	6
2 a 3 meses (3.º mês)	150	5
3 a 4 meses (4.º mês)	180	5
4 a 5 meses (5.º mês)	210	4
5 a 6 meses (6.º mês)	210	4*
6 meses (7.º mês) a 1 ano	210	3*
A partir de 1 ano	500 ml por dia de leite de crescimento enriquecido em vitaminas e minerais	500 ml por dia de leite de crescimento enriquecido em vitaminas e minerais

* Introduzir progressivamente outros alimentos (cereais, vegetais, frutas, carnes...)

b) Como preparar o biberão:

- Lavar as mãos
- Reunir e dispor o material necessário (biberão, tetina e leite artificial)
- Determinar a quantidade de leite a preparar
- Preparar água para a diluição. Verter a adequada quantidade de água no biberão. A quantidade de leite do biberão é variável e deve ser a que deixe a criança satisfeita e a faça ganhar peso correctamente.
- Introduzir o leite em pó no biberão (correspondente à quantidade de água)
- Tapar o biberão
- Agitar até à completa dissolução do pó
- Verificar a temperatura do leite

c) Alimentar a criança com biberão:

- Adoptar uma posição cómoda
- Posicionar criança

- Colocar a tetina na ponta da língua
- Inclinar o biberão (mantendo tetina cheia de leite)
- Colocar o RN a eructar (após 5 minutos ou 30 a 60 ml de leite ingerido)
- Reiniciar alimentação da criança e voltar a colocar a eructar no final.

3. Saber para aplicar # Suporte básico de vida no adulto

A paragem cardíaca é uma das causas mais comum de morte na Europa, afetando milhares de pessoas em cada ano. Esta paragem está relacionada com alterações na condução elétrica do impulso no miocárdio (coração): existem casos em que deixamos de ter a condução desses impulsos (ausência de atividade elétrica), e outros casos que, apesar de continuar a haver impulsos elétricos, não existe um padrão regular, verificando um caos na condução elétrica. Em qualquer destas duas situações, resulta a paragem do bombeamento do sangue pelo coração, dado que os impulsos elétricos não chegam ou chegam de forma desorganizada a todas as células do miocárdio.

1. O impulso gerado no nó sinusal propaga-se pelas aurículas, originando a sua contração;
2. Os impulsos elétricos confluem-se no nó auriculoventricular;
3. Os impulsos propagam-se através do feixe de His às células dos ventrículos, originando a sua contração.

Nestes casos, é vital intervir de imediato no sentido de preservar a perfusão dos órgãos vitais com sangue contendo O₂, para que continuem a receber o oxigénio, fundamental para a manutenção da função desses órgãos.

3.1. O processo

As ações que relacionam a vítima de paragem cardíaca súbita com a sobrevivência constituem a Cadeia de Sobrevivência (Figura 1).

O primeiro elo desta cadeia assinala a importância do reconhecimento do indivíduo em risco de paragem cardio-respiratória (PCR) e a importância de pedir ajuda na expectativa de que o tratamento precoce possa prevenir/reverter a paragem. Os elos do meio ilustram a integração do SBV e desfibrilhação como componentes fundamentais da reanimação precoce na tentativa de salvar vidas. O último dos elos da cadeia de sobrevivência, refere-se aos cuidados pós-reanimação eficazes, centra-se na preservação das funções, em particular cerebral e cardíaca.

3.2. A obstrução da via aérea

A obstrução da via aérea por corpo estranho é uma causa de morte acidental rara mas potencialmente tratável. Os sinais e sintomas que diferenciam casos ligeiros de graves estão sumariados na figura seguinte, bem como a atuação preconizada para cada situação.

3.3. Como atuar



1. Assegurar que a vítima e os presentes estão em segurança.
2. Verificar se a vítima responde:
 - Abanar suavemente os ombros e perguntar em voz alta – Sente-se bem?
- 3a. Se responde:
 - Deixar a vítima na posição em que está, desde que não fique em maior risco;

- Tentar perceber o que se passa com a vítima e pedir ajuda se necessário;
- Reavaliá-la regularmente;

3b. Se não responde:

- Gritar por ajuda;
- Virar a vítima de costas e abrir a boca com extensão do pescoço e elevação do queixo;
- Colocar a mão na testa e inclinar suavemente a cabeça para trás;
- Com a ponta dos dedos segurar a ponta do queixo da vítima elevando-a para abrir a via aérea.

4. Com a via aérea permeável ver, ouvir e sentir se a vítima respira:

- Ver se há movimentos torácicos;
- Ouvir se da boca da vítima vêm sons respiratórios;
- Sentir, com a face, se há sopro de ar vindo da vítima;
- Concluir se a respiração é normal, anormal ou ausente.

5a. Se a respiração é normal:

- Colocar a vítima em posição lateral de segurança (PLS);
- Ir ou mandar buscar ajuda – ligar 112 ou o número de emergência local e pedir uma ambulância;
- Continuar a monitorizar se a respiração é normal;

5b. Se a respiração não é normal ou está ausente:

- Mandar alguém buscar ajuda e procurar e trazer um DAE se existir; ou utilizar o telemóvel para alertar o serviço de ambulâncias – só deixar a vítima se não existir mais nenhuma opção;

6. Iniciar compressões torácicas:

- Deprimir pelo menos 5cm (sem exceder 6cm);
- Frequência de 100min⁻¹ (sem exceder 120min⁻¹);

6a. Combinar compressões torácicas com ventilações:

- Soprar progressivamente para dentro da boca da vítima, durante 1 segundo, repetindo de seguida (duas insuflações ao todo);
- Manter compressões torácicas e ventilações eficazes numa

relação de 30:2;

7. Manter a reanimação sem interrupções até:

- Chegarem profissionais que tomem conta da ocorrência, ou
- A vítima mostre sinais de estar a despertar: mexer, abrir os olhos e respirar normalmente, ou
- O reanimador ficar exausto.



Referências bibliográficas

CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO - *Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*, 2010.

4. Saber para aplicar # Comportamento e relação

No 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem enquadra-se a unidade curricular de “Comportamento e Relação” que procura ajudar os estudantes a desenvolverem e adquirirem conhecimentos neste domínio, ao mesmo tempo que pretende que desenvolvam capacidades/attitudes, que permitam otimizar a sua componente relacional. Pretende-se assim, dota-lo de recursos que lhe permitam identificar as necessidades em cuidados de Enfermagem no domínio das alterações da comunicação, das alterações da cognição (pensamento e percepção) e dos comportamentos disfuncionais.

Esta UC centra-se ainda, nas modalidades terapêuticas de enfermagem capazes de promover a qualidade de vida, o bem-estar e a autonomia das pessoas, essencialmente na sua componente relacional e interativa.

4.1. Competências da vida

No sentido de proporcionar aos jovens participantes da Universidade Júnior, uma oportunidade de contacto com alguns domínios da unidade curricular de comportamento e relação, proporcionando simultaneamente um momento de auto e hétero conhecimento, num ambiente lúdico e reflexivo, optou-se por centrar as atividades na competência de vida – comunicação eficaz.

Segundo a OMS (1993) as competências de vida incluem as atitudes, conhecimentos e habilidades que permitem aos indivíduos lidarem eficazmente com as exigências e desafios do seu dia-a-dia. Assim, Nelson-Jones (1990) define competências como uma sequência de escolhas para atingir um objetivo específico. Podem ser consideradas ferramentas de autoajuda, sendo que relativamente a diferentes áreas, podemos ter em défice ou recurso.

a) Dimensões

As competências de vida decorrem da conjugação de três dimensões que contribuem para a nossa capacidade para lidar com os desafios do dia-a-dia, sendo estas a dimensão das atitudes, conhecimento e capacidade.

Podemos definir como a atitude apropriada aquela em que cada um assume a responsabilidade pessoal por adquirir, manter, usar e desenvolver as suas competências de vida, ou seja esta dimensão será a motivacional.

Por outro lado, qualquer competência de vida envolve o saber como fazer as escolhas acertadas, ou seja, o conhecimento como sendo a dimensão de "saber como fazer".

Por fim, a capacidade envolve pôr a atitude e o conhecimento em prática, nas circunstâncias adequadas.

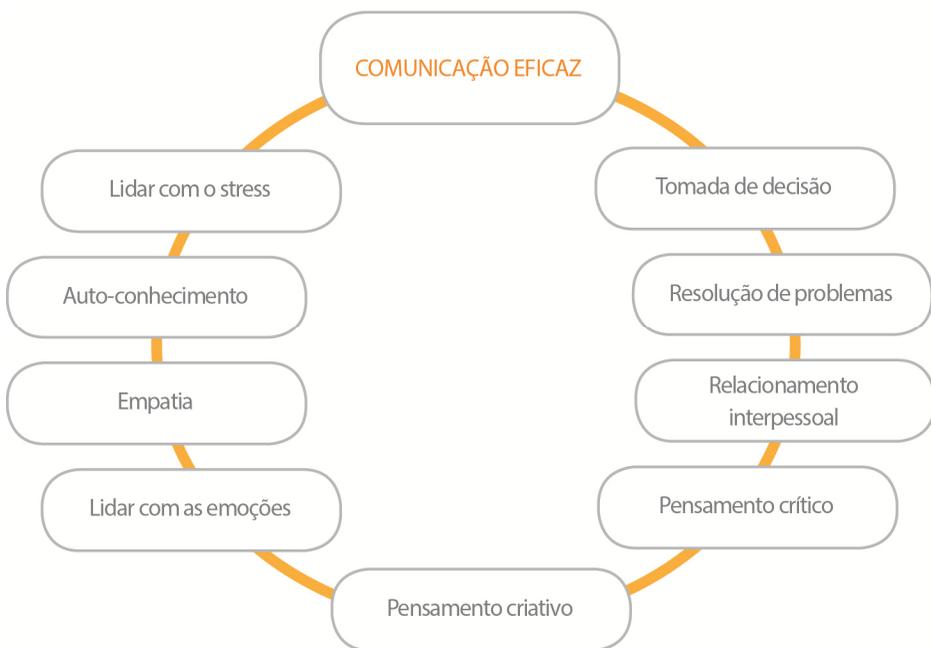


Figura 2 – Competências de vida preconizadas pela OMS

b) Objetivo

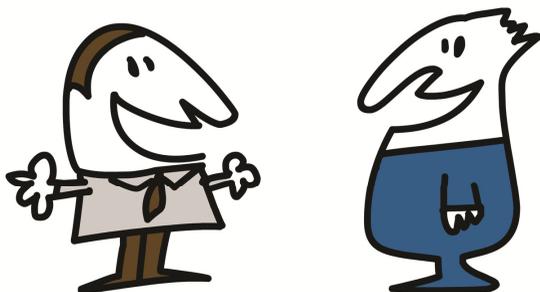
Pretende-se com o desenvolvimento das competências de vida a auto-capacitação/ auto-empoderamento que é um processo através do qual cada um adquire progressivamente mais controlo sobre si próprio e sobre a sua vida.

4.2. Comunicação eficaz

Considerando a comunicação como uma área essencial no domínio do auto e hétero conhecimento, optou-se por se centrar as atividades, na componente do comportamento e relação, na área da comunicação eficaz, pois é tão importante quer ao nível pessoal, interpessoal, escolar quer profissional.

Focando-nos na comunicação eficaz como a expressão assertiva de opiniões, sentimentos, necessidades e desejos, as atividades selecionadas para este programa da Universidade Júnior procuram dar uma oportunidade de hétero conhecimento, envolvimento entre os participantes e finalmente uma auto e hétero reflexão sobre situações comunicacionais do dia-a-dia.

Para potenciar o momento crítico reflexivo na atividade "Rollplay" são abordados alguns aspetos da comunicação não-verbal que a seguir se definem.



Postura – transmissora de emoções e sentimentos de grande importância quando se tenta comunicar. A posição do corpo, dos membros, a forma como uma pessoa se senta, está de pé, reflete a sua atitude, os seus sentimentos sobre si e a sua relação com os outros, daí que quando tentamos controlar a nossa ansiedade na expressão facial e voz, esta possa ser detetada através da postura. Nos primeiros contactos é especialmente importante.

Espaço Interpessoal – a definição de distância interpessoal depende de cultura para cultura. A cultura ocidental considera 4 zonas: íntima, pessoal, social e pública, definidas por distâncias em termos de centímetros e metros, podendo sofrer variações em função do contexto social e cultural.

O modo como o indivíduo organiza o seu espaço pessoal é um meio de comunicação não-verbal. Consoante o tipo de interação social, este espaço pode transmitir sentimentos, como o medo e até atração física.

Expressão Facial – a face é o principal sistema de sinais para mostrar emoções, a área mais importante e completa da comunicação não-verbal. A expressão facial sublinha, acompanha, reforça ou atenua partes do discurso verbal.

Exprime vários papéis na interação social, não só mostrando o estado emocional do interlocutor, como indicando a atitude deste para com os outros como, ainda, proporcionando uma retroalimentação (feedback) contínua ao interlocutor.

Contacto Visual – é uma importante fonte de informação sobre a atenção auditiva e interesse no que o outro está a comunicar. É especialmente importante durante uma conversa, em que os olhos parecem ser eficientemente usados para exprimir surpresa, ira e prazer, retirando-se informação do tipo e duração do contacto visual estabelecido. Este contacto depende do tipo de interação, do estatuto relativo dos interlocutores e do assunto.

Aparência Física – oferece uma primeira impressão acerca do indivíduo:

o seu poder atrativo, estatuto, grau de conformidade com as normas, inteligência, personalidade, estatuto socioeconómico, estilo e gosto, sexualidade e idade, através de fatores como as roupas e adornos e o aspeto visual global (cabelo, higiene aparente). Esta aparência é extremamente importante nos primeiros contactos, embora seja manipulável, prática esta traduzida pela expressão “dar boa impressão”.

Sorriso – está enquadrado na expressão facial, integrando uma das 6 expressões de emoções: a alegria comunica simpatia e agrado em relação ao outro.

Movimentos de Cabeça - são especialmente importantes para a audição. Transmitem interesse/desinteresse na comunicação.

Voz – incluída nas componentes paralinguísticas da comunicação, as características da voz, tais como: volume, tom, timbre, clareza, velocidade, ênfase, fluidez, pausas e oscilações são muitas vezes determinantes na qualidade e percepção desta.

O significado transmitido é, normalmente, resultado de uma combinação de sinais vocais e comportamento verbal e é avaliado dentro de um contexto ou situação determinada.

4.3. Atividades

“O Postal”

Dinâmica de apresentação.

São colocados ao dispor dos elementos do grupo um conjunto variado de postais ilustrados e cada elemento escolhe um postal a partir do qual se apresenta ao grupo.

“Salada de frutas”

Dinâmica de aquecimento que servirá para fazer grupos de 3 ou 4 elementos.

Todos os elementos sentam-se, em cadeiras, em círculo. É atribuído o nome de uma fruta a cada elemento do grupo (usar 4 frutas diferentes, ex. maçã, laranja, morango, cereja).A animadora chama aleatoriamente

uma fruta e todos os que têm o nome dessa fruta têm que se levantar e trocar de lugar; sempre que a animadora diz “salada de Fruta” todos se levantam e trocam de lugar. Após algumas chamadas solicita-se que quem tem o nome da mesma fruta se junte no mesmo grupo.

Com os grupos formados passa-se à atividade seguinte.

“Roleplay”

Dinâmica para trabalhar a comunicação.

A cada um dos quatro grupos é distribuído um tema sobre o qual terão que preparar uma pequena representação que terão que gravar e depois analisar no grande grupo. Podem recorrer à grelha de observação.

Material de suporte

Os elementos do grupo devem ter em atenção, a quando da observação dos Roleplay” dos restantes grupos, à postura, espaço interpessoal, gesticulação, expressão facial, contacto visual, aparência física, movimentos da cabeça e voz.

Situação 1

- Situação na escola;
- Professor(es);
- Alunos.

Situação 2

- Situação em família;
- Filhos(as) querem sair com os amigos.

Situação 3

- Situação numa loja;
- Empregado(a) não valoriza o pedido do cliente sendo até indelicado(a);
- Mãe e filha(o).

Situação 4

- Situação na escola;
- Grupo de alunos;

- Discutem como conseguir uma sala de computadores na escola.

Referências bibliográficas

BRANDES & PHILIP - *Manual de Jogos Educativos*. Lisboa: Moraes Ed., 1977.

GUERRA, M.P.; LIMA, L.M.- *Intervenção Psicológica em Grupos em Contexto de Saúde*. Lisboa: Climepsi, 2005.

HOPSON, B.; SCALLY, M. - *Life Skills Teaching*. Berkshire: McGraw-Hill, 1981.

NELSON-JONES, R. - *Practical Counselling and Helping Skills*. Londres: Cassel Ed., 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Life Skills Education in Schools*. Genebra: WHO, 1997.

5. Vamos ser jovens informados # Autocuidado

O autocuidado refere-se à prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício com o objetivo de manter o seu bem-estar. As atividades anteriormente mencionadas referem-se ao tomar banho, ao comer, beber, ao vestir/despir, ao andar, ao sentar-se, ao transferir-se, ao tomar medicamentos entre outros. No entanto, quando surge algum evento de forma súbita ou gradual na vida do indivíduo, como uma situação de doença, a ocorrência de uma queda ou o próprio processo de envelhecimento, a realização destas atividades básicas fica comprometida, colocando desta forma a pessoa numa situação de dependência. Esta situação de dependência implica que a pessoa necessita da ajuda de outrem para a realização das atividades de vida

diária.

Neste contexto, a enfermagem é a profissão que no exercício da sua atividade profissional tem competência para intervir junto dos indivíduos com limitações no autocuidado, actuando na compensação dessas mesmas limitações, através dos ensinamentos, da informação, da orientação e supervisão ou fazendo por.

Desta forma, com o argumento "VAMOS SER JOVENS INFORMADOS", oferecemos um momento de actividades estimulantes de prática laboratorial, onde é possível experienciar/treinar a técnica do banho na cama, a técnica da transferência da cama para a cadeira e vice-versa, o andar com auxiliares de marcha, a técnica de alimentar pessoa por via oral e ainda a utilização de dispositivos adaptativos como: o cinto de transferência, a canadiana axilar/canadiana de antebraço, a bengala, o quadripé, o andarilho, a cadeira de rodas, a tabua de transferência e tantos outros instrumentos que temos disponíveis. Vem descobrir a enfermagem numa área autónoma da sua atuação.

5.1. Assistir a pessoa no andar com auxiliares de marcha

Objetivo:

Assegurar um andar seguro

Precauções:

- Verificar se a pessoa se equilibra na posição de pé.
- Inspeccionar as pontas das canadianas. As pontas das canadianas são revestidas por borracha, as quais devem ser substituídas, quando gastas e mantidas secas.
- Inspeccionar as canadianas, fissuras nas canadianas de madeira e curvaturas nas de alumínio põem em perigo o andar seguro.
- Inspeccionar superfície de deambulação. Tapetes, piso irregular e escorregadio devem ser evitados.

Orientações:

- Ajudar a pessoa a manter a sua independência, mantendo ou readquirindo a capacidade de andar.

- Ensinar e capacitar a pessoa a utilizar recursos para andar.

Atividades preparatórias:

- Ajudar pessoa a erguer-se.
- Segurar pessoa em torno da cintura, colocando-se ao lado e ligeiramente atrás.

a) Andar com andarilho:

- Ensinar pessoa a movimentar o andarilho para a frente colocando os quatro pontos de apoio no chão antes de dar o passo.
- Dar o passo e transferir o peso do corpo para as mãos apoiadas no andarilho.
- Repetir o movimento de forma sequencial.

b) Andar com bengala/tripé:

- Ensinar pessoa a colocar a bengala/tripé do lado saudável.
- Colocar a bengala/tripé cerca de 15cm à frente do pé saudável e ao lado do corpo.
- Movimentar a perna frágil, de modo que o peso do corpo fique dividido entre a bengala/tripé e a perna saudável.
- A perna saudável deve ser movimentada para além da bengala/tripé.
- Repetir o movimento de forma sequencial.



5.2. Alimentar pessoas

Objetivo:

Assegurar a ingestão nutricional

Precauções:

- Verificar alergias alimentares.
- Prevenir aspiração de alimentos ou líquidos para os pulmões.

Orientações:

- Ajudar a pessoa a manter a sua independência, mantendo ou readquirindo a capacidade de se alimentar a si próprio.
- Ensinar e capacitar a pessoa a utilizar recursos para comer/beber.

Atividades preparatórias:

- Identificar preferências alimentares da pessoa .
- Posicionar pessoa (sentado-tronco elevado, com pescoço em flexão).
- Ajudar pessoa na higiene oral (antes e depois da refeição).
- Lavar as mãos antes e depois da refeição.
- Gerir ambiente (proporcionar ambiente tranquilo e bem iluminado e evitar odores desagradáveis para a pessoa).
- Verificar a utilização de próteses dentárias.

- Proteger roupa com resguardo ou pano.
- Preparar utensílios necessários para alimentar.

a) Atividades

- Informar pessoa sobre a localização dos alimentos no prato, utilizando a orientação horária.
- Providenciar dispositivos adaptativos (adequado à dependência da pessoa).
- Colocar refeição ao alcance da pessoa.
- Assistir a pessoa a cortar os alimentos, abrir as embalagens, colocar água no copo (a atividade deve ser adequada à dependência da pessoa).
- Identificar a ordem pela qual a pessoa quer ingerir os alimentos.
- Assistir na alimentação ou dar os alimentos (a atividade deve ser adequada à dependência da pessoa).
- Verificar os alimentos que a pessoa ingeriu (tipo e quantidade).
- Manter a pessoa sentada por mais 30 m após término da refeição.

Bibliografia

ELKIN, M. PERRY, A. POTTER, P. - *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2005.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO - *Procedimentos de Apoio à UC Autocuidado 2008/2009*. Porto: ESEP, 2009.

6. Vamos ser jovens informados # Gestão do regime medicamentoso

A toma de medicamentos diversifica-se consoante a idade, o sexo, as

condições de saúde e outros fatores de ordem social, econômica ou demográfica. Desta forma, com o argumento “VAMOS SER JOVENS INFORMADOS”, oferecemos múltiplas orientações para uma toma segura de medicação tópica, oftálmica, oral e a ainda a utilização de dispositivos adaptativos como caixas de medicação, colheres de medida, copos de medida e outros.

O que deves saber para gerir a tua própria medicação? Ou de um familiar?

Vem perceber porque certos medicamentos têm de ser tomados antes das refeições e outros após as mesmas, vem descobrir o mundo da enfermagem numa área interdependente.

6.1. Recomendações quanto à toma segura de medicamentos:

Observar:

- Características do medicamento.
- Prazo de validade do medicamento.
- Nome do medicamento.
- Integridade do invólucro.

Ler:

- Modo de preparação do medicamento.
- Modo de conservação do medicamento.
- Forma de administração do medicamento.
- Indicações do laboratório sobre o medicamento.

Na caixa do medicamento de cada pessoa, devem constar os seguintes dados:

- Nome da pessoa (destacado).
- Dose a administrar.
- Horário (s) de administração.
- Duração do tratamento.
- Indicação do medicamento.

Na toma de um medicamento o que deves confirmar sempre?

- O nome da pessoa escrito na caixa do medicamento.
- O nome do medicamento.
- A dose a tomar.
- A via de administração.
- O horário de administração.

Na toma de medicamentos sabes quais são os erros mais frequentes?

- Tomar medicação não prescrita.
- Tomar o medicamento errado.
- Tomar a dose errada.
- Esquecimento.
- Tomar/aplicar o medicamento de forma errada.
- Tomar o medicamento em horário errado.
- Preparar incorretamente o medicamento.
- Tomar o medicamento fora do prazo de validade.

Orientações:

- Informa o teu enfermeiro de família ou o médico caso surjam reações inesperadas ao medicamento.
- Recolhe os medicamentos que sobram e entrega na farmácia.
- Mantém os medicamentos fora do alcance das crianças.

7. Vamos ser jovens informados # A Pele

A Pele, na sua origem embriológica, deriva de dois folhetos embriológicos

distintos, a ectoderme e a mesoderme. Na vida intrauterina sofre sucessivas transformações que estão na base de uma estrutura definitiva que compreende três partes: hipoderme, derme e epiderme. Desde a terceira semana de gestação, a epiderme surge sob a forma de uma única camada de células cúbicas, encostadas umas às outras, que multiplicam e formam a partir da quarta semana, duas camadas de células: periderme e germinativa. Cerca da vigésima semana, a periderme desaparece dando lugar à epiderme que se constitui progressivamente diferenciada, nas semanas seguintes.

Paralelamente, a derme e todos os seus componentes individualizam-se a partir da mesoderme. Os fibroblastos elaboram fibras conjuntivas que se organizam em feixe a partir do quinto mês e que formam praticamente toda a derme. As fibras elásticas surgem mais tarde. Desde a quinta semana, conjuntos celulares 'angioformadores', dão origem aos vasos intraembrionários e ao tubo cardíaco. Também nesta altura existem lagos sanguíneos desordenados na derme. A partir da sexta semana, organizam-se em capilares e grandes vasos, que asseguram a circulação. Na décima segunda semana tem uma organização idêntica à do adulto. Os nervos cutâneos, nascidos na crista neural, aparecem por volta da sexta semana. A sua organização é rápida e ao quinto mês têm uma estrutura muito diferenciada. Os corpúsculos recetores das diversas sensações aparecem mais tarde.

A pele é o nosso maior e mais pesado órgão, para além do mais visível e mais sensível. Este órgão mede cerca de 1,5 a 2 m², pesa entre 2 a 3 kg e possui vários tipos de recetores sensoriais específicos. Relativamente aos recetores sensoriais destacamos os mecanorecetores [recetores sensíveis ao tato (corpúsculos de Meissner) e os recetores sensíveis à mudança de pressão (corpúsculos de Pacini)] e os termorecetores [recetores sensíveis ao aumento da temperatura (corpúsculos de Ruffini) e à diminuição da temperatura (corpúsculos de Krause)]. Estima-se a existência de cerca de 3,5 milhões de terminações nervosas para a sensibilidade álgica, 500 000 para o tato, 250 000 para o frio e 30 000

para o calor. Pelo que, em média, por cada cm² de pele há cerca de 170 pontos sensitivos. A distribuição destes pontos é desigual, pelo que, de região corporal para região corporal há maior e/ou menor especificidade sensorial. A pele tem ainda elevada capacidade de eliminar suor em face de um estímulo térmico elevado. Num curto período de tempo, pode perder entre 2 a 3 mg/cm²/minuto, mas em situações extremas pode atingir 10 litros por dia.

A derme reticular é a principal camada fibrosa da derme. As fibras que a constituem encontram-se dispostas irregularmente, deste modo são resistentes à distensão em várias direções². A derme papilar deve o seu nome à existência de papilas - prolongamentos que se distendem até à epiderme e, comparativamente com a camada anterior tem menos fibras e mais células. As poucas fibras de que dispõe são finas e estão dispostas de forma mais solta. Contém ainda muitos vasos sanguíneos que irrigam a epiderme sobrejacente, removem produtos de excreção e ajudam a regular a temperatura corporal. É esta camada que forma as impressões digitais, que proporcionam maior aderência à superfície, contendo finos canais para o suor.

A epiderme é constituída por epitélio de descamação estratificado, separado da derme por uma membrana basal. Esta camada é mais fina que a derme e não contém vasos sendo alimentada por difusão pelos capilares da camada papilar. As células que constituem a epiderme, na sua maior parte, são ceratinócitos, que produzem ceratina. Estas células são responsáveis pela força estrutural e pela permeabilidade desta camada. As restantes células são: os melanócitos (células responsáveis pela cor da pele) e as células de Langerhans (células do sistema imunitário).

² A pele tem elevada resistência à rotura suportando uma tração superior a 1 kg por cm²., para além de admitir uma distensão de 10 a 15% das suas dimensões. Quando a pele é demasiado distendida, nos edemas ou numa gravidez, verifica-se a rutura da derme, formando linhas visíveis através da epiderme, estas linhas denominam-se estrias.

7.1. Funções do sistema tegumentar:

O sistema tegumentar congrega as seguintes funções: proteção, regulação da temperatura, produção de vitamina D, sensação e excreção.

Proteção – A pele é uma proteção de barreira com excelente eficácia. A sua acidez constitui, também, um requisito essencial para neutralizar alguns microrganismos. A estrutura que apresenta, tem ainda um papel seletivo quanto à permeabilização a substâncias que vêm no sentido de dentro para fora ou no inverso. Quer a camada córnea quer as pilosidades têm a função de proteger da abrasão. São ainda os pelos e a melanina que protegem da ação dos raios ultravioletas, que são lesivos para o ADN celular. É importante notar, que os tratamentos tópicos podem apresentar riscos, pelo que devemos ter em conta: toxicidade, áreas sem epiderme, crianças (massa corporal pequena em relação à superfície cutânea), doenças cutâneas muito extensas (maior superfície de absorção) e tratamentos prolongados (acumulação do fármaco absorvido).

Existem vários tipos de lesões que podem ocorrer na pele, que requerem intervenções específicas e de menor ou maior complexidade, que ultrapassam o âmbito deste manual, pelo que vamos direcionar a nossa atenção para algumas dimensões problemáticas deste domínio.

7.2. Pele seca

A pele seca é um tipo de pele bem característica nalgumas idades, sobretudo nos idosos, sendo importante ter em atenção que pode ser um sinal indicativo de um défice de líquidos, que só se corrige com um reforço da hidratação. De qualquer forma, deve-se avaliar qual o tipo de sabão que está a ser utilizado, que pode desgastar a pele, a frequência de lavagens, o uso de produtos com álcool ou outra substância que seja irritante, bem como advertir as pessoas para as desvantagens de coçarem a pele, que aumenta o prurido e pode desencadear uma solução de continuidade; exporem-se ao sol ou a outra fonte de calor; ou,

secarem vigorosamente a pele. É aconselhável a utilização de um creme hidratante, para a recuperação da textura e elasticidade da pele. Recomenda-se ainda a observação de alterações na temperatura e coloração da pele.

7.3. Eritema por calor

O eritema por calor é uma situação que pode ser combatida através da hidratação cutânea com um produto gordo (óleo de amêndoas doces, creme hidratante com um excipiente gordo, ou um creme composto por aveia, associado a uma solução gorda de dispersão para o banho). As lavagens devem ser adequadas ao tipo e estado da pele, utilizando água tépida, para o frio, já que atenua a inflamação. Devem ser usados produtos de limpeza emolientes e evitados produtos com álcool (colônias, perfumes, loções) ou outros que sejam irritantes. Também não é aconselhável uma secagem vigorosa da pele, a exposição ao sol ou a outra fonte de calor ou coçar a pele. Deve ser observada a temperatura e coloração da pele.

8. Vamos ser jovens informados # Feridas

8.1. Tratamento de feridas (história breve)

O tratamento de feridas remonta aos tempos ancestrais, interessando conhecer um pouco da história. De acordo com a literatura, o mais antigo penso remonta à data de 1700 a.C., sendo imensas as substâncias utilizadas, tais como graxa, mel, fios de linho (para sutura), carne fresca (valorizada na função hemostática) e óleo fervente. O adesivo era feito com cola e fios de linho. Na antiga Mesopotâmia as feridas eram lavadas com água e leite; posteriormente eram cobertas com resina e mel. Esta substância hipertônica tinha as funções de remoção do tecido morto e

como barreira à infeção. Os Egípcios foram inovadores ao utilizarem malaquite (antisséptico) e mercúrio (antibacteriano). Contudo, também foram destruidores já que utilizavam produtos perfeitamente inadequados como: carne fresca e pele de porco para cobrir as feridas. Na antiga Grécia, oitocentos anos a.C., Homero, na sua obra *Ilíada*, descreve o tratamento de 147 feridos usando a cauterização com recurso a ferros quentes, apontando, no entanto, uma taxa de mortalidade de 78%. Também Hipócrates, quatrocentos anos a.C., já implementava princípios de assepsia no tratamento de feridas. As feridas eram lavadas com água tépida, com ou sem vinagre e depois cicatrizavam por segunda intenção. No Império Romano, Galeno (129 a 200 d.C.), médico do Imperador Marco Aurélio, criou a teoria do pus louvável (pus bonum et laudabile). Esta teoria era baseada na observação e afirmava que a formação de pus na ferida era um processo normal e fisiológico da cicatrização. Desse modo, se não se verificasse a presença de pus na ferida era importante induzi-la, o que levava à impregnação das feridas com produtos nauseabundos.

Os Árabes basearam as suas técnicas nos ensinamentos de Galeno. No entanto utilizavam outros produtos como a terebentina, fezes de lagarto e sangue de pombo, com o propósito de limparem a ferida. Como adstringentes, para reduzirem a quantidade de exsudado, usavam o mel cozido e a mirra. Na Idade Média, a Igreja Católica seguia Galeno o que impediu que até ao século XIX não se verificasse grande evolução. Contudo Teodorico de Luca afirmava que a formação de pus era indesejável, defendendo a utilização de pensos simples embebidos em arnica e vinho.

No século XVI, Ambroise Pare, entusiasta do pus louvável, utiliza o óleo fervente no tratamento de feridas em militares, mas a sua escassez levou-o a utilizar gema de ovo, óleo de rosas e terebentina, tendo feito descobertas surpreendentes: menos dores, menor inflamação e aumento da taxa de sobrevivência. O século XVII caracterizou-se pelas amputações e a crença de que se deveria restringir a alimentação ao doente com feridas.

Com a guerra no século XVIII, desenvolveu-se a indústria de pensos. Os panos utilizados como pensos eram lavados e reutilizados, tornando-se mais macios e absorventes.

O século XIX foi determinante para o tratamento de feridas. A guerra da Crimeia, por exemplo, teve um relevo particular quanto ao tipo de materiais, mas também ocorreram descobertas que tiveram particular relevo, como sejam: a descoberta do microscópio, por Leeuwenhoek, e com este a descoberta dos microrganismos; a anestesiologia, com Robert Liston, permitindo determinados tratamentos até então impossíveis devido à dor; Pasteur, em 1862, demonstra a presença de microrganismos, concluindo que a putrefação era devida à fermentação causada pelo seu crescimento; em 1880 é utilizada a primeira estufa de calor seco; em 1940 descobriram-se os primeiros antibióticos.

Hoje os materiais a utilizar no tratamento são diversos e têm particular preponderância no êxito da cicatrização, assim como o penso, que tem por finalidades proteger a ferida, fazer hemóstase, facilitar a absorção de secreções e exsudados, proporcionar ambiente adequado à cicatrização, impedir a propagação de infeção, aplicar localmente medicamentos e promover conforto físico e mental. Por outro lado, uma das tónicas atuais está centrada no uso de técnicas de assepsia na abordagem de qualquer solução de continuidade cutânea. O que impõe uma medida simples mas cuja eficácia é também indiscutível: a lavagem de mãos.



8.2. Fisiologia da cicatrização

Existem dois conceitos intrínsecos à reparação dos tecidos (substituição de células mortas por células viáveis que se processa por Regeneração ou por Substituição). Regeneração - as células novas são do mesmo tipo das que foram destruídas e há recuperação da função; e Substituição - desenvolvimento de um novo tipo de tecido, gerando cicatrizes e perda de função, dependendo do tipo de tecido envolvido e natureza da extensão do ferimento.

O processo cicatricial é constituído por quatro fases: fase vascular, fase inflamatória, fase proliferativa e fase remodelativa ou de maturação. Podemos ainda traduzir de forma gráfica a cicatrização, através de um

triângulo contendo em cada vértice os seguintes elementos: diferentes células (plaquetas, neutrófilos, monócitos, macrófagos, queratinócitos, fibroblastos e células endoteliais), mediadores (citoquinas ou citocinas) e formação da matriz extracelular. A taxa de cicatrização é influenciada pela irrigação sanguínea, oxigenação, flutuações da temperatura, localização e idade da ferida, stresse mecânico, extensão da perda de tecido, infecção local, tipo de tecido envolvido, corpos estranhos, tecido necrosado, maceração da pele e técnica cirúrgica.



8.3. Tratar a ferida

Tratar uma ferida pode requerer a intervenção de profissionais qualificados, enfermeiros, mas em algumas situações é possível que seja a própria pessoa ou outros, dotados de alguns conhecimentos e capacidades, a fazê-lo. Observar a ferida é um elemento chave para as decisões a tomar, nomeadamente das características do penso, da ferida e da pele circundante, dependendo a periodicidade da sua realização dos fatores observados.

A remoção do penso requer que se tenha observado previamente a sua aderência. Se estiver muito aderente, é fundamental a sua humedificação (ex. NaCl 0,9%) para facilitar o seu destaque com o menor trauma possível. Caso contrário, para além da dor que ocasiona, habitualmente prejudica a cicatrização por destruição da ação da angiogénese, arrancando os tecidos novos.

Nas instituições de saúde, o tratamento da ferida faz-se de acordo com

uma norma asséptica e respeitando procedimentos estabelecidos, mas em qualquer situação deverá ser realizada a lavagem das mãos após a remoção do penso de proteção e antes de se iniciar a execução do tratamento.

A observação da ferida deve ter em atenção a sua dimensão, o tipo de exsudado, os tecidos presentes e a pele circundante, bem como outros dados, como a presença de dor, que constituem excelentes indicadores da evolução do processo cicatricial, permitindo decidir sobre as medidas a implementar, como sejam os produtos e/ou os pensos a utilizar.

A lavagem das feridas é um aspeto fundamental, sendo mais ou menos consensual a utilização do soro fisiológico, por ser um produto neutro. Os movimentos devem ser únicos e unidirecionais, da zona mais limpa para a mais suja, devendo ainda proceder-se à lavagem da zona circundante, aproximadamente 1cm. No fim realiza-se a secagem, com compressas secas, seguindo os mesmos princípios. A utilização de antissépticos está sujeita à existência de uma indicação clínica.

Glossário

Pele - Componente do Sistema Tegumentar: Superfície natural mais externa do corpo, robusta e flexível, com funções relacionadas com a elasticidade, textura e espessura, no sentido de manter a camada queratinizada intacta, hidratada, macia e com temperatura adequada.

Ferida - Parte do Corpo Estrutural Comprometida: Lesão tecidular habitualmente associada a danos físicos ou mecânicos; formação de crosta e tunelização dos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta, ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal; aumento da temperatura da pele; odor; sensibilidade dolorosa aumentada.

Abrasão - Ação de desgastar por fricção.

Pele seca - Pele Comprometida: Epiderme áspera, com escamas, em risco de criar fissuras, sobretudo nas mãos, pés e sobre as proeminências ósseas.

Eritema por calor - Eritema: Erupção cutânea de eritema localizada em áreas cobertas por roupas apertadas e quentes ou em áreas expostas ao calor e à temperatura elevada.

Referências bibliográficas

BARANOSKI, S.; AYELLO, E. (2006) - *O Essencial Sobre o Tratamento de Feridas - Princípios práticos*. Loures: Lusodidacta.

DEALEY, C. (2006) - *Tratamento de Feridas - Um Guia para a Enfermagem*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

International Council of Nurses (2012) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* [Em linha]. [Consult. 20 Maio 2012], Disponível em http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/v3_0/search/

MANILA, L.; MANILA, A.; LEWALLE, P.; NICOULIN, M. (2000) - *Dicionário Médico*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. (2003) - *Enfermagem Medico-Cirúrgica - Conceitos e prática clínica*. 6ª Edição. Vol. II. Loures: Lusociência.

9. Educar para a saúde # A Promoção da Saúde, o Bem-estar e a Prevenção da Doença

Os objetivos dos cuidados de enfermagem ao longo do ciclo vital, são a prevenção da doença, a promoção dos processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a promoção da máxima independência nas Atividades de Vida Diárias (AVD), a procura da adaptação funcional aos deficits e a promoção da aprendizagem do cliente.

Logo, sendo o enfermeiro o profissional com formação específica para ajudar os clientes a alcançar o máximo potencial de saúde através da promoção da mesma, procuramos apresentar-vos uma grande área da nossa atuação "A PROMOÇÃO DA SAÚDE", através de demonstrações de rastreios (pressão arterial/pesquisas glicemia) e de debates sobre a importância da actividade física de rotina, da alimentação equilibrada e saudável, das condições de habitação, lazer e trabalho. Vem daí, imergir numa área interessante, arrojada e essencial da prestação de cuidados de saúde- A ENFERMAGEM.

9.1. Diabetes

A Diabetes é uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue (hiperglicemia). Na Europa existe cerca de 32 milhões de cidadãos portadores desta doença (10% da população total), sendo por isso a doença (não transmissível) mais comum (Busuttil, Morkunaitè-Mikulèniéné et al. 2009). Em Portugal, estima que (entre os 20 e os 79 anos) 11,7% da população seja portadora desta doença (Sociedade Portuguesa de Diabetologia 2010).

Espera-se que em 2030, 16,6% da população europeia seja portadora desta doença (Busuttil, Morkunaitè-Mikulèniéné et al. 2009). Ainda que não estejam esclarecidos todos os fatores de risco, sabe-se que a obesidade e o envelhecimento da população são fatores concorrentes para o seu aparecimento. Pelo que é de extrema importância, para o controlo desta doença, a adoção de estilos de vida saudáveis com uma alimentação equilibrada e exercício físico regular.

Uma glicemia em jejum (oito horas) superior ou igual a 126mg/dl, em duas ocasiões separadas de curto espaço, é um dado indiciador desta doença. Este valor da glicemia, habitualmente, é acompanhado por outras manifestações – sede constante e intensa; fome constante e difícil de saciar, fadiga, visão turva; urinar em grande quantidade e muitas vezes, dores de cabeça, emagrecimento rápido (Sociedade Portuguesa de Diabetologia 2010; Portal do Cidadão 2011).

Sendo uma doença crónica, uma vez que não existe cura, torna-se de extrema importância o seu controlo para evitar complicações. A pessoa portadora de diabetes deve ter uma alimentação equilibrada (com controlo na ingestão dos hidratos de carbono/calorias), ter uma prática de exercício físico regular, controlar os níveis de açúcar no sangue (glicemia) regularmente, fazer corretamente a toma da medicação e ter um plano de acompanhamento e monitorização da sua doença.

Na EU estima-se que cerca de dois terços das pessoas com diabetes não têm um controlo adequado da sua doença, o que leva a um risco acrescido de complicações como lesão renal (nefropatia), lesão da retina (retinopatia), lesão dos nervos do organismo (neuropatia), baixa de açúcar no sangue (hipoglicemia), açúcar elevado no sangue (hiperglicemia), doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, disfunção e impotência sexual, infeções (Busuttill, Morkunaitè-Mikulèniéné et al. 2009; Portal do Cidadão 2011).

O intervalo de valores da glicemia, dentro do qual se considera a doença controlada, deve ser definido em função da idade, tipo de vida, atividade física e existência de outras doenças. A pessoa portadora da diabetes deve diariamente analisar e vigiar a sua condição física (procurando manifestações da doença), controlar e adequar a ingestão de alimentos e coordenar com a atividade física. Juntamente com estas medidas, pode ser necessário vigiar os valores da glicemia, em diferentes momentos do dia. A vigilância é realizada através de testes ao sangue (teste de glicemia capilar). Este é a melhor forma de saber se a doença se encontra controlada e pode ser realizado pelo próprio ou por alguém que o substitua quando ele não é capaz.

Queres aprender a vigiar a glicemia capilar? Então deixamos-te aqui alguma informação que precisas saber. E conosco irás aprender a fazer!

9.2. Pesquisa de glicemia capilar:

Objetivo:

Avaliar o nível de glicose no sangue através de uma pesquisa capilar.

Orientações:

- Seguir as orientações dos profissionais de saúde.
- Seguir as orientações do fabricante na utilização da máquina de pesquisa (não esquecer a calibragem da máquina).
- Ver o prazo de validade das tiras químicas.
- Ver o código das tiras químicas.
- Seguir as normas de segurança na utilização de material perfurante (lancetas).

Considerações na execução:

- Selecionar um local seguro.
- Reunir o material que vai utilizar.
- Realizar lavagem das mãos com água e sabão.
- Colocar a pessoa numa posição confortável e segura.
- Averiguar a hora da última refeição.
- Averiguar a hora da última toma da medicação (insulina, antidiabéticos).

Bibliografia

ELKIN, M. PERRY, A. POTTER, P. - *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2.^a ed. Loures: Lusociência, 2005.

SWEARINGEN; P. L.; HOWARD, Cheri A. - *Atlas Fotográfico de Procedimentos de Enfermagem*. 3.^a ed. S. Paulo: Artmed, 1996. Cap. 3. p. 164-166.

PORTAL DO CIDADÃO. (2011). *Diabetes*. Retrieved 29.06.2012, 2012, from <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos> > Diabetes.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA (2010). *Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

10. Educar para a saúde # Promoção da saúde e o consumo na saúde

Até aproximadamente aos dois anos de idade quem decide o que comprar são os encarregados de educação (pais), procurando de acordo com os seus valores, cultura e poder económico, escolher o que consideram melhor para a criança. No entanto, a partir dos quatro anos a criança consegue memorizar spots publicitários, que pelas cores, formas, sonoridade e estímulo à fantasia, os produtos passam a constituir um desejo a concretizar.

Vivemos numa sociedade que transforma o descanso do trabalho em despesas de lazer, a compra numa festa, a venda numa arte e o consumo num espetáculo. Onde, no passado, a família era uma unidade de produção, agora está convertida numa autêntica unidade de consumo (Ministério da Educação, 2006).

Com efeito, foi o fabrico em série que estabeleceu que, nesta nova sociedade, o mais difícil não era produzir bens e serviços, mas criar consumidores.

Alguém observou que a sociedade de consumo começou no dia em que se descobriu que a produção em série tornou mais fácil fabricar produtos do que vendê-los. Daí em diante, a economia nunca mais se fundamentou no planeamento da produção, mas nos desejos ou expectativas dos consumidores. Ao nascer a necessidade de criar permanentemente a predisposição para comprar, entraram em cena métodos de estudo, inquéritos e sondagens para procurar avaliar os gostos e a preferência dos consumidores, também conhecidos por "estudos do conhecimento do comportamento do consumidor".

Vivemos num mundo globalizado. Assiste-se não só a intensos e complexos fluxos de pessoas e bens mas também de mensagens e imagens. As crianças e as pessoas em geral vivem atualmente numa

cultura em que a maior parte da informação, conhecimento e divertimento lhes chega por via dos meios de comunicação: televisão, internet, cinema, revistas, jornais ou rádio.

Para que as pessoas tomem decisões informadas é necessário estarem sensibilizados para a influência persuasora dos media, nomeadamente no poder que têm em estabelecer padrões e desejos de consumo.

Na saúde também a publicidade se faz sentir no consumo, basta pensarmos na quantidade de publicidade que nos invade sobre produtos dietéticos, cremes adelgaçantes e anti envelhecimento, alimentos e bebidas vendidas como saudáveis contendo em si toda uma multiplicidade de aditivos, corantes e edulcorantes.

10.1. Conselhos para um consumo sustentável

Compre menos

Todos os produtos, até um copo de água, incluem uma "bolsa ecológica" invisível, feita com a natureza, energia e consumo de trabalho. Antes de comprar seja o que for, devemos pensar se realmente precisamos desse produto.

Compre pequeno

Escolha produtos com uma embalagem pequena.

Compre inteligentemente

Os bens duradouros são muitas vezes trocados e substituídos antes de tempo (por exemplo, os telemóveis). Poder-se-ia, por exemplo, trocar o carro ao fim de 15 anos em vez de 7!

Compre o fácil

Evite produtos que trabalham a bateria ou a eletricidade, se não for necessário. Simplicidade e sobriedade são signos de beleza.

Compre perto

Comprar produtos locais reduz os danos ambientais resultantes do transporte e fortalece a economia.

Compre saudável

Compre produtos locais, frescos, produzidos por métodos biológicos, sem

corantes ou conservantes.

Compre justamente

Compre produtos provenientes de mercados justos e solidários, e de associações comerciais equitativas.

Compre com cuidado

Evite produtos sintéticos ou materiais produzidos por grandes empresas industriais. Muito frequentemente a legislação é feita de acordo com os interesses dos lobbies económicos, escondendo problemas de saúde e ambientais.

Compre honestamente

Evite produtos muito publicitados. Lembre-se que a publicidade também se paga.

Referências bibliográficas

Ministério da Educação (2006). *Educação para a Cidadania: Guia de Educação do Consumidor*. ISBN 978972742470.