

59 Nº1

JANEIRO-FEVEREIRO | 2016

SERVIR

REVISTA SERVIR | 59 Nº1 | JANEIRO - FEVEREIRO | 2016

Educação em Enfermagem

História da Enfermagem

EDITOR

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde

DIREÇÃO

João Paulo Nunes

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Cristina Mancussi e Faro
Andreia Silva
Beatriz Araújo
Elma Zoboli
Fernanda Trindade Lopes
Isabel Ferraz
João Mendes
José Amendoeira
Luís Lisboa Santos
Madalena Cunha
Maria de Fátima Martins
Margarida Vieira
Olivério Ribeiro
Rosa Maria Martins
Sandra M. Queiróz
Sérgio Deodato

ISSN: 0871-2379

DEPÓSITO LEGAL Nº 28340/89

INDEXAÇÃO

PubMed, indexada pela Medline desde 1984
(NLM ID: 860174)

CONSELHO EDITORIAL

Ana Paula Neves
Elisa Garcia
José Botelho
Mercedes Olazabal
Madalena Cunha
Maria Helena Cadete
Maria de Jesus Raposo
Olivério Ribeiro

ADMINISTRAÇÃO

Ana Paula Neves
João Paulo Nunes
Vanessa Machado

SITE E EMAILS

www.aceps.pt
geral@aceps.pt | revista.servir@aceps.pt

DESIGN GRÁFICO

Cristina Lima

A Direção da Revista agradece toda a colaboração que lhe queiram enviar, reservando-se o direito de publicar ou não. Em qualquer dos casos os artigos não serão devolvidos. Os artigos publicados são da responsabilidade dos seus autores, não comprometendo a Direção da Revista.

MEMBRO DA



Associação de Imprensa
de Inspiração Cristã

ÍNDICE

EDITORIAL	5
EDITORIAL	5
EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM EDUCATION NURSING	
RENASCERES*: UM MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA LITERACIA PARA A SAÚDE	7
<i>RENASCERES*: EMBODYING HEALTH CITIZENSHIP WITH A HEALTH LITERACY ARGUMENT</i>	7
DETERMINANTES DAS ATITUDES DOS JOVENS FACE AO AMBIENTE: CONTRIBUTOS PARA A EDUCAÇÃO MULTIDISCIPLINAR	17
<i>ENHANCER FACTORS DETERMINING YOUNG PEOPLE ATTITUDES TOWARDS ENVIRONMENTAL QUESTIONS: KEYS FOR MULTIDISCIPLINAR TRAINING</i>	17
HIGIENE DAS MÃOS: PERCEÇÃO DAS ATITUDES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM	22
<i>HAND HYGIENE: PERCEPTION OF NURSING STUDENTS' ATTITUDES</i>	22
IMPACTO DA FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS FORENSES	27
<i>IMPACT OF TRAINING IN FORENSIC SCIENCES</i>	27
HISTÓRIA DA ENFERMAGEM NURSING HISTORY	
A RELEVÂNCIA DA ACEPS NO PERCURSO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM	35
<i>THE ACEPS RELEVANCE IN THE HISTORICAL COURSE OF NURSING</i>	35
MARIA INÊS STILWELL, FUNDADORA DA ACEPS (1914-2001)	40
<i>MARIA INÊS STILWELL, ACEPS'S FOUNDER (1914-2001)</i>	40
CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO INÍCIO DO SÉCULO XX	47
<i>NURSING CARE IN MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRY IN THE EARLY TWENTIETH CENTURY</i>	47
PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS	55
<i>CHILDBIRTH AT HOME IN PORTUGAL: PRACTICES BETWEEN THE FORTIES AND SIXTIES TO NOWADAYS RECOMMENDATIONS</i>	55
PERSPETIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL (1962)	67
<i>PERSPECTIVE OF PUBLIC HEALTH NURSING IN PORTUGAL (1962)</i>	67

ÍNDICE DE AUTORES

Alexandra Esteves, 47	Isabel Bica, 22, 55
Ana Andrade, 22	
Analisa Candeias, 47	José Amendoeira, 67
António Dias, 17, 22	
	Luís Sá, 47
Carlos Albuquerque, 17	Luis Saboga-Nunes, 7
Carlos Subtil, 40	
Cristina Oliveira, 17	Madalena Cunha, 7, 17, 27, 55
	Manuela Ferreira, 55
Elisa Garcia, 67	Margarida Vieira, 35
Elsa Loureiro, 17	Mauro Coelho, 27
Estudantes 26ªCLE, ESSV, IPV, 55	
	Otilia da Silva Freitas, 7
Graça Aparício, 55	
	Rosa Martins, 22
Helena Moreira, 22	Rui Libório, 27

EDITORIAL

A renovada iniciativa de promover a Enfermagem, enquanto ciência e profissão e assumir nesse processo uma postura humanista, alicerçada em valores éticos fundamentais e constitucionais, compromete a **Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS)**, enquanto uma das mais antigas associações profissionais de enfermagem, em Portugal.

O retomar de uma opção editorial da ACEPS, é um imperativo, na medida em que a Revista Servir é detentora de créditos, herdeira de eloquentes competências e, retrato do melhor que foi existindo na Enfermagem Portuguesa ao longo de sessenta e quatro anos.

O núcleo das intenções que a presente publicação sustenta é: *Enfermagem: Conhecimento; Acção; Transformação*. Visamos contribuir para o Conhecimento, através da disseminação do saber, que suporta a Acção baseada na evidência mas, também, e de uma forma prioritária, a qualificação e aprofundamento do diálogo social e interdisciplinar. Assim começa a *Transformação*. É imperativo contribuir para a divulgação social de uma profissão “discreta”, pouco afirmativa no que respeita à fundamentação do valor intrínseco dos seus atos. Importa inaugurar uma nova etapa de tensão laboral, não exclusivamente de cariz sindical, mas sustentada pelo diálogo da racionalização custo/benefício. O nível académico e científico da formação e do exercício profissional, estão num profundo desequilíbrio relativo, quando os comparamos com a imagem social da profissão. E, a imagem da profissão é, muitas vezes, um sério entrave a um mais substancial contributo da ciência da Enfermagem, para a transformação estrutural, que todos sabemos necessária.

Orientamos, pois, toda a nossa energia produtiva para uma dialética, acção-reflexão-acção, que é o motor e fundamento de qualquer mudança em qualidade.

Dois grandes propósitos, que nos comprometem: Primeiro - A Academia e a Clínica não estarão dissociadas. Sabemos que nenhuma profissão se desenvolve, sem uma sólida base teórica e sem um destemido investimento no estudo da sua Epistemologia. Mas é igualmente verdade que a Clínica nos fornece a visão de uma realidade que a Teoria não consegue antever e, a possibilidade de a transformar.

Nesta integração, conseguiremos uma diversidade homogénea, em que todos os enfermeiros se sintam representados.

Segundo - Chegou o tempo e a ocasião de afirmar de forma destemida e autêntica, que a Enfermagem é uma Ciência do Viver. Durante muito tempo associou-se a Enfermagem às Ciências da Vida. A Vida é uma característica transversal a todos os Seres. O Viver é a idiossincrasia que caracteriza cada Pessoa. A esta Pessoa nos dirigimos e, por ela, existimos.

João Paulo Batalim Nunes

EDITORIAL

The renewed initiative to promote nursing as a science and a profession, and assuming in this process a humanistic approach, based upon essential and ethical constitutional values, compromises **Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS)** while one of the oldest nursing professionals association in Portugal.

The return of a publishing option from ACEPS, is an imperative, to the extent that Servir Journal holds credits, heir eloquent skills and is a portrait of the best that has existed in the Portuguese Nursing within sixty-four years.

The core of the intentions supported by this publication is *Nursing: Knowledge; Action; Transformation*. We aim to contribute to Knowledge, not only by its disseminating that supports the Action based on evidence, but also, and as a priority, improving and deepening the social and interdisciplinary dialogue. Thus begins the *Transformation* process. It is imperative to contribute to the social disclosure of a “discreet” profession, unassertive in what concerns the basis of the intrinsic value of its actions. It is important to introduce a new stage of labour tension, not only of trade-union nature but supported by the dialogue of cost / effectiveness streamlining.

The educational and scientific level of the vocational training and the professional practice are in a deep relative unbalance when compared with the social image of the profession. And the image of the profession is often a serious challenge to a more substantial contribution of the Nursing science to one structural transformation which, we all know is urgently required.

We, therefore, direct all our productive energy to adialectic, action-reflection-action path which is the engine and the foundation of any change in quality.

There are two great purposes, to which we are committed to: First- The Academy and the Clinic will not be disassociated. We know that no profession is developed without a solid theoretical basis and without an undaunted investment in the study of its Epistemology. But it is equally true that the clinic allows us to have a vision of the reality that Theory cannot predict and to have the ability to change it. In this integration, we will get a homogeneous diversity, where all the nurses feel themselves represented.

Second - The time and the opportunity have come to affirm fearlessly that Nursing is a Science of Living. For a long time Nursing was associated with Life Sciences. Life is a cross-cutting feature of all Beings. Living states the idiosyncrasy that characterizes every Person. We direct ourselves to this Person and we do exist, moved by It.

João Paulo Batalim Nunes

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM
EDUCATION NURSING

RENASCERES®: UM MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA LITERACIA PARA A SAÚDE

59 Nº1 | REVISTA SERVIR | 2016 | 7 - 15

RENASCERES®: UM MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA LITERACIA PARA A SAÚDE**RENASCERES®: EMBODYING HEALTH CITIZENSHIP WITH A HEALTH LITERACY ARGUMENT***Luis Saboga-Nunes¹**Otilia da Silva Freitas²**Madalena Cunha^{3,4}*¹Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde, CISP, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa²Universidade da Madeira – Escola Superior de Saúde³CI&DETS, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Saúde de Viseu⁴CIEC, Universidade do Minho, Portugal**RESUMO****INTRODUÇÃO**

Neste artigo exploram-se os conceitos de saúde, literacia para a saúde e cidadania em saúde. A partir de uma discussão focando a sustentabilidade social é integrado o paradigma salutogénico e o constructo do sentido de coerência como estruturas de pensamento e ação na concretização do devir social.

DESENVOLVIMENTO

Utilizando uma metodologia de tracer focando a cessação tabágica é feita uma aplicação deste paradigma ao exercício da cidadania em saúde. Articulado um conjunto de recursos gerais de resistência, que na linguagem do paradigma salutogénico são os elementos favoráveis à negantropia, é desenvolvida uma abordagem focalizando a máxima funcionalidade, identificada nas letras do acrónimo renasceres®.

CONCLUSÕES

Cada letra do acrónimo renasceres® representa um domínio de intervenção no âmbito da promoção da saúde que, numa perspetiva salutogénica, acentua a progressão da pessoa rumo ao polo de máxima funcionalidade: Resiliência, Exercício, Nutrição, Água, Sol, Confiança, Equilíbrio, Repouso, Empoderamento e Sentido de coerência. Deste modo contribui-se para uma discussão de boas práticas no campo da promoção da literacia para a saúde (www.literacia-saude.info) favorável ao exercício de uma cidadania em saúde que contribua para a sustentabilidade ambiental, social e cultural.

PALAVRAS-CHAVE

Literacia para a saúde renasceres; Salutogénese; Sentido de coerência; Cidadania em saúde

ABSTRACT**INTRODUCTION**

The concepts of health, health literacy and health citizenship are introduced in a discussion focusing social sustainability. The argument uses contributions of the salutogenic paradigm and the sense of coherence construct as structures of thought and implementation for the recognition of social teleonomy.

DEVELOPMENT

Health citizenship embodiment is explored with a tracer methodology (focusing smoking cessation). General resistance resources induce a negentropic movement towards maximum functionality that can be achieved through the renasceres®10 steps program.

CONCLUSIONS

Each letter of this acronym represents a health promotion domain, within the salutogenic perspective, that highlights the citizen movement towards the pole of maximum functionality: Resilience, Exercise, Nutrition, Aqua (Water), Sunshine, Confidence, Equilibrium, Rest, Empowerment and Sense of Coherence. A discussion of best practices in health literacy implementation (www.literacia-saude.info) can help drive the assertiveness about health citizenship that contributes to environmental, social and cultural sustainability.

KEYWORDS

Health literacy renasceres; Salutogenesis; Sense of coherence; Health citizenship

INTRODUÇÃO

A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA EM SAÚDE

A saúde é um dos pilares que escora a vida. E a vida só é sustentável quando ela se institui em sociedade. Assim, para que este pilar se estabeleça, é necessário, primeiramente, que ele faça parte dos planos que definem e constroem a sociedade; depois, importa que os executantes do projecto social sejam garantes da permanência do seu foco, cumprindo a translação do sentir social em devir material, na afirmação da identidade de um povo.

No entanto, esta afirmação, que parece não ser posta em causa no quadro do que hoje é discutido como componente dos aspetos básicos da existência humana, obriga a uma reflexão sobre o que entendemos por saúde. Sem esta análise, e posterior consenso sobre cada uma das suas representações sociais, compromete-se a natureza e a identidade do pilar em referência. Ora, se no processo de uma construção, ou mesmo após o seu término, se decide questionar a existência e a natureza de um dos seus pilares, um dos riscos que assumimos é o de assistirmos à própria derrocada da construção.

Mas nem sempre o questionamento que podemos fazer sobre a identidade do conceito saúde implica necessariamente uma derrocada do modelo social que decidimos construir. Vivemos um momento de oportunidade de mudança na nossa sociedade, e temos conhecimento acumulado que, ao ser aplicado (talvez por força das circunstâncias), pode marcar positivamente o próximo futuro. Questionar a existência e a identidade deste pilar, considerado no passado como fundamento do pacto social que construímos visando a promoção da sustentabilidade da sociedade portuguesa, pode ser uma oportunidade para a própria sociedade renascer para novos patamares de bem-estar. Não é por acaso que vivenciámos 1974 com a vontade de garantir um novo modelo social para o devir da identidade portuguesa em termos da saúde. Discutimo-lo, e consensualizámos que reconhecíamos a saúde como um direito de cada Português. Rejeitámos a noção de que a saúde era um bem transacionável, sujeito à garantia de um seguro que definia a extensão da sua cobertura. No entanto, não discutimos nem consensualizámos o que significava saúde, de modo a clarificar bem a essência desse pilar.

Embarcámos, então, numa aventura com mais de 40 anos! O leme da embarcação confiámo-lo a kibernéticos (que na mitologia grega se apoderavam das embarcações conduzindo-as com os seus poderes mágicos pelos mares encapelados até porto seguro), acreditando de que sabiam para onde queríamos ser levados. Prestaram o seu serviço dentro de parâmetros que muitas vezes eram desconhecidos por nós, os passageiros embarcados e, talvez até, pelos tripulantes endossados. Uma das características que marca a nossa jovem democracia é a indulgência com que encarámos, ano após ano, orçamentos da saúde que derraparam- sem que se soubesse muito bem se era de reprovar ou alimentar essa prática dos kibernéticos. Mas, os

ventos pareciam favoráveis, o dinheiro era barato e a viagem prosseguiu. Sentia-se até um consenso silencioso de todos os quadrantes da política nacional, que se estabelecia em torno da ideia de que, sendo um pilar da nova sociedade, importava investir na saúde o que era solicitado por quem de direito recebia o mandato de kiberneticar.

É nesta viagem que fomos apanhados por uma tormenta - anunciada, mas pouco acautelada. Os recursos foram declarados escassos. A saúde e os outros pilares sociais foram escrutinados. Parecia que os bons ventos tinham mudado de direção, e agora nos debatíamos em saber para que rumo apontar as velas.

Enquanto o furor da tempestade continuar, talvez seja oportuno pensar nas soluções que podem ser desvendadas por detrás do signifiante saúde, pois esta procura contribuirá para encarar o futuro desta navegação com otimismo. Não devemos permanecer na tormenta. Teremos de continuar viagem e atravessar este cabo das tormentas.

De que estamos a falar quando o signo saúde se estabelece? Que significado se dá a este signo? Que signifiante tem o conceito saúde quando se estabelece o devir social? Faz sentido analisar a construção social que cada um de nós- como cidadã/o- constrói. Nesse plano, ativamos recursos pessoais e coletivos de modo a potenciar a sua materialização, passando do signo saúde para o signifiante saúde socialmente sustentável.

No contexto português, o significado de saúde implicou, por exemplo, o desenvolvimento de uma extensa rede de unidades destinadas ao tratamento da doença. Ao fim de tantos anos de investimento e múltiplos orçamentos da saúde falhados, é fácil perceber que no lugar de um "SNS" temos antes um "SND"¹. Isto é, temos um verdadeiro Serviço Nacional de Doença! Formámos o significado da saúde pela sua antítese: esforçámo-nos em garantir o cumprimento teleonómico da OMS afirmando que "a saúde não é só a ausência de doença ou de enfermidade...." Este esforço para eliminar a doença ou enfermidade, mantém-se na primeira linha do investimento da sociedade portuguesa.

No entanto, por mais sofisticado e eficiente que seja o SND, ele não cobre a segunda componente da definição de saúde que a instituição atrás referida apresenta, quando afirma que a saúde é também "...o completo bem-estar físico, mental e social".

Seguindo este objetivo, somos confrontados com um projecto social não alcançado, e porventura jamais possível de atingir: Como oferecer- porque é um direito- a 10 milhões de cidadãos o "completo bem-estar físico, mental e social", se ainda nem conseguimos garantir a "ausência de doença ou enfermidade"? Por outras palavras qual é então a identidade da cidadania em saúde?

PODER PARTILHADO, LITERACIA PARA A SAÚDE E CIDADANIA EM SAÚDE

No modelo que presidiu à construção do SND existe uma assimetria de poder que se estabelece entre os participantes da

RENASCERES®: UM MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA LITERACIA PARA A SAÚDE

sua execução, ou seja entre especialistas e doentes.

É porventura aqui que se encontra um dos aspetos da nossa sociedade que viu acentuar uma desvinculação entre estes atores sociais. Por um lado, os especialistas com o conhecimento pleno e soberano entrincheiram-se atrás do seu estatuto. Constroem uma linguagem própria, hermética, inacessível ao objeto da sua prática (o doente). Por outro lado, o cidadão que aspira a compreender como ultrapassar um estado de doença (preocupando-se, talvez, com a sua saúde, quando a sua negação - i.e. a doença - ocorre), vê-se diminuído no papel que pode desempenhar nesse processo, tonando-se mero executor de instruções. Neste processo, de solução desvinculada, somam-se vários resultados adversos como seja, por exemplo, a fraca adesão à terapêutica do doente português!

Na procura de soluções, enquanto se explora o caminho para se voltar a pôr a embarcação em condição de navegar, emerge a discussão do significado de cidadania, e, em particular, de cidadania em saúde². A noção de que hoje o cidadão é um ator social e não unicamente uma figura portadora de direitos ou deveres desconexos extravasou para o campo da saúde (e da doença), passando-se a considerar o cidadão um ator comprometido e envolvido, para além do mero cumpridor de instruções do especialista. Assim, emergiram novos conceitos na linguagem comum (e.g. literacia em saúde), assumindo alguns deles uma preponderância tal que, qual moda vanguardista, se encrustaram no discurso político (e.g. Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados).

Ora, se por um lado, a expressão literacia para a saúde parece ser atrativa, adaptando-se bem ao modelo de responsabilização partilhada pela saúde, ela enferma em Portugal de três complexas questões que podem vir a esvaziar-la de sentido na busca do seu significante: 1) o discurso confunde literacia para a saúde com literacia em doença, banalizando-se o seu impacto; 2) não está claro quem são os atores e que recursos existem que irão promover essa literacia para a saúde, podendo facilmente engendrar-se um gigantesco movimento "blame the victim", tão apropriado aos tempos de crise, na procura dos bodes expiatórios; 3) não se explicita o que materializa ou como se corporiza a constructo "literacia para a saúde" que, para além do trabalho concetual abstrato realizado (e.g. HLS-EU³), não se afirma com um corpo de conhecimento científico coerente e acessível ao exercício da cidadania em saúde.

DO PARADIGMA À PRAXIS EM SAÚDE

A discussão do conceito de literacia para a saúde no contexto da cidadania em saúde está hoje a dar os seus primeiros passos. Primeiramente, e antes de mais, importa chegar a uma definição do que é saúde, para que depois se possa dar o passo seguinte: definir literacia para a saúde. Usaremos uma metodologia de

trazer para explorar o argumento desta discussão, considerando a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade na atualidade: o uso do tabaco e a cessação tabágica.

Fumar é hoje reconhecido como uma fonte patológica de inúmeras doenças e disfunções que mobilizam vastos recursos do SND. É mesmo considerado na CID10 como uma doença. No entanto, será esta a representação social que encontramos entre aqueles que fumam, i.e., consideram-se eles "doentes", (segundo a conceção apresentada pelos especialistas do SND)? Há, assim, provavelmente, um conflito de significantes entre os atores principais envolvidos nesta questão. Para uns, talvez a cidadania em saúde represente o direito de fumar, no sentido de que o signo fumar expresse a sua liberdade e identidade; a sua tranquilidade e a busca de bem-estar. Para muitos destes ser fumador não é ser doente. Para outros, o prejuízo social (em gastos que o SND tem de cobrir) e/ou o prejuízo para a saúde, talvez expresse a negação do signo saúde. Este poderia ser o primeiro nível de trabalho que divide no discurso (e logo no modo de lidar com o tema) os especialistas do cidadão fumador.

Sabe-se, também, que travar a entrada de crianças e adolescentes na contabilidade dos fumadores ou ajudar fumadores a parar de fumar, pode ter um efeito significativo na fatura futura do SND, diminuindo-a. Porém, e mais uma vez, que significante acompanha uma ação de educação para a saúde (feita por especialistas, com o seu discurso patológico) na mente do adolescente fumador, quando, para ele, fumar é a porta de entrada na inclusão de seu grupo social, sendo que esta conceção é entendida como um forte argumento de saúde social?

Que investimentos foram ou estão a ser feitos, do lado da saúde, no esforço de equacionar um futuro com menos fumadores em Portugal? Que ligação tem este investimento com o conceito de cidadania em saúde? Que construção de literacia para a saúde está a ser feita para potenciar a cidadania em saúde?

É relevante a consideração de cada uma das questões, uma vez que, de acordo com os dados nacionais, não parou de aumentar a prevalência de fumadores nos diferentes grupos de mulheres, de jovens, e de jovens adultos no nosso país no decorrer das últimas duas décadas. Atendendo a isto, só pela via do uso do tabaco, antevê-se facilmente um aumento da despesa do SND dentro de alguns anos, pois as intenções de travar este flagelo parecem não estar a resultar. Poderíamos alargar a discussão projetando-a na dimensão do feminino, quando o cancro do pulmão compete hoje com o cancro da mama, considerado o principal flagelo oncológico da mulher portuguesa. E a questão surge de novo: o que está a ser feito em termos do investimento no SNS para evitar que cada adolescente, ou jovem adulta, se conscientize da relevância de viver uma cidadania com mais saúde se abdicar do uso do cigarro?

RENASCERES®: UM MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA LITERACIA PARA A SAÚDE

Provavelmente, a primeira etapa seria uma análise consequente do conceito de saúde. No lugar da definição atrás indicada da OMS, que acentua uma perspetiva na qual há lugares marcados (onde o estatuto de ser/estar doente ou saudável são definidos pela organização social atual que estabelece esses lugares marcados com padronizações como a CID10), a saúde deveria ser entendida como um contínuo. Em vez de *elementos distintos, a saúde e a doença são integradas num contínuo disfuncionalidade/funcionalidade máxima (ease-(dis)ease) no qual todos os indivíduos estão incluídos, progredindo ou regredindo nele em relação aos seus polos*^{2,3}. Com base no modelo entrópico, a saúde é a ação estratégica do cidadão na gestão de recursos rumo à negantropia². No lugar da homeostase (do modelo bio-médico) encontramos a heteroestase (do modelo salutogénico) como condição natural que dá suporte a esta definição.

Quanto à Literacia para a Saúde, esta pode ser definida como *“a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde”*^{4,5}.

Colocar esta discussão num momento de saída da emergência nacional, em que os credores externos analisaram o uso de cada euro emprestado para garantir que pilares como a saúde não colapsem, não só é oportuno, como pode constituir um argumento de sustentabilidade social de esperança no futuro. Aliás, este questionamento é um apelo da própria OMS: a necessidade prioritária da introdução de um novo paradigma, que vá em busca das origens da saúde para garantir que cada cidadã/o catapulte a sua vida na concretização do bem-estar e da autorrealização. Isto só é possível fazer através de um novo paradigma que poderá vir a determinar a expressão da cidadania em saúde.

A CIDADANIA EM SAÚDE É PODER DESENVOLVER CAPACIDADE DE COMPREENSÃO

A resposta a este desafio pode ser encontrada no **paradigma salutogénico**⁶. Este modelo operacionaliza-se na construção do sentido de coerência (SCO)⁶ de cada cidadã/o. O SCO é *uma orientação global que define a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara os estímulos emanados do meio interno ou/externo da sua existência como estruturados, previsíveis e explicáveis* – isto designa-se **capacidade de compreensão**⁶, primeira força determinante (ver Fig 1).

Fig 1: integração do conceito da literacia para a saúde no âmbito do paradigma salutogénico e do Paideia Proposal (educare/educere). Fonte: Saboga-Nunes L, et al. (2016). *Literacia para a saúde e a construção da cidadania*. in *Conhecimentos Valores e Práticas no Ensino de Ciências e na Educação em Saúde*. (M. Araújo, E. Boff, & G. Carvalho, Eds.). - Ijuí : Ed Inijui. ISBN 978-85-419-0190-1, p 57-65



Na navegação, que hoje fazemos, não podemos continuar a tratar o cidadão (se o queremos participante ativo) numa assimetria de poder que caracteriza ainda alguns dos sectores do SND. Integrar o cidadão no processo de decisão, de adesão à terapêutica, de prevenção dos riscos e promoção da sua saúde, são incontornáveis. Por isso, é fundamental aumentar a sua capacidade de compreensão. O papel dos especialistas deve, então, incluir a dimensão do empoderamento do cidadão sem a qual o desenvolvimento da capacidade de compreensão não acontecerá.

Este reforço da capacidade de compreensão leva a compreender a relevância de que não há pessoas doentes ou pessoas saudáveis (como se de lugares marcados pudéssemos falar), mas que existem pessoas que fazem investimentos negantrópicos (na sua saúde) e podem potenciar no seu dia-a-dia a sua máxima funcionalidade. Isto contribuirá para reforçar a adoção (por exemplo) de estilos de vida saudáveis.

A este nível, a indagação que se coloca é se esta adoção é uma expressão da cidadania em saúde. E ainda: qual é o signifiante que melhor exprima o conceito estilos de vida saudáveis? A resposta a esta pergunta alicerça o movimento de cada um, rumo ao polo de máxima vitalidade, usufruindo da saúde que obtém. Mas, ao investir-se em estilos de vida saudáveis contribui-se igualmente para a sustentabilidade social: imagine-se um planeta em que pessoas com excesso de peso se tornassem mais ativas combatendo a sedentariedade? Assim, a questão que se coloca é: que literacia para a saúde é necessária para uma cidadania em saúde?

É neste contexto que a literacia para a saúde no seu interface com a salutogénese (busca das origens da saúde- salus=sáude + genesis= origem) se pode constituir como um vetor estratégico para potenciar essa cidadania em saúde, um movimento negantrópico a partir do reforço da capacidade de compreensão.

A CIDADANIA EM SAÚDE É PODER DESENVOLVER CAPACIDADE DE GESTÃO

Uma segunda força determinante do paradigma salutogénico (que vai na busca das origens da saúde) é o reforço da capacidade

RENASCERES®: UM MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA LITERACIA PARA A SAÚDE

de gestão⁶. Esta capacidade exprime-se pelo sentimento de que o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas pelos estímulos mencionados⁶. Evidentemente, que o cidadão pode ser sensibilizado para a existência de tais recursos: não estamos a falar só (e mantendo o mesmo exemplo) do facto de que existem consultas de cessação tabágica disponíveis, que o podem ajudar a gerir um processo de cessação tabágica. Estamos num âmbito mais vasto, que inclui, por exemplo, o estímulo para fumar o primeiro cigarro. Ajudar o indivíduo a entender que tem ao seu alcance recursos para fazer face a esse estímulo, não fumando, como seja uma auto-estima construída no seu valor intrínseco e não no espelho da aceitação do grupo de pressão que lhe força o caminho para o primeiro cigarro, revela-se fundamental. Aqui, a questão possível de colocar é: quem são os atores sociais disponíveis e com competências para auxiliar o cidadão a construir a sua capacidade de gestão?

Fig 2 Níveis de literacia para a saúde em oito países europeus incluindo Portugal. Fonte:

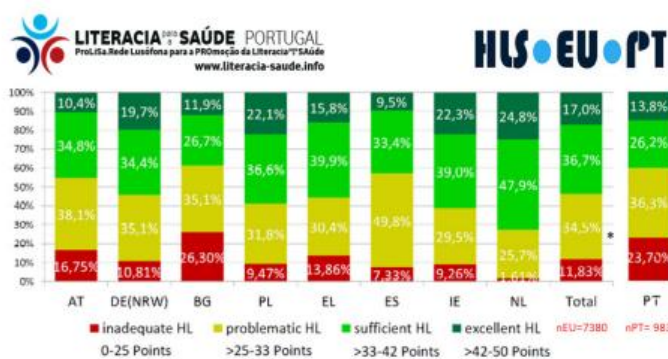
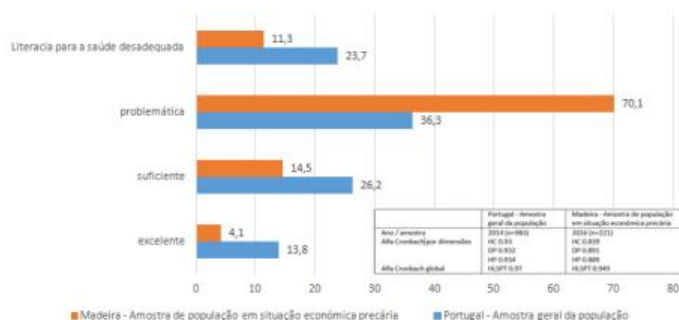
Sorensen, K., Pelikan, J. M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 1–6. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Saboga-Nunes; Health paradigms, health literacy and policy: driving the wheel of public health reform. [abstract]. Paper presented at the II World conference on health research, 1, 7-8 Out 2014, Viseu, Portugal. *Atención Primaria*, 46, 11.

um indicador crítico. Nesta amostra quando se tentou comparar a avaliação dos inquiridos face à compreensão do que dizem médicos e enfermeiros, contata-se que 20,4% dos médicos e 10,9% dos enfermeiros são considerados na categoria “difícil”, entre quatro níveis de resposta (muito difícil, difícil, fácil, muito fácil). Para as categorias “fácil e muito fácil” 77,9 e 86% das respostas espelham as opiniões dos inquiridos, respetivamente sobre os médicos e os enfermeiros.

Health paradigms, health literacy and policy: driving the wheel of public health reform

Fig 3: Níveis de literacia para a saúde em Portugal continental (n=983) e na região da Madeira (população em privação económica) (n=221) (%). Dados do estudo HLS-EU-PT (www.literacia-saude.info). Fonte: Saboga-Nunes; Health paradigms, health literacy and policy: driving the wheel of public health reform. [abstract]. Paper presented at the II World conference on health research, 1, 7-8 Out 2014, Viseu, Portugal. *Atención Primaria*, 46, 11.



No estudo recentemente realizado na Madeira (ver Fig 3) envolvendo pessoas em condição de precariedade (n=221) numa zona marcada pela privação económica, constata-se que os seus níveis de literacia para a saúde são significativamente mais baixos dos que os níveis da amostra da população do continente (Ver Fig 1) e de outros países europeus. Enquanto em Portugal, no continente, 60% da amostra apresentava níveis precários de literacia para a saúde, esses valores subiam para 81,4% na amostra da Madeira (ver Fig 3).

Por outro lado, há um aspeto que pode merecer algum realce nesta pesquisa dos atores sociais que poderiam melhor ajudar o cidadão a construir a sua capacidade de gestão. A literacia para a saúde faz-se através do processo de comunicação e sua compreensão, numa primeira fase. Compreender o que se diz, é

A discrepância, que estes atores principais do campo da saúde apresentam neste estudo, configura um trabalho profundo que precisa de ser desenvolvido de promoção da literacia para a saúde, quando temos em conta o reforço da capacidade de gestão do cidadão. Primeiramente, porque a sua formação na generalidade, foi desenvolvida mais no âmbito da doença e sua gestão. Há, por isso, um enorme trabalho que necessita de ser desenvolvido no projeto da construção de uma cidadania em saúde, que passa logo por encontrar os atores principais vocacionados (pela sua formação de base) para tal empreendimento, e equipados com os recursos necessários (e.g. tempo) para levar a bom porto a sua tarefa. Temos mesmo de considerar que, sem este debate convenientemente feito e aplicado na adaptação de currículos vocacionados para este fim, atirar-se-á a responsabilidade desta discussão, tão na moda, da literacia para a saúde, para os ombros de quem nem por formação nem por competências gestionárias de tempo está empoderado para a concretizar. Consequentemente, corremos o risco de ver a moda passar (sem que o efeito pretendido tenha sido encontrado) ou, ainda mais grave, atirar as responsabilidades para (algum d)os atores principais.

Deve ser salientado que estes inquiridos da amostra aqui referida na Madeira, não estariam a referir-se a estes dois grupos profissionais no estrito senso do conceito saúde, mas

RENASCERES®: UM MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA LITERACIA PARA A SAÚDE

muito provavelmente focados na sua negação, i.e., na doença - que os levou a interagir com médicos e enfermeiros. É relevante por isso salientar que a aplicação da capacidade de gestão no campo da saúde vai muito mais além do que a correta gestão da doença. Isto é, a promoção da saúde tem em conta aspetos como o uso correto do sol, a toma diária de água: dois exemplos de um vasto leque de princípios ativos que estão na origem da saúde como estratégia negantrópica.

Mas que literacia existe sobre estes princípios ativos da saúde? Sabe-se que a ingestão de água tem impacto na diminuição dos custos do SND nos EUA onde um milhão de dias de hospitalização e mil milhões de dólares em cada ano poderiam ser economizados, se pessoas de idade maior bebessem água suficiente. Provavelmente não o fazem porque têm a sua capacidade de gestão comprometida. Este e outros exemplos poderiam ser aqui desenvolvidos apontando para a necessária mudança de paradigma se pretendemos discutir cidadania em saúde.

A CIDADANIA EM SAÚDE É PODER DESENVOLVER CAPACIDADE DE INVESTIMENTO EM SAÚDE

Finalmente, a terceira componente do sentido de coerência considera o desenvolvimento da **capacidade de investimento**⁶. Esta capacidade, vista como o *cerne do empenho de qualquer um de nós em considerar as exigências dos estímulos da vida (externos ou internos) como desafios que merecem o nosso empenho*⁶, levará à catalisação do investimento do indivíduo nesta reserva de força positiva para a mudança. A prossecução da cidadania em saúde é um investimento que é preciso fortalecer e desenvolver em cada pessoa.

Assim, perante um cigarro - ou qualquer outro exemplo que quisermos considerar - existem três capacidades a desenvolver, como garante da potenciação da saúde de um indivíduo e da sua cidadania ativa: com a **capacidade de investimento** ele investe-se e empenha-se em escolher o que contribuirá para a sua saúde, i.e., que melhor concorrerá para a negantropia (por exemplo: não fumar; optar por uma alimentação com menos produtos refinados). Com a sua **capacidade de gestão** ele catalisa recursos para prosseguir na sua afirmação da busca da saúde (por exemplo, bebendo diariamente a água de que o seu organismo necessita, não só porque o ajudará a diminuir a síndrome de privação de nicotina (flagelo que faz recair tantos fumadores no seu antigo hábito de fumar), mas também porque, sem ela, se comprometem todas as outras funções do seu organismo, aumentando a sua entropia). Contudo, para que este investimento e esta gestão possam acontecer ao nível das decisões, das atitudes e comportamentos que determinam a busca das origens da saúde, a **capacidade de compreensão** deve ser reforçada. Aqui a literacia para a saúde desempenha um papel primordial na corporização da cidadania em saúde.

RENASCERES® DO PARADIGMA À PRAXIS DA CONSTRUÇÃO DA LITERACIA PARA A SAÚDE

O modelo renasceres^{®7} foi desenvolvido para estruturar a construção da literacia para a saúde em 10 passos (e.g. em cessação tabágica) através do reforço das capacidades de compreensão, gestão e investimento. Pretende-se assim reforçar, com o sentido de coerência, as origens da saúde contribuindo para incrementar a negantropia no exercício da cidadania em saúde⁶.

Isto é conseguido articulando um conjunto de recursos gerais de resistência que, na linguagem do paradigma salutogénico, são os elementos favoráveis à negantropia, para a promoção da saúde. É assim desenvolvida uma abordagem focalizando a máxima funcionalidade, promovida através de recursos gerais de resistência identificados nas letras do acrónimo renasceres[®]. Cada letra deste acrónimo representa um domínio de intervenção de literacia para a saúde no âmbito da promoção da saúde que, numa perspetiva salutogénica, acentua a progressão da pessoa rumo ao polo de máxima funcionalidade: Resiliência, Exercício, Nutrição, Água, Sol, Confiança, Equilíbrio, Repouso, Empoderamento e Sentido de coerência⁷.

OS 10 PASSOS DA METODOLOGIA RENASCERES®

Embora a discursividade sobre o tema da literacia para a saúde, explorando o seu significado, tenha invadido o nosso imaginário, a literatura é escassa na explicitação do seu significante. Assim, e contribuindo para fomentar esta discussão sobre o significante de literacia para a saúde, foi desenvolvida a metodologia renasceres[®]. Consistindo em 10 passos, esta metodologia foi aplicada a um processo de conquista de mais saúde (maior funcionalidade) através da cessação tabágica⁷. Parar com o tabaco é hoje abordado prioritariamente de modo patogénico no SND, considerando o ato de fumar como uma doença. Consequentemente, um arsenal de estratégias e moléculas foi desenvolvido procurando os princípios ativos para desenvolver o processo de cessação tabágica. Podemos dizer que emergiram duas grandes variantes: a da desabitação tabágica e a da cessação tabágica. Os profissionais de saúde dividem-se entre estes dois grupos, na procura do melhor caminho para acabar com esta patologia.

Alternativamente, o método renasceres[®] em vez de assumir o significante doença atribuído ao ato de fumar, olha para o cidadão não como um doente mas antes como alguém que, no contínuo "disfuncionalidade <-> máxima funcionalidade", procura aproximar-se do polo de máxima funcionalidade. De modo a apoiar esse movimento, o cidadão é convidado a dar 10 passos

segundo os pressupostos do paradigma salutogénico. Esta metodologia foi disponibilizada sob a forma de portal em www.parar.net articulando nos 10 passos seguintes o fortalecimento das capacidades de compreensão, gestão e investimento:

RENASCERES®: UM MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA LITERACIA PARA A SAÚDE

Resiliência permite criar a ponte e a necessária empatia com o cidadão que deseja ir em busca das origens da saúde, facilitando escolhas articuladas com um conhecimento mais profundo do seu estado de saúde no âmbito de Estilos de Vida Saudáveis (EVS). É a primeira etapa do movimento negantrópico. Este é o primeiro passo da cidadania em saúde. Por exemplo (seguindo o nosso tracer) no caso da cessação tabágica, a análise da resiliência pode ser explorada através do índice de dependência da Nicotina de Fagerstrom, que ajudará o profissional de saúde e o cidadão a terem consciência da razão por que e quão difícil é parar de fumar. Depois da tomada de consciência, a decisão de mudar (e.g. a cessação tabágica deve ser feita de maneira abrupta ou progressiva?) é enquadrada no âmbito de exploração da resiliência do indivíduo que pode ser potenciada através do

Exercício e da utilização do ar puro. Estes elementos ajudam a iniciar o processo de desintoxicação resultante da inspiração do fumo do tabaco. A construção da literacia para a saúde ajuda assim a pessoa a preparar o seu corpo para se libertar da nicotina, algo que terá um impacto direto na sua síndrome de privação desta substância. Seguidamente, num terceiro passo, salienta-se que com uma correta alimentação e

Nutrição favorece-se a decisão que visa desenvolver um estilo de vida saudável. Num processo de cessação tabágica a nutrição escolhida pode ter um impacto decisivo no seu sucesso (por ex. com o reforço de alimentos ricos em vitamina C). Igualmente, é aqui que se pode construir a capacidade de compreensão sobre a possibilidade de ganho ponderal, um dos aspetos que leva, por exemplo, muitas mulheres a retomarem o uso do cigarro. Uma nutrição equilibrada, para além de todos os outros nutrientes, inclui como nutriente essencial a

Água, o recurso que a natureza faculta para acelerar o processo de eliminação (interna e externa) dos resíduos tóxicos, favorecendo a minimização da síndrome de abstinência de produtos nefastos do tabaco, como a nicotina. Com a água, a qualidade da vida humana, qualquer que seja a sua condição, é profundamente beneficiada. No entanto a capacidade de gestão do processo de regular a auto-hidratação encontra vários obstáculos na vida diária, o que pode implicar a sua fraca (in)gestão. A água que é essencial em todas as atividades do organismo e se for associada à correta exposição ao

Sol desempenha um papel estabilizador da saúde e preventivo da doença. O sol é um regulador natural do nível de açúcar no sangue, do ritmo cardíaco, auxilia no combate às infeções e é promotor potente de saúde mental e da assimilação da vitamina D. No entanto, este princípio ativo de promoção da saúde é hoje muito pouco explorado. Construir uma literacia para a saúde através da qual o uso do sol é compreendido e gerido de modo saudável trará ganhos em saúde significativos. No decurso destes passos é importante o desenvolvimento da

Confiança no sucesso da consolidação da decisão de desenvolver um estilo de vida saudável, sendo assim centrado o processo de promoção da saúde na dimensão mental. Este é o cerne da ação negantrópica da cidadania em saúde. Mas todos estes princípios ativos da saúde careceram de uma boa dose de inteligência e de

Equilíbrio para que todos ajudem a tornar a pessoa mais saudável, resistente à doença e melhor preparada para usufruir da vida. Este poderá ser um dos tópicos onde um programa de literacia para a saúde poderá auxiliar o cidadão a perceber os fatores que podem concorrer para a promoção da sua saúde. Existem aspetos nos quais o Equilíbrio é primordial (por ex. beber mais água do que aquela que o organismo necessita poderá conduzir a uma carência de vitamina C, dado o seu carácter de hidrossolubilidade). Deverá haver equilíbrio na alimentação, na escolha tanto do que se come como das doses corretas. No entanto, a construção da literacia para a saúde, no âmbito do equilíbrio, ajuda a estabelecer as áreas onde está ausente a aplicação desse critério: por exemplo consumir uma droga como o ecstasy não tem um critério possível de equilíbrio na busca das origens da saúde. A perspetiva salutogénica acaba por formatar a própria construção da compreensão e do posterior investimento nos fatores promotores de saúde. Entre estes fatores está o

Repouso considerado como outro recurso muito importante na sedimentação de um estilo de vida sem tabaco. Ao parar com o uso da nicotina o ex-fumador poderá experimentar fortes perturbações do sono, comprometendo assim a sua funcionalidade e incrementando a entropia que persegue a vida. É verdade que o repouso e o sono podem ser negociados numa farmácia (sendo hoje a venda de medicamentos para dormir uma das principais), mas o repouso que se consegue naturalmente é primordial. Daí o papel da construção da literacia para a saúde para possibilitar ao ex-fumador o renascimento para o descanso regular e reparador. Esta construção concretiza o

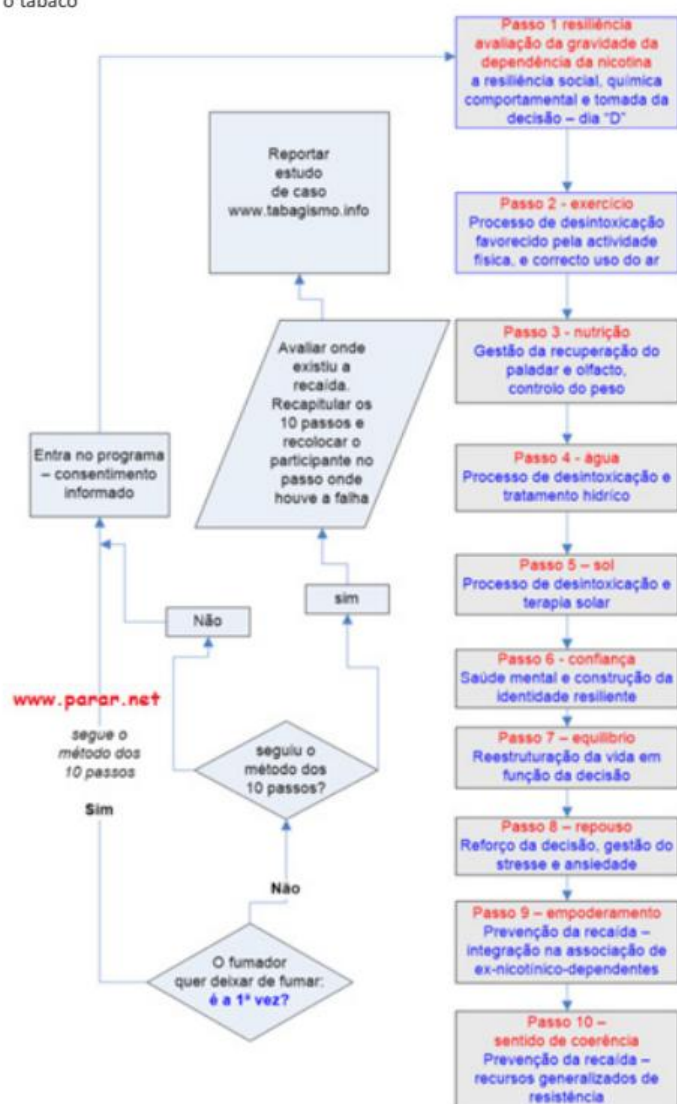
Empoderamento da cidadania em saúde, com a qual se explicita a transferência do poder (do terapeuta ou do processo terapêutico) para o cidadão autónomo. Sem a adesão a um estilo de vida saudável (ou a uma terapêutica de gestão de uma doença) compromete-se a qualidade de vida. Isto só se evita quando cada um reconhece e desenvolve o poder (sobre si mesmo) de auto-controlo (definição de Promoção da Saúde, carta de Ottawa). Este é o próprio âmago da definição de promoção da saúde da OMS que salienta a relevância do

Sentido de Coerência, como o recurso de saúde que permite tornar a vida uma experiência compreensível, sob controlo, com sentido e merecedora de investimento. Na apresentação aqui desenvolvida, este é apresentado como o último passo que alicerça a pessoa num programa de promoção da literacia para a saúde.

RENASCERES®: UM MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA LITERACIA PARA A SAÚDE

Este acrónimo do programa renasceres® explicita através de um método simples, a ajuda que pode ser oferecida para dar 10 passos na direção de uma vida com mais saúde (e.g. sem tabaco). Ele sustenta o programa 10 passos para uma vida sem tabaco (Fig. 4) que pode ser encontrado em www.parar.net

Fig 4: Fluxograma do programa renasceres® de apoio à literacia para a saúde em cessação tabágica (www.parar.net) articulando 10 passos para parar com o tabaco



CONCLUSÕES

O desenvolvimento de parcerias multiprofissionais entre instituições de saúde e de investigação/ensino, entre áreas do conhecimento (e.g. enfermagem/sociologia/medicina) e sectores sociais, afigurara-se como potencial de sinergia e como fonte de conhecimentos e de partilha de experiências práticas promotoras de ganhos em cidadania e saúde. Existe ainda necessidade de investigação mais rigorosa sobre literacia para a saúde¹² e comportamentos salutogénicos. São necessários estudos longitudinais e de investigação-ação com a implementação e avaliação de modelos / programas de formação / intervenção, que clarifiquem a força da relação entre a tríade analisada (literacia, cidadania e saúde). O modelo renasceres® apresenta-se como um salvo-conduto conceptual capaz de guiar práticas empíricas, podendo ainda sustentar programas de investigação/formação e auditorias das intervenções de promoção da saúde.

A janela de oportunidade que a promoção da saúde faculta como aglutinadora do processo de capacitação do cidadão, permite alinhar temas precisos a um SNS eficaz e eficiente, como seja, por exemplo, o reforço da literacia para a saúde, em que a gestão e o investimento de cada um na sua saúde se faz de modo informado e consciente contribuindo para a negantropia. Quando cada cidadã/o compreender como pode ir em busca das origens da sua saúde (passando a ter uma abordagem salutogénica da vida, em detrimento de uma abordagem patogénica que vê no SND um recurso omnipresente para resolver os seus desvios do caminho da saúde) constatar-se-á, por certo, que a saúde é bem mais barata do que a doença, e custa menos sofrimento.

Estão hoje posicionados no campo da saúde certos atores que podem trazer um forte contributo para que esta janela se abra completamente. Os enfermeiros com as suas competências são atores privilegiados neste desafio. Com eles o cidadão poderá ser apoiado na prossecução de uma cidadania em saúde, porquanto educar para a gestão eficaz de comportamentos salutogénicos, implica integrar competências que a enfermagem partilha. Mas o mesmo se aplica a outros atores que hoje desenvolvem a sua atividade no SND.

Por este facto, a intervenção em saúde, implica uma interação centrada na pessoa e um profissional de saúde pró-ativo. A pessoa carece ser informada, estar motivada, bem como possuir confiança e habilidade para decidir e gerir eficazmente a sua saúde, enquanto o profissional, para além da motivação para aconselhar, deve ter os recursos necessários para agir com qualidade.

Existe necessidade de adequar as intervenções à singularidade de cada pessoa, utilizar métodos ativos centrados na demonstração dos autocuidados adequados, incentivando estratégias

RENASCERES®: UM MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA EM SAÚDE ATRAVÉS DA LITERACIA PARA A SAÚDE

pedagógicas capazes de motivar para a internalidade, o empoderamento, a conscientização ou a capacitação promotora da saúde.

Deste modo, com um novo paradigma aplicado à arte de navegar pela vida, os kiberneticos de hoje aceitam que não são magos oniscientes e caprichosos do conhecimento do caminho, para a saída da tormenta. Antes, articulam-se com os tripulantes e com todos os passageiros, de modo a que se reforcem as capacidades de compreensão, de gestão e de investimento de cada um em prol da saúde. Assim, a nau apanhará o rumo certo nem que, para isso, cada um tenha de pegar no seu remo e pô-lo à água, em vez de continuar a queixar-se de que os “ventos são desfavoráveis”. Porque só quando o foco deixar de ser um relatório minoritário (da doença) e passar a potenciar o bem mais valioso de que dispomos (da saúde), i.e., só quando o nosso discurso incluir a dimensão salutogénica, e a nossa prática de vida no dia-a-dia, passando a acentuar as origens da saúde na busca da negantropia, é que a viagem retomará rumo promissor. Aqui explicitámos esse processo através de um tracer, a cessação tabágica, procurando explorar os caminhos da construção da literacia para a saúde numa área predominantemente marcada pela abordagem patogénica.

Colocar a conscientização na base deste processo, como Paulo Freire⁸ gostava de propor, levará cada cidadão a ser um ator decisivo na garantia da sustentabilidade. Esta é uma viagem que não pode ser feita de modo vicário. Mas também não pode ser feita de modo autoritário, nem para satisfazer uma função ou papel social. O envolvimento e o empenho de cada um mostram-se necessários. Para que resulte, para que aconteça, o remo individual terá de ser posto na água, e ir em busca das origens da SAÚDE. Então acontecerá a *cidadania em saúde*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Saboga-Nunes, L. (2006). Do SND para o SNS, o apelo do 20o aniversário da Carta de Otava. *Postgraduate Medicine*, 25(6), 1,10–12.
- ² Saboga-Nunes, L. (1998). *Compreender o cidadão e fortalecer a gestão do stress: introduzindo o conceito do sentido interno de coerência*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16 (4) 25-31.
- ³ Antonovsky, A. (1979). – *Health, stress, and coping : new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco : Jossey-Bass, 1979
- ⁴ Saboga-Nunes, L. (2014). *Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva*. *Revista Referência*, 11(III Série – Suplemento), 94–99.
- ⁵ Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- ⁶ Saboga-Nunes, L. (1999). *O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Pública I, ministrado pela ENSP. UNL.
- ⁷ Saboga-Nunes, L. (2012). *Web-assisted tobacco intervention in Portuguese: intentions to make behavioural changes and behavioural changes*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL. Tese elaborada no âmbito do Curso de Doutoramento, ministrado pela ENSP. UNL. Retrieved from <http://run.unl.pt/handle/10362/9898>
- ⁸ Freire, P. (1980). – *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes.
- ⁹ Saboga-Nunes, L., et al. (2016) *Literacia para a saúde e a construção da cidadania*. in *Conhecimentos Valores e Práticas no Ensino de Ciências e na Educação em Saúde*, Edts Maria Cristina Panseira de Araújo; Eva Terezinha de Oliveira Boff e Graça Simões de Carvalho, - Ijuí : Ed Inijui, 2016, ISBN 978-85-419-0190-1, 57-65
- ¹⁰ Sorensen, K., Pelikan, J. M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Brand, H. (2015). *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. *The European Journal of Public Health*, 1–6. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- ¹¹ Saboga-Nunes, L., (2014). *Health paradigms, health literacy and policy: driving the wheel of public health reform*. [abstract]. Paper presented at the II World conference on health research, 1, 7-8 Out 2014, Viseu, Portugal. Atención Primaria, 46,
- ¹² Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S., Almeida, D., Silva, M., Saboga- Nunes, L. (2014). “ *Implications of literacy for health for body mass index*”, *Atención Primaria*, 46: 180 - 186. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70088-5

DETERMINANTES DAS ATITUDES DOS JOVENS FACE AO AMBIENTE: CONTRIBUTOS PARA A EDUCAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

59 Nº1 | REVISTA SERVIR | 2016 | 17 - 21

DETERMINANTES DAS ATITUDES DOS JOVENS FACE AO AMBIENTE: CONTRIBUTOS PARA A EDUCAÇÃO MULTIDISCIPLINAR ENHANCER FACTORS DETERMINING YOUNG PEOPLE ATTITUDES TOWARDS ENVIRONMENTAL QUESTIONS: KEYS FOR MULTIDISCIPLINAR TRAINING

Elsa Loureiro¹

Carlos Albuquerque^{2, 4}

Madalena Cunha^{2, 4}

António Dias³

Cristina Oliveira³

¹Universidade Pontifícia – Salamanca

²CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

³Centro Hospitalar Tondela-Viseu

⁴CIEC, Universidade do Minho, Portugal

RESUMO

INTRODUÇÃO

A Educação Ambiental (EA) apresenta uma pluralidade de objetivos assentando numa progressiva melhoria de relacionamento entre os seres-humanos e a natureza. Neste contexto, a EA deve ser implementada nas escolas, que como instituições sociais direcionadas à aquisição de aptidões, conceitos e valores, devem facultar uma educação multidisciplinar formando cidadãos capazes de atitudes ambientalmente sustentáveis.

OBJETIVOS

Explorar relações existentes entre um conjunto de determinantes sociodemográficos, familiares/escolares e psicológicos e o desenvolvimento de atitudes dos jovens adolescentes face ao ambiente.

MÉTODOS

Num estudo transversal quantitativo amostraram-se 500 adolescentes frequentando o ensino básico público do distrito de Viseu. A maioria pertencente ao género feminino (50.6%) e à classe socioeconómica III-classe média (45.0%), residentes em meio urbano (57.4%), e com idades compreendidas entre os 12-16 anos (M=13.38). O protocolo utilizou instrumentos de medida aferidos e validados para a população portuguesa, e a construção de um novo instrumento de mensuração – Escala-Desempenho-da-Escola-na-Educação-Ambiental (EDEEA) – (Alfa de Cronbach=0.861).

RESULTADOS

As atitudes mais positivas em relação ao ambiente são expressas, maioritariamente, pelos adolescentes do género feminino, residentes na zona urbana apresentando maior preocupação com os problemas gerais do ambiente (M= 18.05). A prática de religião (M=109.44) e a funcionalidade familiar (F=4.603; p=0.010) mostraram-se variáveis significativas promovendo atitudes positivas para ações de proteção ambiental. O desempenho da escola na EA

revelou-se muito significativo, explicando a maior percentagem de variância (R² =18%; p=0.000) das atitudes dos jovens face ao ambiente. O autoconceito dos adolescentes revelou-se estatisticamente significativo, evidenciando-se interação entre a responsabilidade ambiental e o aspeto comportamental como determinante predizendo as atitudes dos jovens face ao ambiente (R²=19.90%).

CONCLUSÕES

As variáveis psicológicas e de contexto familiar e escolar, associaram-se com as atitudes dos jovens adolescentes face ao ambiente, pelo que deverão ser consideradas aquando da concepção e implementação de Programas e Intervenções de suporte à Educação Ambiental.

PALAVRAS-CHAVE

Adolescentes; Educação Ambiental; Família; Escola; Autoconceito; Saúde

DETERMINANTES DAS ATITUDES DOS JOVENS FACE AO AMBIENTE: CONTRIBUTOS PARA A EDUCAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

ABSTRACT

INTRODUCTION

The concept of Environmental Education (EE) contains a variety of objectives, based on the improvement of the human-nature relationship. Therefore, the EE should be implemented in schools, as they represent institutions that create the foundations for the construction of concepts and values, directing subjects right sustainable environment behaviours.

OBJECTIVES

We aim to explore the interactive correlation between social, scholar, familiar and psychological related variables which could influence the subjects behaviours in environmental related questions.

METHODS

A cohort of 500 subjects belonging from the Viseu district, studying in basic-level, from the economy-middle-classe (45.0%), were analysed. The majority were females (50.6%) from urban areas (57.4%) and with an average age of 13 years old ($M=13.38$). Different protocols of analysis were applied, using distinct tools to examine the collected data. The used scales of measurement were previous validated and gauged for the Portuguese population. Moreover, in the present work we constructed a new data-evaluation scale, called "Scale for School performance in Environmental Education", which was validated and presented significant consistency/reliability value (Cronbach's Alpha =0.861).

INTRODUÇÃO

As questões ambientais constituem uma questão de crescente preocupação para a população em geral. No entanto, paralelamente, assistimos uma constante passividade no que toca à participação pela defesa do ambiente (Almeida, 2002)¹. Consideramos urgente mudar esta postura e incutir nos cidadãos atitudes responsáveis de forma a desenvolverem uma cidadania participativa e responsável. Julgamos que a implementação da Educação Ambiental ao nível da instituição escolar poderá ter um papel significativo na transmissão de valores que induzam os jovens adolescentes e por conseguinte a sociedade, a desenvolver atitudes ambientalmente sustentáveis. Os sujeitos apresentam uma evidente necessidade de desenvolvimento de uma cultura intelectual e tecnológica orientada para a sustentabilidade.

A evidência do carácter finito dos recursos naturais, a emergência dos riscos ambientais e o reconhecimento de que a crise

RESULTS

The results pointed out female living in urban areas as subjects having the more positive attitudes in questions related to environmental care ($M=18.05$). Religion practices ($M=109.4$) and familiar functionality ($F=4.603$; $p=0.010$) were shown as significative variables in the promotion of positive environmental behaviours. However, the most significative value, explaining the major percentage of subjects attitudes variances ($R^2=18\%$; $p=0.000$), was the role of School entities promoting EE, encouraging positive environmental behaviours. The subjects Self-Knowledge was also presented as a statistically significative value, evidencing an interaction/correlation between the environmental responsibility and the behavioural factor showed as a determinant and predictive in what concerns to subjects environmental attitudes.

CONCLUSIONS

Psychological variables, family and school context, associated with the attitudes of young adolescents towards the environment and should therefore be considered when designing and implementing programs and support interventions for environmental education.

KEYWORDS

Teenagers, Environmental Education, Family, School, Self-Knowledge, Health

ambiental necessita de medidas e transformações profundas, desencadeou processos locais e mundiais de cooperação no sentido do desenvolvimento, de estratégias de ação e de novos parâmetros para reorientar a relação dos homens com a natureza (Almeida, 2006)². Neste âmbito, mobilizações no âmbito académico e escolar, no domínio da política e dos movimentos sociais, fizeram realçar a urgência de mudanças dos comportamentos humanos nas suas diferentes esferas (Leis,1998)⁶.

Na perspetiva de Jacobi (2001)⁵, os problemas sócio-ambientais, são provenientes de um modelo de desenvolvimento que é tanto desigual para os homens quanto nocivo para os sistemas naturais. Este pressuposto sugere que, mais do que respostas técnicas e científicas, a problemática sócio-ambiental exige mudanças de atitude, valores e comportamentos em relação à natureza. Perante este contexto entendemos que é urgente a necessidade de uma Educação voltada para as questões sócio-ambientais. A consolidação de novas atitudes, comportamentos

DETERMINANTES DAS ATITUDES DOS JOVENS FACE AO AMBIENTE: CONTRIBUTOS PARA A EDUCAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

e a averiguação de valores dependem essencialmente do processo educativo, justificando a nossa preocupação em conhecer as atitudes dos jovens face ao ambiente, de forma a incrementar uma Educação Ambiental (EA) crítica que reflita sobre esta civilização, no sentido de contribuir para uma cidadania ativa. É através da EA que pretendemos despertar nos jovens uma consciência crítica e comunitária sobre o ambiente. Ao efetuarmos o estudo sobre as atitudes dos jovens face ao ambiente, iremos ter acesso a informações pertinentes, de modo a implementar uma Educação Multidisciplinar que contribua para a construção de uma consciência crítica, bem como de uma cidadania participada relativa ao ambiente.

Atualmente a problemática ambiental faz-se sentir ao nível mundial. Questões relativas ao ambiente são cada vez mais notícias de destaque na comunicação social. Urge mudar mentalidades e ultrapassar jogos políticos burocratas. Os problemas ambientais agudizam-se e sucedem-se as injustiças sociais, no entanto, nas sociedades contemporâneas e, particularmente em Portugal, verifica-se uma certa apatia, falta de informação e envolvimento cívico. Cabe ao coletivo humano e a cada um de nós a tarefa de agir de forma a satisfazer melhor a vida pública local e nacional. Compete também à escola agir, de forma a implementar uma EA através de um conhecimento integrado, “dando a conhecer a forma de estabelecer um mutualismo entre os fatores do ambiente e o Homem” (Guerreiro, 1977)³. A prática ambiental impele um quadro amplo de ações que incluem não só o conhecimento, a tomada de consciência, as capacidades, mas também as atitudes, a participação ativa e o envolvimento na sociedade.

A investigação das atitudes dos jovens face ao ambiente é pertinente, uma vez que facultará uma melhor compreensão dos seus referenciais éticos, da contextualização da sua realidade, convicções e vivência dos seus quadros socioculturais.

Neste pressuposto, demonstra-se urgente esta tomada de consciência por parte dos professores, face aos seus educandos, no sentido de direcionar o sistema educativo para ação de cidadania ambiental. Em suma, a família e a escola por via da Educação Ambiental devem dotar os jovens com capacidade multidisciplinares para avaliar, escolher e decidir.

Perante o contexto supracitado pretendeu-se com este estudo avaliar a seguinte problemática “Em que medida as variáveis psicológicas e de contexto familiar/escolar estão associadas com as atitudes dos jovens adolescentes face ao ambiente?”

Este estudo teve como principais objetivos:

- i) analisar o modo como determinadas variáveis psicológicas e de contexto familiar/escolar (efeitos principais) se dizem preditoras nas atitudes dos jovens adolescentes face ao ambiente;
- ii) analisar as relações existentes entre as variáveis psicológicas e de contexto familiar/escolar (efeitos de interação) na predição das atitudes dos jovens adolescentes face ao ambiente;

- iii) conhecer as diferenças entre os grupos suscetíveis de se formar com a população do estudo.

Com esta investigação pretendeu-se, em última instancia, sensibilizar os agentes educativos, no sentido de se sentirem motivados para o envolvimento e dinamização de projetos ambientais na escola e na comunidade.

MÉTODOS

Para este estudo recorremos à amostragem agrupada, uma vez que escolhemos um grupo integral de indivíduos, no seio da população. Tal como refere Fortin (2009.p.310)⁴ a seleção de amostra não é mais do que “ (...) um grupo de pessoas ou uma porção da população, escolhida para representar uma população inteira, tendo como objetivo tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos”. Assim, a seleção da amostra seguiu um método de amostragem probabilística por agrupamento. Foram selecionadas aleatoriamente três escolas, do distrito de Viseu, uma inserida em meio rural (escola sede do Agrupamento de Escolas de Nelas) e outras duas em meio urbano (escola sede do Agrupamento de Escolas Grão Vasco e Escola do Ensino Básico 2,3 Infante Dom Henrique de Repeses-Viseu). Salientamos que duas das escolas se encontravam a desenvolver projetos de EA, concretamente: a escola sede do agrupamento de escolas Grão Vasco e a escola EB 2,3 de Repeses em Viseu. As turmas estimadas 7º, 8º e 9º ano de escolaridade, apesar de terem sido selecionadas ao acaso, representam a classe de adolescentes por nós pretendida. Após esta seleção obtivemos uma amostra aleatória de 500 jovens. A metodologia usada foi a mesma em todas as escolas. Concretamente, após pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados, foram tidas em consideração determinadas normas e cuidados, sempre numa perspetiva de rigor metodológico. Atendendo ao contexto em que se insere este trabalho, e às considerações apresentadas aquando da revisão teórica relativa à avaliação das variáveis presentes neste estudo, optamos pelo método da autorresposta, com recurso a escalas já aferidas e traduzidas para a população portuguesa. Contudo no âmbito desta investigação também elaboramos e aferimos uma escala com o objetivo de mensurar o desempenho da escola na EA.

Das escalas utilizadas destacamos: o Índice de Graffar, que permite proceder à classificação dos jovens adolescentes quanto à classe sócio – económica familiar; a Escala de APGAR Familiar, para avaliar a funcionalidade da família; a Escala das Atitudes dos Jovens Face ao Ambiente, pela necessidade de se analisar as atitudes face a aspetos ambientais; a Escala do Desempenho da Escola na EA, a fim de se avaliar o empenho da escola na realização de atividades que sensibilizem e responsabilizem os jovens para a EA. Ainda integrou a operacionalização deste estudo a Escala do Autoconceito de “Piers – Harris Children’s.

DETERMINANTES DAS ATITUDES DOS JOVENS FACE AO AMBIENTE: CONTRIBUTOS PARA A EDUCAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

RESULTADOS

Os resultados, da nossa amostra, sobre os indicadores demográficos mostraram que o sexo, a prática e crença religiosa dos adolescentes têm uma influência significativa nas atitudes dos mesmos face ao ambiente.

Constatou-se que as atitudes mais positivas/favoráveis, em relação ao ambiente são expressas maioritariamente pelos adolescentes do género feminino (MAT=110.08) e são os jovens residentes na zona urbana que apresentam maior preocupação com os problemas gerais do ambiente (M=18.05). A prática de religião (M=109.44) e a funcionalidade familiar (F=4.603; p=0.010) mostraram-se variáveis significativas influenciando as atitudes positivas para ações de proteção ambiental. O desempenho da escola na EA revelou-se muito significativo.

Quadro 1 - Regressão Linear Simples entre a Escala das Atitudes Face ao Ambiente e o desempenho da escola na educação ambiental

	r	r2(%)	Coefficiente Padronizado Beta	t	p
F1 – Disposição para ações de proteção ambiental	.367	.135	.367	8.813	.000
F2 – Sensibilidade em relação ao sofrimento dos animais	.217	.047	.217	4.957	.000
F3 – Preoc. com os problemas gerais do ambiente	.139	.019	.139	3.125	.002
F4 – Concordância com normas de proteção ambiental	.321	.103	.321	7.557	.000
Nota Global da Escala	.285	.081	.285	6.639	.000

É ao nível da responsabilidade ambiental que se observa a maior percentagem de variância explicada ($R^2 = 18\%$; $p=0.000$) das atitudes dos jovens face ao ambiente. Salienta-se, que a nota global da Escala das Atitudes dos Jovens Face ao Ambiente (que avalia a variável dependente em estudo, Atitudes dos Jovens Face ao Ambiente), aparece ligada sobretudo ao efeito de interação entre o fator 2 “responsabilidade ambiental da Escala do Desempenho da Escola na Educação Ambiental”, e o fator 1 “aspecto comportamental da Escala do Autoconceito”. O sentido desta interação deixa supor que, se a escola transmitir conhecimentos esclarecedores, no âmbito da EA, e implementar estratégias direcionadas para incutir responsabilidade ambiental nos jovens adolescentes, a sua postura e atitude face às questões ambientais será mais positiva e assertiva.

Quadro 2 - Análise de Regressão Múltipla Passo a Passo: as variáveis sociodemográficas (prática de religião), familiares (funcionalidade familiar), escolares (fatores/dimensões da EDEEA) e psicológicas (autoconceito) e sua interação na predição das Atitudes dos Jovens Face ao Ambiente (nota global)

Variável Dependente = Atitudes dos Jovens Face ao Ambiente					
R Múltiplo = .531					
R ² = .259					
R ² Ajustado = .271					
Erro Padrão da Estimativa = 12.547					N = 500
Sumário da Análise de Regressão Passo a Passo					
Variáveis Independentes	Incremento				
	Passo	R ²	de R ²	F	p
F2 EDEEA–Responsabilidade Ambiental * F1AC–Aspecto Comportamental	1	.199	.199	123.465	.000
Sexo * Religião	2	.227	.028	17.936	.000
F4 AC – Popularidade	3	.239	.012	7.860	.005
F2 EDEEA – Responsabilidade Ambiental	4	.245	.006	4.343	.038
F1 EDEEA – Sustentabilidade Ambiental * F6 AC-Satisfação Felicidade	5	.252	.007	4.578	.033
F3 AC – Estatuto Intelectual	6	.259	.007	4.971	.026
Tolerância e Coeficientes Beta					
Variáveis Independentes	Tolerância	Coefficiente Padronizado	t	p	
F2 EDEEA–Responsabilidade Ambiental *F1 AC–Aspecto Comportamental	.360	.192	3.008	.003	
Sexo * Religião	.953	-.168	-4.303	.000	
F4 AC – Popularidade	.779	-.109	-2.518	.012	
F2 EDEEA – Responsabilidade Ambiental	.395	.272	4.477	.000	
F1 EDEEA – Sustentabilidade Ambiental * F6 AC-Satisfação Felicidade	.698	-.104	-2.273	.023	
F3 AC – Estatuto Intelectual	.648	.205	4.322	.000	
Análise da Variância					
Efeito	Soma dos Quadrados	G.L.	Média Quadrática	F	p
Regressão	30165.73	6	5027.622	31.934	.000
Residual	77617.73	493	157.440		
Total	107783.5	499			

O autoconceito dos adolescentes mostrou-se significativo, apresentando a interação entre a responsabilidade ambiental e o aspecto comportamental a correlação mais preditora das atitudes dos jovens face ao ambiente ($R^2=19.90\%$).

CONCLUSÕES

As variáveis psicológicas (autoconceito) e de contexto familiar (prática de religião, funcionalidade familiar) /escolar (desempenho da escola), associaram-se com as atitudes dos jovens adolescentes face ao ambiente, pelo que deverão ser consideradas aquando da concepção e implementação de Programas / Intervenções de suporte à Educação Ambiental.

Para o efeito, reconhece-se entre outros, que a literacia ambiental deverá ser o objeto da EA, o que pressupõe que deve ser parte integrante dos currículos escolares. As ações e projetos dinamizados ao nível escolar devem incluir a compreensão de aspetos ambientais, culturais, sociais sempre direcionados para uma cidadania participativa. A este respeito a Recomendação

DETERMINANTES DAS ATITUDES DOS JOVENS FACE AO AMBIENTE: CONTRIBUTOS PARA A EDUCAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

nº2 de Tblissi (1975) menciona o conhecimento, envolvendo a compreensão do ambiente e dos seus problemas associados como fundamental para o envolvimento dos cidadãos para participarem nas decisões. A colaboração familiar, no desenvolvimento de responsabilidade ambiental, revela-se muito importante tendo em conta todos os fatores psicológicos e biológicos inerentes ao estágio de desenvolvimento dos jovens adolescentes.

Neste âmbito, consideramos pertinente o desenvolvimento de futuras investigações, no sentido de melhor compreender as atitudes dos adolescentes, contribuindo para o seu desenvolvimento psicológico e social.

Com o intuito de realçar a multidimensionalidade das atitudes, torna-se importante aumentar numa futura aplicação o número de itens do instrumento construído no âmbito deste estudo.

Face à pertinência e atualidade do tema, deve privilegiar-se a intervenção escolar, direcionada para ação. Admitindo que os professores têm um papel de agentes críticos da realidade ambiental e são capazes de estimular os jovens para a ação, torna-se pertinente conhecer a posição dos mesmos face à crise ambiental vivenciada na atualidade.

Em suma, defendemos ser primordial afastar a EA de uma abordagem endoutrinante que promove a mudança de comportamentos não questionando as verdadeiras causas da crise ambiental social. Contrariamente, assume-se que a Educação Ambiental deve ser entendida como educação multidisciplinar estruturante que de forma alargada permitirá uma participação mais responsável na sociedade, onde ainda se observa a dominância de uma ética antropocêntrica assente na economia que é co-responsável e potenciadora da crise ambiental e social em que hoje vivemos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Almeida, A. (2002). Abordar o Ambiente na Infância. Lisboa: Universidade Aberta.

² Almeida, M. (2006). Um Planeta Ameaçado: A Ciência perante o Colapso da Biosfera, 1ª ed. Lisboa: Ed.Esfera do Caos.

³ Guerreiro, M. (1997). A Defesa do Ambiente em Portugal. Lisboa: Secretaria do estado do Ambiente

⁴ Fortin, Marie-Fabienne (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures, Lusodidata.

⁵ Jacobi, P. (2001). Meio Ambiente Urbano e Sustentabilidade: alguns elementos para reflexão. São Paulo: Cortez.

⁶ Leis, H.R. (1998). Ambientalismo: um projeto realista-utópico para a política mundial. São Paulo: Cortez

HIGIENE DAS MÃOS: PERCEÇÃO DAS ATITUDES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
HAND HYGIENE: PERCEPTION OF NURSING STUDENTS' ATTITUDES

Ana Andrade¹
Rosa Martins¹
Helena Moreira¹
António Dias¹
Isabel Bica^{1,2}

¹CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

²CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A Higiene das mãos incluída nas Precauções Básicas de Segurança contribui para a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e visa a melhoria contínua da qualidade dos mesmos. É uma das práticas que contribui para a redução da morbilidade e mortalidade dos doentes. Os estudantes de enfermagem, em contexto de prática clínica, devem ter a perceção da importância desta prática aquando da prestação dos cuidados.

OBJETIVO

Avaliar a perceção dos estudantes de enfermagem acerca das suas atitudes no âmbito da higiene das mãos Determinar se as variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimento influenciam a perceção dos estudantes acerca da importância da higiene das mãos.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, no qual participaram 258 estudantes de Enfermagem, com idades entre os 19 e 45 anos (21.39 ± 2.490). Para a mensuração das variáveis utilizou-se uma ficha de caracterização sociodemográfica e familiar e para a perceção das atitudes e dos conhecimentos sobre a higiene das mãos foi construído um questionário com base nas guidelines da Organização Mundial de Saúde (OMS).

RESULTADOS

Dos estudantes inquiridos 46.1% coabitam com os pais/familiares. A maioria (51.9%) não tem familiares ligados à área da saúde. Relativamente às atitudes em relação à higiene das mãos, 76% considera-as adequadas.

Referem higienizar as mãos nos cinco momentos preconizados. A perceção dos estudantes acerca das atitudes é influenciada apenas pelo nível de conhecimentos sobre a importância da higiene das mãos ($X^2=21.196$, $p=0.000$).

CONCLUSÕES

A perceção dos estudantes sobre as suas atitudes é importante pois permite uma maior consciencialização o que leva a mudanças de comportamento na prática da higiene das mãos. O plano de estudos do curso de Enfermagem assume particular importância levando a uma maior adesão a práticas adequadas com repercussões na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

PALAVRAS CHAVE

Conhecimentos, Atitudes, Estudantes de Enfermagem, Higiene das mãos

HIGIENE DAS MÃOS: PERCEÇÃO DAS ATITUDES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

ABSTRACT

INTRODUCTION

The Hand hygiene set according to the Basic Safety Precautions contributes to the prevention and control of the infections associated with health care and it aims to improve constantly its quality.

It is a well-known practice that contributes to the reduction of morbidity and mortality of patients. Nursing students, in the context of clinical practice, should have the perception of the importance of this practice in health care assistance.

OBJECTIVE

To evaluate the perception of nursing students' attitudes according to the importance of hand hygiene; To determine whether the sociodemographic variables and the level of knowledge may influence the perception of the students when it deals with hand hygiene.

METHODS

It was carried out a cross-sectional, descriptive and correlational quantitative study, which involved 258 nursing students, aged between 19 and 45 years ($21:39 \pm 2.490$).

For the measurement of the variables it was used a socio-demographic and family characteristics form and to the perception of attitudes as well as the hand hygiene assessment it was produced a questionnaire based on the guidelines by the World Health Organization (WHO).

INTRODUÇÃO

A Higiene das Mãos incluída nas Precauções Básicas de Segurança é a primeira "barreira de segurança" nos cuidados de saúde, contribuindo para a prevenção e controlo de infeções cruzadas, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, consequente para a segurança dos doentes (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). As mãos são consideradas a principal via de transmissão de microrganismos durante o cuidar do doente (Centers for Disease and Control, 2002).

A higiene das mãos é um procedimento fundamental na prática diária e uma das práticas mais simples e mais efetivas na prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), contribuindo desse modo para a redução da morbilidade e mortalidade dos doentes (Ribeiro, 2011; Direção Geral de Saúde [DGS], 2010);

Em meados dos anos 80, Ignaz Semmelweis em Viena e Oliver Holmes em Boston estabeleceram que as doenças adquiridas nos hospitais eram causadas por agentes infecciosos transmitidos pelas mãos dos profissionais de saúde, tendo implementado a higiene das mãos dos profissionais e estudantes. Contudo, não conseguiram observar mudanças substanciais no

RESULTS

46.1% of the students under survey still live with their parents or family. Most of them (51.9%) do not have a family member related to health services. According to their hand hygiene attention, 76% consider it appropriate. They mention hand hygiene performing the five recommended moments. The perception of students about these attitudes is influenced only by the level of knowledge on the importance of hand hygiene ($\chi^2 = 21,196$, $p = 0.000$) they have.

CONCLUSIONS

The perception of the students' attitudes is important because it allows developing a greater awareness on the subject which leads to behavioral changes in the practice of hand hygiene. The Nursing Course plan of studies is particularly important once it leads to a greater compliance referring to these practices which will affect the improvement of the nursing care.

KEYWORDS

Knowledge, Attitudes in Nursing, Nursing Students, Hand hygiene

comportamento dos profissionais. Particularmente, Semmelweis deparou-se com grandes dificuldades em convencer os seus colegas e administradores dos benefícios deste procedimento. Os anos 80 representaram um marco na evolução dos conceitos relativos à higiene das mãos nos serviços de saúde. Foi nesta altura que foram publicadas as primeiras guidelines relativas a esta problemática, às quais se seguiram várias outras publicadas em diferentes países, em anos mais recentes.

Em 1995 e 1996 o Centro para o Controlo e Prevenção das Doenças (CDC) e Comité de Consultoria de Controlo de Infeção e Práticas nos Cuidados de Saúde (HICPAC) recomendaram que tanto o sabão antimicrobiano como o agente antisséptico poderiam ser utilizados para a higiene das mãos à saída das enfermarias de doentes com infeções causadas por microrganismos multirresistentes.

Em 2002, as linhas orientadoras do HICPAC definem que a fricção com soluções alcoólicas é uma medida preconizada para a higiene das mãos nos locais de prestação de cuidados de saúde. A lavagem das mãos ficou indicada apenas para situações particulares.

Mais recentemente, as *guidelines* da Organização Mundial

HIGIENE DAS MÃOS: PERCEÇÃO DAS ATITUDES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

de Saúde (OMS) visam expandir as recomendações a uma perspetiva global. Procuram também a discussão e a consulta da opinião de especialistas em temas controversos relacionados com a higiene das mãos, de forma a propor uma abordagem prática que leve ao sucesso na implementação de medidas (World Health Organization [WHO], 2009).

Com vista à redução das IACS no mundo, em Outubro de 2005, a OMS lançou o primeiro desafio global para a segurança do doente. Este desafio tem mobilizado países, organizações e indivíduos a implementarem ações concertadas para tornar os cuidados de saúde limpos e seguros – “Clean Care is Safer Care”. O principal objetivo desta campanha era promover ações facilitadoras, de forma a melhorar a adesão à higiene das mãos nos cuidados de saúde.

Apesar de todas as medidas implementadas, a adesão à higiene das mãos continua a ser subvalorizada, raramente excedendo os 50%. Em Portugal, a taxa global de adesão à higiene das mãos, observada na fase de avaliação diagnóstica da Campanha Nacional de Higiene das Mãos em 2009, foi de 46,2% (DGS, 2010).

Em Portugal, a necessidade de higienizar as mãos foi reconhecida pela DGS, que emanou um documento com recomendações para esta prática. A Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD de 2010 dá-nos orientações de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Nesta norma são mencionados os princípios a ser seguidos qualquer que seja o produto utilizado para a higiene das mãos, definidos os produtos mais utilizados para esta prática (SABA e sabão) e os três procedimentos de higiene das mãos (Lavagem das mãos com água e sabão; Fricção das mãos com SABA; Preparação pré-cirúrgica das mãos).

Atualmente existe evidência científica de que uma boa higiene das mãos reduz as IACS causadas por microrganismos multirresistentes (WHO, 2014).

Podemos afirmar que existe uma crescente preocupação com a problemática da higiene das mãos, sendo esta cada vez mais entendida como estratégia fundamental para o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. Este aspeto reflete-se no aumento do investimento em campanhas de sensibilização para os profissionais de saúde, com a participação dos estudantes em ensinamentos clínicos, com vista à melhoria da adesão a esta prática.

A formação profissional revela-se uma forma dos indivíduos adquirirem e renovarem conhecimento com o objetivo de se manterem atualizados. Assim, e dado que os conhecimentos podem influenciar as atitudes e os comportamentos, a formação deve ser valorizada, não só na sua componente teórica, mas também na prática. A formação no âmbito da higiene das mãos deve incidir nestas duas vertentes, incluindo as indicações e a técnica de higiene das mãos (González-Cabrera et al., 2010 cit por Piseiro, 2012).

Gluck et al. (2010) concluíram que recomendações internas a nível das unidades de saúde e programas de formação melhoram a adesão à higiene das mãos, nos novos profissionais.

Para além dos conteúdos lecionados na componente teórica, no âmbito dos ensinamentos clínicos esta temática é valorizada. Os estudantes de Enfermagem são integrados em equipas multiprofissionais, contribuindo para a implementação da prática da higiene das mãos nas diferentes unidades de saúde, bem como na promoção de boas práticas junto dos profissionais de saúde. A solicitação de pesquisas científicas bem como a colaboração em algumas atividades de sensibilização são ações propostas aos estudantes no desenvolvimento de competências na sua prática clínica.

MÉTODOS

Estudo transversal de natureza quantitativa, do tipo descritivo-correlacional numa amostra não probabilística constituída por 258 estudantes de enfermagem. Todos estes estudantes de enfermagem já tinham realizado pelo menos um ensino clínico em contexto de prática clínica.

Para a recolha de dados foi utilizada uma ficha de caracterização sociodemográfica e familiar. Para a avaliação dos conhecimentos e das atitudes foi construído um questionário com base nas orientações (guidelines) da Organização Mundial de Saúde (OMS), normas da Direção Geral da Saúde (DGS) e artigos científicos sobre a temática em estudo.

No âmbito dos conhecimentos dos estudantes de enfermagem acerca da importância da higiene das mãos foi solicitada a autoavaliação dos seus conhecimentos, elaboradas algumas afirmações para que os estudantes pudessem posicionar a sua opção de acordo com os seus conhecimentos, bem como a designação correta para o modelo conceptual proposto pela OMS.

No que concerne à percepção dos estudantes foi solicitada a autoavaliação sobre as suas atitudes e apresentadas diversas expressões que visam avaliar especificidades das atitudes dos estudantes na prática clínica. As atitudes dos estudantes de enfermagem sobre a higiene das mãos foram avaliadas em três perspetivas: prática clínica; frequência dos passos das técnicas da higiene das mãos; frequência da higiene das mãos.

Durante a realização desta investigação científica foram tidos em conta todos os pressupostos ético-legais.

Foi utilizado o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0 para o tratamento da informação.

RESULTADOS

A amostra do estudo é constituída por 258 estudantes de enfermagem, 199 do género feminino (77.1%) e 59 do género masculino (22.9%).

As idades oscilam entre os 19 e os 45 anos com uma idade média de 21.39 anos e um desvio padrão de 2.49 anos. O género feminino apresenta uma média de idades superior à do género masculino (21.44 vs 21.24).

Dos estudantes inquiridos 46.9% reside na aldeia e 39.1% na

HIGIENE DAS MÃOS: PERCEÇÃO DAS ATITUDES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

cidade. Quanto à coabitação 46.1% vivem com os pais/familiares enquanto 10.5% residem sozinhos, sendo esta situação mais prevalente no género masculino.

A maioria dos pais possui como habilitações literárias o ensino básico (até ao 3º ciclo) e 51.9% não tem familiares ligados à área da saúde.

Quanto aos conhecimentos e relativamente à autoavaliação dos conhecimentos sobre higiene das mãos, 54.3% considerou-os como adequados e 45.3% como muito adequados. No que concerne à avaliação do conhecimento acerca da componente teórico-prática e utilização de adornos 42.6% manifesta possuir conhecimentos suficientes e 31.8% insuficientes. A maioria dos estudantes (82.6%) respondeu acertadamente na designação do Modelo Conceptual da OMS, sendo mais prevalente no género feminino. Os estudantes (94.2%) referem não apresentar dificuldades em colocar em prática os conhecimentos sobre higiene das mãos, em contexto de ensino clínico. Quando inquiridos acerca da duração total do procedimento de “Lavagem das mãos com água e sabão” e da “Fricção antisséptica das mãos com SABA”, a maioria dos estudantes respondeu assertivamente, existindo diferenças estatisticamente significativas entre o género e a resposta relativa à duração das técnicas ($X^2=10.574$, $p=0.014$).

A fonte de informação mais utilizada pelos estudantes de enfermagem é a internet (81.4%). O género feminino recorre mais às revistas científicas (18.6%) e o género masculino à biblioteca (13.6%). Existem diferenças significativas entre o género e as fontes de informação utilizadas. Quando têm dúvidas, 53.9% refere recorrer aos profissionais para as esclarecer.

Quanto à autoavaliação das atitudes/práticas de higiene das mãos 76.0% dos estudantes considera-as adequadas e 22.5% muito adequadas. Referem higienizar as mãos nos cinco momentos preconizados e utilizam a água e sabão líquido ou o SABA como produtos de utilização mais frequente.

PERCEÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM VS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Ao estudarmos a relação entre o género e a percepção dos estudantes de enfermagem sobre as suas atitudes acerca da importância da higiene das mãos verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0.799$, $p=0.671$).

No que diz respeito à influência do género em cada uma das variáveis que avaliam as atitudes dos estudantes verificamos que o género feminino obteve maior pontuação na “Prática clínica” (OM=131.09) e o género masculino na “Frequência da higiene das mãos” (OM=133.41), embora não existam diferenças estatisticamente significativas (UMW= 5808.500; $p=0.902$).

Quanto à relação entre a percepção dos estudantes e o grupo etário verificamos que não existem diferenças significativas entre as variáveis ($X^2=8.13$, $p=0.087$). No entanto, os estudantes com idade ≥ 22 anos apresentam atitudes muito adequadas.

PERCEÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM VS CONHECIMENTOS

Ao estudar a influência da autoavaliação dos conhecimentos na percepção dos estudantes verificamos que os que autoavaliaram os seus conhecimentos como muito adequados apresentam atitudes mais adequadas que os que autoavaliaram apenas como adequados ($x = 79.420 \pm 8.165$) ($x = 75.765 \pm 8.912$). Existe diferença estatística significativa entre a autoavaliação dos conhecimentos e a percepção dos estudantes sobre as suas atitudes ($t=-3.407$; $p=0.001$).

Ao analisarmos a relação entre o nível das atitudes dos estudantes e o nível de conhecimentos verificamos que existem diferenças significativas entre as variáveis ($X^2=21.196$, $p=0.000$). Os estudantes que apresentam bons conhecimentos têm melhores atitudes (OM= 156.45).

Com o intuito de determinar se o género, a idade e o nível de conhecimento influenciavam as diferentes variáveis das atitudes (Prática clínica, Frequência dos passos da higiene das mãos, Frequência da realização da higiene das mãos) efetuaram-se regressões lineares múltiplas. Pelos coeficientes padronizados notamos que as variáveis têm uma relação direta, à exceção do género com a Frequência da realização da higiene das mãos. Podemos afirmar que a idade é preditora de uma boa Prática clínica ($t=2.190$; $p=0.029$), o nível de conhecimento é preditor de uma boa Frequência dos passos da higiene das mãos ($t=4.296$; $p=0.000$) e de uma boa Frequência da higiene das mãos ($t=3.554$; $p=0.000$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A nossa amostra em relação ao género é predominantemente do género feminino (77.1%). A Enfermagem é constituída maioritariamente por mulheres e estas têm ocupado várias funções relacionadas com o cuidar. Alguns estudos vão de encontro a estes resultados (Silva, 2013)

Quanto à idade, os estudantes apresentam uma média de idade de 21,39 anos, o que vai de encontro à média de idades dos estudantes que frequentam o ensino superior, que em 2012 era de 22.0 anos (Eurostat, 2012).

Os estudantes de Enfermagem consideram as suas atitudes adequadas relativamente à higiene das mãos. Referem executar quase sempre e sempre os passos das técnicas de higiene das mãos e nos cinco momentos preconizados. Referem higienizar as mãos com menor frequência antes e depois de realizar registos de enfermagem em suporte digital e referem como razão para esta atitude o facto de não haver qualquer contacto com o doente para a realização destas atividades.

Existem poucos estudos sobre a importância da higiene das mãos com estudantes de enfermagem. Neste sentido utilizamos alguns resultados de investigações realizadas com enfermeiros. Variáveis Sociodemográficas: O género e a idade não influenciam a percepção dos estudantes sobre as suas atitudes. Alguns estudos realizados com enfermeiros verificaram a associação entre o género ($p=0.563$) e a correta técnica de higiene das mãos

HIGIENE DAS MÃOS: PERCEÇÃO DAS ATITUDES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

(Andrade, 2013) e que as mulheres apresentam melhor adesão à higiene das mãos do que os homens (Gluck et al., 2010). Oliveira (2012) corrobora os nossos resultados ao afirmar que não há relação entre o género e as atitudes do enfermeiro face às IACS ($p=0.625$) nem a idade interfere nestas atitudes ($p=0.134$).

Nível de conhecimento: Quanto ao nível de conhecimento, verificámos que existe relação estatística significativa deste com a percepção dos estudantes acerca das suas atitudes ($p=0.000$), sendo que a estudantes com melhor nível de conhecimento correspondem melhores atitudes. Verificámos também que o nível de conhecimento prediz a frequência com que são executados os passos da técnica correta da higiene das mãos ($p=0.000$) bem como a frequência com que se procede à higiene das mãos ($p=0.000$).

Estes resultados são corroborados por Mortel (2010) que afirmou que as estratégias de ensino, a frequência de avaliação da temática e a atribuição de importância enquanto estratégia de controlo da infeção têm influência nas práticas e crenças dos estudantes ($p< 0.001$). Também, Oliveira (2012) concluiu que a formação influencia a atitude face às IACS por parte dos enfermeiros ($p=0.001$). No entanto, Andrade (2013), não verificou diferenças estatísticas significativas entre a formação académica e os momentos/situações em que procede à higiene das mãos ($p=0.229$).

A nossa investigação leva-nos a concluir que os estudantes de enfermagem que apresentam uma percepção muito adequada das suas atitudes são maioritariamente do género masculino, com idade superior a 22 anos, com bons conhecimentos acerca da temática da higiene das mãos.

Constatamos ainda que, a maioria dos estudantes apresenta uma percepção adequada das suas atitudes no que se refere à higiene das mãos. Consideram higienizar as mãos quase sempre e sempre nos cinco momentos preconizados. A higienização das mãos é realizada com menor frequência antes e depois de efetuar registos de enfermagem em suporte digital. Consideram executar quase sempre e sempre os passos das técnicas de higiene das mãos.

Existe relação estatística significativa entre o conhecimento e a percepção das atitudes dos estudantes. Podemos afirmar que a bons conhecimentos correspondem atitudes muito adequadas. O nível de conhecimento revelou-se preditor da percepção dos estudantes acerca das atitudes.

AGRADECIMENTOS

Agradecer a todos os estudantes de enfermagem que aceitaram participar nesta investigação. Um agradecimento especial às estudantes Ana Figueiredo, Ana Xavier, Andreia Carmo, Catarina Resende, Lisete Vasconcelos e Patrícia Ferreira, do 25º Curso de Licenciatura em Enfermagem, pelo empenho e dedicação no desenvolvimento deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, O.M.B. (2013). *Perspetiva dos Profissionais de Saúde sobre a Prática de Higienização das Mãos* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1981/1/ANDRADE,%20Otilia%20Maria%20Bastos%20-%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (2002). *Guideline for hand hygiene in healthcare settings*. Acedido em <http://www.cdc.gov/handhygiene/>

Direção Geral da Saúde (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde: documento de apoio*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-de-14062010.aspx>

Gluck, P.A., Nevo, I., Lenghus, J.D., Sanko, J.S., Everett-Thomas, R., Fitzpatrick, M., Shekhter, I., Arheart, K.L. & Birnbach, D.J. (2010). *Factors Impacting Compliance Among New Interns: Findings From a Mandatory Patient Safety Course*. *Journal of Graduate Medical Education*, 2(2): 228-231.

Mortel, T. F. (2010). *A cross-cultural comparison of health care students' hand hygiene knowledge, beliefs and practices* (Tese de Doutoramento, Southern Cross University, Austrália). Acedido em <http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1132&context=theses>

Oliveira, T.C.F. (2012). *Atitudes do enfermeiro face às Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde*. (Relatório Final do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1739/1/OLIVEIRA%20Tanea%20Cristina%20Fonseca%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). *Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol temático (10), 27-39.

Pisoeiro, Z. M. P. C. (2012). *Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos: A percepção dos profissionais de saúde*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Acedido em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10513>

Ribeiro, S. P. G. (2011). *Estudo da flora bacteriana Gram-positivo das mãos dos alunos de Enfermagem integrados nos ensinamentos clínicos e os conhecimentos sobre a higiene das mãos* (Tese de Licenciatura, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa). Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2581/3/T_18024.pdf

Silva, E. (2013). *Higienização das mãos: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do hospital Agostinho Neto* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em file:///C:/Users/Ana%20Andrade/Downloads/D2012_10001822012_21018006_1%20(2).pdf

World Health Organization (2009). *WHO Guidelines on hand hygiene in health care*. World Health Organization. Acedido em http://www.who.int/gpsc/information_centre/hand-hygiene-2009/en/

World Health Organization (2014). *Evidence of hand hygiene to reduce transmission and infections by multidrug resistant organisms in health care settings*. World Health Organization. Acedido em http://www.who.int/gpsc/5may/MDRO_literature-review.pdf

IMPACTO DA FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS FORENSES IMPACT OF TRAINING IN FORENSIC SCIENCES

Mauro Coelho¹

Madalena Cunha²

Rui Libório¹

¹Centro Hospitalar Tondela Viseu Viseu, EPE,

²CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu | CIEC, Universidade do Minho, Portugal

RESUMO

INTRODUÇÃO

A violência e o trauma subsequente, constituem na atualidade um grave problema de saúde pública em todo o mundo, donde emerge a necessidade dos profissionais que os assistem possuírem conhecimentos atualizados de suporte às boas práticas, entre outros, no âmbito da *Proteção e apoio à vítima, Avaliação e/ou assistência ao agressor, Recolha e preservação de vestígios forenses, Comunicação, documentação e cadeia de custódia*. Para o efeito, as ciências forenses que englobam um conjunto de disciplinas científicas trabalham em uníssono e unindo o seu corpo de conhecimentos auxiliam a justiça na resolução de situações de carácter médico-legal. Daí decorre a necessidade de implementar programas de formação inicial e contínua em ciências forenses.

OBJETIVO

Avaliar impacto da frequência de um curso breve em ciências forenses no nível de conhecimentos sobre práticas forenses (PF); Determinar a variabilidade do nível de conhecimentos sobre práticas forenses (PF) em função do género e da idade.

MÉTODOS

O estudo descritivo com foco transversal, foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 72 participantes no primeiro momento de avaliação e por 51 participantes no segundo momento de avaliação. As amostras ficaram constituídas maioritariamente por mulheres 84,7% e 82,4% respetivamente, com uma média de idades de 28.62 anos e de 30.23 anos, no segundo momento de avaliação.

Aplicou-se o *Questionário de Conhecimentos sobre Práticas Forenses* adaptado do QCPEF de Cunha & Libório (2012) cit in Libório (2012) e Cunha, Libório & Coelho (2016).

RESULTADOS

Após frequentarem o curso breve em ciências forenses, os formandos aumentaram, em média, os conhecimentos relativos às práticas forenses, designadamente nas dimensões *conceitos forenses, situações forenses, vestígios forenses, comunicação e documentação em ciências forenses, cuidados de gerais e preservação de vestígios forenses*. Verificou-se melhor nível de conhecimentos nas dimensões Preservação de Vestígios (Antes: M=15,94 vs Após: M=18,55), e Conceito Forenses (Antes: M=6,93 vs Após: M=8,20).

Os formandos após realização da formação também aumentaram globalmente os seus saberes (Score Global dos *Conhecimentos sobre Práticas Forenses* - Antes: M=62,61 vs Após: M=68,59), sendo as diferenças entre os dois momentos de avaliação significativas (teste t para amostras emparelhadas $t=-7,628$; $p=0,000$).

CONCLUSÕES

Inferiu-se que os formandos após receberem formação denotaram melhores conhecimentos sobre práticas forenses. Daí se considerar que o curso teve impacto positivo que se traduziu no aumento e aporte de conhecimentos.

Os resultados denotam a importância da frequência de formação específica para o aporte de conhecimentos na área das ciências forenses. Assim, com vista à melhoria da qualidade na prestação de cuidados às vítimas e ou perpetradores de crimes e melhor auxílio a prestar à justiça na preservação de provas de caráter forense, os cursos académicos na área da enfermagem, deverão incluir conteúdos que dotem os profissionais de conhecimentos/competências atualizados/as.

PALAVRAS CHAVE

Conhecimentos; Ciências forenses; Práticas forenses.

ABSTRACT**INTRODUCTION**

Violence and its subsequent trauma are currently a worldly serious public health problem, so it emerges the need for the professionals who deal with them to have updated knowledge on good practices programs. Among others, it may be considered themes such as protection and victims approach; evaluation and/or assistance to the aggressor; collection and preservation of forensic evidences; communication, documentation and chain of custody. With this purpose, forensic sciences, which embrace a wide range of scientific disciplines, are working together and join their knowledge to help justice solving medico-legal situations. Therefore there is the need to implement initial and continuous training programs in forensic science's fields.

OBJECTIVES

To assess the impact of a short course training in forensic sciences at the level of knowledge about forensic practices (FP); To determine the variability at the level of knowledge of forensic practice (FP) according to gender and age.

METHODS

The cross descriptive study was conducted in a non-probabilistic convenience sample with 72 participants, on a first assessment stage, and 51 participants on the second stage. Samples were constituted mainly by women: 84.7% and 82.4% respectively, with a mean age of 28.62 years old and 30.23 years old on the second assessment.

It was applied the Knowledge Questionnaire on Forensic Practices adapted from QCPEF by Cunha & Liborio (2012) cit in Liborio (2012) and Cunha, Liborio & Coelho (2016).

INTRODUÇÃO

Constituindo a violência e o trauma subsequente um grave problema de saúde pública em todo o mundo (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006; Lynch & Duval, 2011; APEFORENSE, 2012), torna-se essencial a cooperação entre os profissionais de saúde, do sistema judicial e demais cientistas, num esforço colaborativo multiprofissional e multidimensional (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006).

Neste âmbito, o enfermeiro está numa posição única para identificar, avaliar e cuidar das vítimas de violência interpessoal e/ou trauma, providenciando cuidados físicos, emocionais e sociais, assim como para facilitar e promover a preservação, recolha e documentação de vestígios com relevância médico-legal (Emergency Nurses Association (ENA), 2010; Sheridan, Nash & Bresee, 2011; Lynch & Duval, 2011; Whetzel, 2011).

RESULTS

After attending the short course in forensic sciences, graduates rose, on average, their knowledge about forensic practice, including forensic concepts, forensic situations, forensic evidences, communication and documentation in forensic sciences, general care and preservation of forensic evidences. There was a better knowledge at the dimensions of: preservation of forensic evidences (Before: $M = 15.94$ vs. After: $M = 18.55$), and forensic concepts (Before: $M = 6.93$ vs. After: $M = 8.20$). After training, participants have also increased generally their knowledge (Global Score on the knowledge of the Forensic Practice- Before: $M = 62.61$ vs. After: $M = 68.59$). The differences between the two moments of assessment were significant (test t for paired sample $t = -7.628$; $p = 0.000$).

CONCLUSIONS

It was inferred that the trainees, after attending the course, exhibited a better knowledge of forensic practices. We can conclude that the course had a positive impact once it increased the level of general knowledge.

The results confirmed the importance of specific training to ensure knowledge in the field of forensic sciences. Thus, to improve the quality of care to victims and/or perpetrators of crimes and in order to aid justice preserving evidence with forensic value, academic courses in nursing should include contents that provide professionals updated knowledge and/or skills.

KEYWORDS

Knowledge; forensic sciences; forensic practices.

RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES

A recolha e preservação de vestígios forenses atendem o princípio de Locard «No local do crime ficam inevitavelmente, vestígios do criminoso que por sua vez transporta consigo voluntaria ou involuntariamente, vestígios do local onde praticou o ato criminoso», que tem acompanhado a Medicina Legal e as Ciências Forenses, desde que foi estipulado e reconhecido (Silva, 2010; Gonçalves, 2011). Este princípio suporta a tese de que quando uma pessoa ou um objeto entra em contato com outro indivíduo, material ou substância, existe a possibilidade de uma troca entre ambos (Hammer et al., 2006; Innes, 2007 citado por Silva, 2010) e por isso, durante a assistência à vítima, os profissionais devem atender a este princípio de transferência de vestígios, sendo crucial tocar e mover só o estritamente necessário (Gomes, 2010). Utilizar sempre luvas e trocá-las com frequência para evitar a contaminação cruzada é essencial (Da Costa, 2010).

IMPACTO DA FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS FORENSES

COMUNICAÇÃO, DOCUMENTAÇÃO E CADEIA DE CUSTÓDIA

A manutenção da cadeia de custódia é fundamental para garantir a qualidade e o valor probatório dos vestígios (Galvão da Silva, 2006). Para Pinto da Costa (2004) e Lynch & Duval (2011) a documentação clínica é de enorme validade médico-legal, suscetível de aplicação na justiça. Os registos de enfermagem fazem parte do processo clínico do doente e como tal podem integrar um processo médico-legal (Silva, 2010).

A correta preservação de evidências consiste no registo completo, pormenorizado, minucioso, preciso, factual e objetivo, evitando suposições ou imprecisões (Gomes, 2010; Sheridan, Nash & Bresee, 2011; Lynch & Duval, 2011).

“As feridas falam por si” enfatiza Pinto da Costa (2004). Deste modo, devem-se efetuar notas descritivas de cada lesão (tamanho, forma, cor, localização, características da pele circundante e presença de material na lesão ou à sua volta) e condições em que o doente é admitido (como e quando). O local da realização de procedimentos invasivos também deverá ser devidamente identificado (Lynch & Duval, 2011). A documentação da localização e das características das lesões ou de vestígios materiais deve incluir, além do registo escrito um diagrama/ mapa corporal e o registo fotográfico (Sheridan, Nash & Bresee, 2011). Deverá efetuar-se a descrição detalhada de todos os vestígios recolhidos (conteúdo, nome do indivíduo e do profissional, data, hora, local, registo fotográfico e destino final) de modo a manter a cadeia de custódia (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006; Lynch & Duval, 2011).

A documentação da cadeia de custódia deve informar acerca de todos aqueles que manipularam ou entraram em contacto com os vestígios. Toda a transferência de uma pessoa para outra ou de um lugar para outro deverá ser registada e o registo acompanhar as evidências até ao final da investigação, de modo a obter o registo cronológico de onde e com quem estiveram até serem apresentadas em tribunal (Galvão da Silva, 2006; Lynch & Duval, 2011; Sheridan, Nash & Bresee, 2011). Todos os procedimentos efetuados (identificação, recolha, preservação, armazenamento, transporte e análise) devem ser realizados em condições que garantam o seu isolamento e inviolabilidade e ser minuciosamente registados (Galvão da Silva, 2006; Braz, 2010). Do desempenho de todos os envolvidos na assistência à vítima, na recolha e preservação de evidências e na manutenção da cadeia de custódia depende a qualidade e valorização do valor probatório dos vestígios como prova em tribunal (Galvão da Silva, 2006; Vaz, 2008).

PROTEÇÃO E APOIO À VÍTIMA

Em casos que envolvam o tratamento de vítimas ou dos perpetradores do crime, e onde também as evidências de crimes devem ser recolhidas, preservadas e documentadas para posterior exame laboratorial nenhum procedimento forense pode inibir ou atrasar a avaliação e tratamento das situações que impliquem risco de vida, pois, a prioridade em situação de

emergência/urgência é a manutenção da vida.

Quanto mais precoce for a recolha de evidências forenses, maior o êxito da investigação, mas primeiro pensa-se na vítima enquanto pessoa, e só depois como fonte de evidências (Lourenço, 2004a). Devem existir protocolos específicos de abordagem à vítima por forma a conciliar a assistência médica com os procedimentos de investigação criminal (Lourenço, 2004b).

ENFERMAGEM FORENSE

Enfermagem forense deriva do amplo campo da medicina forense (Lynch, 2011), constituindo-se como uma nova prática de enfermagem tornando o enfermeiro num colaborador de relevância do sistema judicial e consiste na aplicação do saber científico e técnico da enfermagem às situações clínicas consideradas forenses. Consiste em saber aplicar a lei ao modo de cuidar a pessoa e representa uma evolução positiva em prol das vítimas (Lopes, 2011). Combina, os conceitos gerais da enfermagem com os princípios das ciências forenses tradicionais e promove, num contexto clínico forense, cuidados diretos às vítimas e ofensores, integrando a ciência forense na prestação de cuidados de enfermagem (APEFORENSE, 2012). A ciência forense incorpora na atualidade o léxico da prática dos enfermeiros (Pyrek, 2006 citado por Silva, 2010), constituindo parte integrante de uma atuação conscienciosa da enfermagem de urgência (Whetzel, 2011).

O exercício de enfermagem forense pode acontecer em diferentes contextos, (instituições de saúde, sistema prisional e na comunidade). Presta assistência às vítimas de violência e aos agressores, intervindo sobre o trauma físico, psicológico e social. (Silva, 2010).

O enfermeiro forense reconhece, intervém e avalia situações de violência, doença ou morte. Possui conhecimento sobre o funcionamento do sistema legal, documenta, preserva e recolhe evidências, podendo proporcionar apoio jurídico e consultadoria às autoridades legais International Association of Forensic Nursing (IAFN), 2006; APEFORENSE, 2012). Ao nível da educação preventiva e da reabilitação poderá intervir em serviços de emergência, de pediatria, de psiquiatria, de saúde comunitária, nas escolas, entre outros (Silva & Silva, 2009).

Em síntese, a enfermagem forense tem vindo progressivamente a ganhar reconhecimento, carece contudo de uma maior difusão e adequada preparação dos profissionais desta área, porquanto a mesma constitui uma emergência social da sociedade atual. Saliencia-se a importância de fornecer aos enfermeiros conhecimentos sobre princípios das ciências forenses, de forma a promover a sua aplicação na prática clínica de enfermagem, garantindo o respeito pelos direitos das vítimas e dando o seu contributo na aplicação da justiça. (Cunha, Libório e Coelho, 2016).

MÉTODOS

O estudo descritivo com enfoque transversal, foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 72 profissionais das ciências da saúde e outras ciências sociais e humanas no primeiro momento de avaliação e por 51 no segundo momento de avaliação. As amostras ficaram constituídas maioritariamente por mulheres 84,7% e 82,4% respetivamente, com uma média de idades de 28.62 anos e de 30.23 anos, no segundo momento de avaliação.

As questões de investigação orientadoras do estudo foram:

- Que níveis de conhecimentos sobre práticas forenses manifestam os profissionais das ciências da saúde e de outras ciências sociais e humanas?
- Em que medida frequência de um curso breve em ciências forenses tem impacto no nível de conhecimentos sobre práticas forenses?
- Existe variabilidade do nível de conhecimentos sobre práticas forenses em função do género e da idade?

Em concordância os objetivos visaram:

- Avaliar impacto da frequência de um curso breve em ciências forenses no nível de conhecimentos sobre práticas forenses (PF);
- Determinar a variabilidade do nível de conhecimentos sobre práticas forenses (PF) em função do género e da idade.

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha dos dados foi realizada em dois momentos, antes e após frequência do Curso breve em ciências forenses com a duração de 15 horas presencias. A avaliação de conhecimentos foi suportada no Questionário de Conhecimentos sobre Práticas Forenses adaptado de Cunha & Libório (2012) cit in Libório (2012) e Cunha, Libório & Coelho (2016).

O Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense (QCPEF) integra na versão original questões sociodemográficas, académicas e sobre a formação em ciências forenses. O Questionário incluiu 74 afirmações dicotómicas (verdadeiro ou falso) e visa avaliar os conhecimentos sobre conceito forenses; situações forenses; vestígios forenses; comunicação e documentação das evidências e os cuidados na preservação de vestígios. A cada um dos itens do QCPEF foi atribuída pelos autores a pontuação de 0 se resposta incorreta, ou 1 se resposta correta. O score global do QCPEF pode oscilar entre 0 e 74 pontos (valores inteiros). Quanto maior for o score global melhor o nível de conhecimentos (Cunha, Libório & Coelho, 2016, p.1903).

A fiabilidade do QCPEF avaliada pelo coeficiente Alfa (α) de Cronbach, global foi de 0.807 e Split-half na primeira parte de 0.785 e segunda parte de 0.673. Como 18 itens apresentaram correlações com o score global inferiores a 0.20, de acordo com Streiner & Norman (1989) seriam eliminados. Porém, os autores optaram por mantê-los no QCPEF, dado representarem aspetos

importantes da enfermagem forense, seguindo a orientação de Maroco & Garcia-Marques (2006, p.84) quando afirmam que “a relevância do item” pode “contrapor à sua remoção”. Privilegiou-se o conteúdo dos itens deixando a validação do QCPEF para estudos futuros em amostras maiores, pois segundo Maroco & Garcia-Marques (2006, p. 80) “só o uso repetido do instrumento com diferentes amostras indica algo sobre a validade do processo inferencial: um instrumento que repetidamente gera dados fiáveis pode dizer-se, com maior confiança, fiável” (Cunha, Libório & Coelho, 2016, p.1903).

O QCPEF compõe-se de seis subescalas: Conceito de Enfermagem Forense com 10 itens (1 a 10), Situações Forenses composta por 12 itens (11 a 22), Vestígios Forenses formada por 12 itens (23 a 34), Comunicação e Documentação constituída por 10 itens (35 a 44), Cuidados de Enfermagem Gerais com 10 itens (45 a 54) e Preservação de Vestígios com 20 itens (55 a 74). O estudo da consistência interna das subescalas mostrou índices razoáveis em três (Situações Forenses, Vestígios Forenses e Comunicação e Documentação), oscilando entre 0.600 e 0.816, e índices baixos nas restantes, variando de 0.533 a 0.573 (Cunha, Libório & Coelho, 2016, p.1903).

A determinação da matriz de correlação de Pearson entre as diversas subescalas e entre estas e o score global, mostrou correlações positivas e significativas entre as seis subescalas e o score global de conhecimentos oscilando entre 0.498 e 0.684. Entre as seis subescalas verificam-se cinco correlações ínfimas e não significativas, oscilando entre -0.004 e 0.117 e dez correlações positivas significativas variando entre 0.171 e 0.473 (Cunha, Libório & Coelho, 2016, p.1903).

PROCEDIMENTOS

A realização do estudo cumpriu ainda os seguintes procedimentos: obteve o Parecer favorável (Nº24/2013) da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), a recolha de dados foi autorizada pelo Presidente da ESSV, foi solicitado Consentimento informado aos participantes e a aplicação do Questionário foi precedida da respetiva autorização por parte dos autores Cunha e Libório (2012).

RESULTADOS

A análise dos resultados evidenciou que a maioria dos formandos, antes de iniciar o curso, relataram ter interesse em frequentar formação específica na área de ciências forenses (79,2%), preferindo frequentar formação avançada, sendo que 36,8% optaria por um curso de pós graduação e 24,6% por frequentar um mestrado.

A necessidade da existência de enfermeiros forenses em Portugal foi salientada por 62,0% 98,6% dos participantes. Sendo a intervenção do enfermeiro forense considerada respetivamente como importante (71,8%) e muito importante (24,0%).

Antes de iniciar o curso a maioria dos participantes (55,6%) classificou os seus conhecimentos sobre prática forenses como

IMPACTO DA FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS FORENSES

sendo pouco apropriados, 23,6% avaliou-os como razoáveis, 11,1% referiu não possuir conhecimentos e 9,7% considerou possuir conhecimento apropriados acerca desta temática.

NÍVEL DE CONHECIMENTOS SOBRE PRÁTICAS FORENSES ANTES DE FREQUENTAR UM CURSO BREVE EM CIÊNCIAS FORENSES.

A maioria dos participantes demonstrou reunir conhecimentos positivos sobre práticas forenses, 37,5% revelou défice de conhecimentos, 36,1% pontuou com bons conhecimentos e em 26,4% os mesmos foram razoáveis. Nos homens o grupo mais representado foi bons conhecimentos (63,6%), já nas mulheres 42,6% e 31,2% pontuaram com insuficientes e bons conhecimentos, respetivamente. Os valores residuais ajustados revelam que as diferenças entre os géneros são significativas ($\chi^2=2.1$).

O estudo dos conhecimentos sobre práticas forenses revelou que os homens detinham melhores conhecimentos globais face às mulheres (OM=50,14 vs OM=34,04), (Teste U de Mann Whitney $U=185,5$; $Z=-2,353$; $p=0,019$). Observaram-se também diferenças significativas nas dimensões Cuidados Gerais ($p=0,045$) e Preservação de Vestígios Forenses ($p=0,002$), apresentando os homens, também nestas dimensões, melhores conhecimentos. Inferiu-se assim que os conhecimentos sobre práticas forenses variam em função do género.

A idade não teve efeito nos conhecimentos sobre práticas forenses ($r=-0,097$; $p=0,422$; $t=-0,807$; $p=0,422$).

A análise da relação entre as variáveis gostaria de frequentar formação específica na área de ciências forenses e conhecimentos sobre as práticas forenses, revelou que os formandos que pretendem frequentar uma formação nesta área apresentaram maior número de respostas corretas, tradutoras de melhores conhecimentos (OM=40,65 vs OM=20,73), sendo as diferenças significativas ($U=191,0$; $Z=-3,287$; $p=0,000$), ou seja, os formandos que manifestam querer aprender e integrar uma formação académica específica são os que pontuaram com scores mais elevados nos conhecimentos sobre práticas forenses.

Também se observou que os formandos que avaliaram os seus saberes como razoáveis apresentaram melhor score global sobre práticas forenses (OM=43,47), por sua vez os formandos que avaliaram o seu nível de conhecimento como apropriado, exibiram valor mais baixo no score global (OM=17,07) sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas (Kruskal Wallis $H=9,421$; $p=0,024$).

NÍVEL DE CONHECIMENTOS SOBRE PRÁTICAS FORENSES APÓS FREQUENTAR UM CURSO BREVE EM CIÊNCIAS FORENSES.

A segunda avaliação do nível de conhecimentos sobre práticas forenses decorreu após frequência do Curso Breve em Ciências Forenses. A amostra ficou constituída apenas por 51 participantes dado que alguns formandos não frequentaram o último dia do curso, não participando na segunda fase do

estudo. A constituição da amostra manteve-se maioritariamente do sexo feminino (82,4%), com idades entre os 19 e os 58 anos, com uma idade média de 30,23 anos ($Dp=8,92$).

A análise dos Conhecimentos sobre Práticas forenses em função do género, nesta segunda amostra, revelou que os homens apesar de obterem conhecimentos globais ligeiramente superiores aos das mulheres (OM=26,90 vs OM =21,89), as diferenças não foram estatisticamente significativas (Teste U de Mann Whitney $U=114,5$; $Z=-1,098$; $p=0,272$). Inferiu-se assim, que após realização da formação os conhecimentos não se modificam em função do género.

A idade também não influenciou os conhecimentos sobre a práticas forenses, ($r=0,075$; $p=0,269$; $t=1,120$; $p=0,269$).

A comparabilidade dos Resultados para o nível de conhecimentos foi realizada apenas entre os 51 participantes que integraram as duas fases do estudo.

Após frequentarem o curso breve em ciências forenses, os formandos aumentaram, em média, os conhecimentos relativos às práticas forenses, designadamente nas dimensões conceitos forenses, situações forenses, vestígios forenses, comunicação e documentação em ciências forenses, cuidados de gerais e preservação de vestígios forenses. Verificou-se maior aumento do nível de conhecimentos na dimensão Preservação de Vestígios (Antes: $M=15,94$ vs Após: $M=18,55$), e na dimensão Conceitos Forenses (Antes: $M= 6,93$ vs Após: $M=8,20$).

Aplicou-se o teste t para amostras emparelhadas para determinar se existiam diferenças nas médias para o nível de conhecimentos, antes e após, frequentar o curso breve em ciências forenses. Os resultados revelaram que os formandos após realização da formação aumentaram globalmente os seus saberes (Score Global dos Conhecimentos sobre Práticas Forenses - Antes: $M=62,61$ vs Após: $M=68,59$), sendo as diferenças entre os dois momentos de avaliação significativas ($t=-7,628$; $p=0,000$).

DISCUSSÃO

Os formandos após participarem no Curso Breve de Ciências Forenses denotaram melhores conhecimentos sobre práticas forenses. Daí se considerar que o curso teve impacto positivo que se traduziu no aumento e aporte de conhecimentos. Estes resultados são concordantes com os evidenciados noutras pesquisas citadas por Cunha, Libório & Coelho (2016 p.1902), tais como:

O estudo de Lourenço, (2004a) mostrou que a maioria dos enfermeiros não possuía conhecimentos em medicina legal, que não detinham formação na área e que todos reconheceram a necessidade de formação específica para preservação de evidências médico-legais. Também Canelas (2008) apurou que 90,1% dos profissionais de saúde inquiridos não detinham formação para cuidar de vítimas de violência e 76,9% manifestaram necessidade de frequentar formação. Silva (2010) ao estudar a opinião e conhecimentos de 149 enfermeiros sobre preservação de vestígios, constatou que a maioria (93.3%)

IMPACTO DA FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS FORENSES

não possuía formação na área da medicina legal e que 71,7% sentiam necessidade dessa formação. Por último, Gonçalves (2011) inferiu que a maioria dos enfermeiros por si inquiridos apresentou défice de conhecimentos e necessidade de formação na área.

Como implicações para a prática partilhamos das apresentadas por Cunha, Libório & Coelho (2016), salientando que a formação contínua dos profissionais, a capacitação efetiva (técnica e material) das unidades de cuidados e a elaboração de manuais de boas práticas que facultem orientações e concretizem compromissos organizacionais são estratégias que urge implementar. Os estudos citados evidenciam défice de formação e de conhecimentos dos enfermeiros sobre ciências forenses, convergindo todos para a necessidade de repensar a formação académica, bem como o papel, as competências e a importância da prática do enfermeiro forense, problemáticas ainda pouco exploradas no contexto académico do nosso país (Cunha, Libório & Coelho, 2016, p.1902).

CONCLUSÕES

Inferiu-se que os formandos após receberem formação denotaram melhores conhecimentos sobre práticas forenses. Daí se considerar que o curso teve impacto positivo que se traduziu no aumento e aporte de conhecimentos.

Os resultados denotam a importância da frequência de formação específica para o aporte de conhecimentos na área das ciências forenses. Assim, com vista à melhoria da qualidade na prestação de cuidados às vítimas e ou perpetradores de crimes e melhor auxílio a prestar à justiça na preservação de provas de caráter forense, os cursos académicos na área da enfermagem, deverão incluir conteúdos que dotem os profissionais de conhecimentos/competências atualizados/as.

AGRADECIMENTOS

FCT, CIEC, Universidade do Minho, Portugal // CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (2012). *Sobre APFORENSE* [em linha]. Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (APFORENSE) Facebook Web site. Acedido em 16, novembro, 2012, em <https://www.facebook.com/pages/APEFORENSE/241312185903245?v=info>

Braz, J. (2010). *Investigação criminal - a organização, o método e a prova - os desafios da nova criminalidade*. (2.ª ed.). Coimbra: Almedina.

Canelas, M. P. P. (2008) - *Violência Doméstica Contra as Mulheres: Relação entre os valores dos profissionais*

de saúde e a motivação para fazer uma abordagem diferenciada às vítimas [em linha]. Ordem dos Enfermeiros (OE) Web site. Acedido Janeiro 8, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/crce/RIE/Documents/paula_canelas_mestrado_psicologia_da_saude2008.pdf

Cunha, M., Libório, R. & Coelho, M. (2016). *Knowledge Questionnaire over Forensics Nursing Practices*. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 217, 217: 1089- 1097.

Da Costa, N. B. (2010). *Atitude Médica Perante Uma Vítima de Ferimento por Arma de Fogo: Como Proceder*. *Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade do Porto, Portugal*. Acedido em 12, novembro, 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53698/2/Atitude%20Mdic%20Perante%20uma%20Vtima%20de%20Ferimento%20por%20Arma%20de%20Fogo%20%20Como%20Proceder.pdf>

Emergency Nurses Association (2010). *Forensic evidence collection* [em linha]. Emergency Nurses Association (ENA) Web site. Acedido em 16, novembro, 2012, em <http://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Forensic%20Evidence.pdf>

Galvão da Silva, F. G. S. (2006). *Preservação da Cadeia de Custódia em vestígios biológicos para fins forenses: caracterização da situação actual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos*. *Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal*. Acedido em 12, novembro, 2012, em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1018>

Gomes, A. M. (2010). *Papel do Enfermeiro perante Abuso Sexual na Mulher* [em linha]. *Forum enfermagem* Web site. Acedido em 10, novembro, 2012, em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3566:papel-do-enfermeiro-perante-abuso-sexual-na-mulher&catid=216:julho-a-agosto-2010

Gonçalves, S. I. F. (2011). *Vivências dos Enfermeiros na Manutenção de Provas Forenses no Serviço de Emergência*. *Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal*. Acedido em 6, novembro, 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57083/2/TeseSusanaGoncalves.pdf>

Hammer, R. M., Moynihan, B. & Pagliaro, E. M. (2006). *Forensic nursing: A handbook for practice*. Massachusetts: Jones and Bartlett.

Libório, R. P. G. (2012). *Práticas de Enfermagem Forense: Conhecimentos em Estudantes de Enfermagem*. dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Saúde de Viseu

Lopes, D. F. (2011, Fevereiro 17). *Enfermagem forense: Apoio à vítima de maus-tratos*. Diário de Leiria. Acedido em 7, janeiro, 2013, em <http://www.pt.cision.com/O4KPTWebNewLayout/ClientUser/GetClippingDetails.aspx?id=9bc96e28-c9a2-445b-9b7c-2685c5a8bd6b&analises=1>

Lourenço, I. M. S. (2004a). *A Importância do conhecimento dos profissionais de saúde na preservação de evidências médico-legais: Contributo dos gabinetes médico-legais*. In III Congresso Ibérico de Medicina Legal, Porto, 21-23 Jun. 2007. Acedido em 12, janeiro 2013, em http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/472/1/Poster_MLegal%5b1%5d.pdf

Lourenço, I. M. S. (2004b). *A importância do conhecimento dos profissionais de saúde na preservação de evidências médico-legais*. In III Congresso Luso-Brasileiro de Bioética, Ponta Delgada, 2-3 Abr. 2004. Acedido Janeiro 12, 2012, em http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/474/1/Comun_A%c3%a7_04.pdf

Lynch, V. A. & Duval, J. B. (2011). *Forensic nursing science*. (2.ªed.). St. Loius: Elsevier Mosby

Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?* Laboratório de Psicologia. 4 (1), 65-90. Acedido Janeiro 16, 2012, em [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)

Pinto da Costa, J. E. L. (2004). *Ao sabor do tempo: Crónicas médico-legais*. Vila Nova de Famalicão: Quasi Edições.

Streiner, D. & Norman, G. (1989). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. (4ª.ed.). Oxford: Oxford University Press.

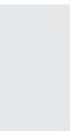
Sheridan, D. J., Nash, K. R. & Bresee, H. (2011). *A enfermagem forense na urgência*. In S. Sheely, *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*. (6ªed.). (189-202). Loures: Lusociência

Silva, C. J. C. (2010). *Os Enfermeiros e a preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual, no serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal. Acedido em 13, novembro, 2012, em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26910/2/Cristina%20Silva%20%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Medicina%20Legal%20%202010.pdf>

Silva, K. B. & Silva, R. C. (2009). *Enfermagem forense: Uma especialidade a conhecer*. Cogitare Enfermagem, 14 (3), 464-468. Acedido em 28, novembro, 2012, em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16191/10709>

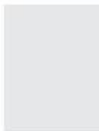
Vaz, J. A. (2008). *Metodologias de detecção de vestígios biológicos forenses*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Biologia – Universidade de Aveiro, Portugal. Acedido Janeiro 8, 2012, em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/798/1/2009000584.pdf>

Whetzel, E. (2011). *Resolution emergency nursing and forensic nursing [em linha]*. *Emergency Nurses Association (ENA)* Web site. Acedido em 18, novembro, 2012, em <http://www.ena.org/searchcenter/pages/results.aspx?k=Forensic%20nursin>



HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

NURSING HISTORY



A RELEVÂNCIA DA ACEPS NO PERCURSO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM THE ACEPS RELEVANCE IN THE HISTORICAL COURSE OF NURSING

Margarida Vieira¹

¹Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da saúde, Porto

RESUMO

INTRODUÇÃO

A história da enfermagem portuguesa é partilhada pela história da Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais da saúde (ACEPS) desde 1950, data em que se formalizou a Comissão Organizadora da Associação.

DESENVOLVIMENTO

Enfermeiras portuguesas notáveis com idoneidade moral e competência reconhecida estiveram na génese, implementação e desenvolvimento da ACEPS, e por via da mesma promoveram o desenvolvimento técnico-científico com enfoque humanista dos enfermeiros e da enfermagem em Portugal.

A história das organizações e dos movimentos, é feita pelas pessoas que os integram. Daí ser imperativo destacar o incontornável contributo da Enfermeira Emília Maria da Costa Macedo para os desígnios da ACEPS.

CONCLUSÕES

Conhecer a história, ajuda-nos a compreender o presente, mas deve, sobretudo, preparar-nos para enfrentar o futuro. Como aconteceu no passado, a enfermagem e a comunidade de hoje precisam que a ACEPS continue o seu caminho e a sua missão.

PALAVRAS CHAVE

História; Enfermagem; Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais Saúde

ABSTRACT

INTRODUCTION

The Portuguese nursing history is shared with the history of the Catholic Nurses and Health Professionals Association (ACEPS) since 1950, the date when the Association's Organizing Committee was formalized.

DEVELOPMENT

Notable Portuguese nurses with moral integrity and acknowledged competence were in the genesis, implementation and development of the ACEPS, and through it promoted the humanistic centred technical-scientific development of nurses and nursing in Portugal.

The history of organizations and movements is made through the persons in them. It is though imperative to highlight the undeniable and singular contribute of the Nurse Emília Maria da Costa Macedo for the ACEPS' purposes.

CONCLUSIONS

To know the history helps understanding the present, but above all, should prepare us for facing the future. As happened in the past, nursing and nowadays community need ACEPS to continue its path and its mission.

KEYWORDS

History; Nursing; Catholic Association of Nurses and Health Professionals

A RELEVÂNCIA DA ACEPS NO PERCURSO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM

INTRODUÇÃO

Pedi-me a organização do 3º Congresso Nacional da ACEPS que reflita sobre a relevância da associação no percurso da enfermagem. Considerando o tempo disponível, desde logo importa impor alguns limites a esta reflexão. O título sugere que nos devemos referir ao período da história de enfermagem partilhado pela história da ACEPS, portanto, desde 1950 – data em que se formalizou a Comissão Organizadora da Associação composta por: Maria Inês Stilwell, Amélia de Montalvão, Maria Antónia Torres Pereira, sendo seu Assistente Pe Victor Franco. Mas é certo que nada nasce por acaso; nesta origem esteve o grupo de enfermeiras que no ano anterior tinha visitado a sede do CICIAMS, auscultando a possibilidade da integração de uma associação nacional nesta federação. Este grupo tinha já participado no congresso do CICIAMS em 1948 e aqui se iniciaram os primeiros contactos para a criação de uma associação em Portugal. Para nós, que sabemos que a vida se inicia na concepção e não no nascimento, faz sentido considerar também este período de incubação como já história da associação.

DESENVOLVIMENTO

Por razões metodológicas (1), parece-nos adequado, numa primeira fase, lembrar o contexto da enfermagem portuguesa na primeira metade do século XX, para depois nos determos na influência da ACEPS no percurso seguinte.

O mundo vivia no rescaldo da II guerra mundial e os avanços da medicina, da tecnologia e da farmacologia, também se faziam sentir em Portugal. Desde 1918 dispúnhamos em Lisboa de uma Escola Profissional de Enfermagem. O Decreto 4:563, de 12 de Julho de 1918, da então Secretaria de Estado do Interior – Direção Geral de Assistência, que reorganizou os serviços dos Hospitais Cívicos de Lisboa, considerava no seu preâmbulo que “deixam muito a desejar os serviços de enfermagem e é mau o recrutamento do seu pessoal, porque é menos de miseravelmente retribuído, apesar de ser pesado o encargo e esgotante a missão desta prestigiante classe. Urgia por termo a semelhante situação, absolutamente inadiável, por ser a fome sempre má conselheira, tratar-se dos funcionários do Estado que pior remunerados são e sem sombra de equidade com quaisquer outros, além da sua imediata melhoria ser antiga e constante reclamação do corpo clínico, dos próprios interessados e todos os que conhecem a sua desgraçada existência.” (2)

No mesmo decreto, “constituíram preocupação” a “completa remodelação dos serviços de enfermagem, da Escola Profissional de Enfermagem e a fixação do critério de competência, idoneidade moral e aptidão para tal modo de vida, no recrutamento do pessoal”. Considerava-se ainda que estes critérios precisavam ser “pontos cardiais a orientar as direções hospitalares, se quiserem ter e criar para todo o país serviço de enfermagem e não um nateiro de curandeiros ou enfermeiros

clínicos, como os hospitais têm produzido por quasi exclusiva culpa dos seus clínicos”. (2)

Destinava-se então a Escola Profissional de Enfermeiros à formação de pessoal de enfermagem, oferecendo uma formação de três anos, dividida em curso geral de dois anos e curso complementar de um ano, sendo este exigido para a nomeação de enfermeiros chefes; e passaram os seus diplomas a ser exigidos para a nomeação do pessoal definitivo dos quadros dos Hospitais Cívicos de Lisboa (2).

É interessante notar neste diploma o que se verificaria em todas as sucessivas reformas do ensino nas suas repercussões na organização profissional. Previa-se aqui que as nomeações do pessoal de enfermagem viessem a ser feitas nos termos agora definidos e logo que estivesse publicado o respetivo regulamento, mas garantia-se que “ao pessoal existente nessa data é garantida a sua promoção até enfermeiro sub-chefe, nos termos da actual legislação e com as preferências até agora consignadas aos diplomados pela actual Escola de Enfermagem, cujo curso ficará equiparado, para tal efeito, ao curso geral da nova escola”. A “actual escola” era a Escola criada pela Portaria Ministério do Reino em 28 de janeiro de 1886, por iniciativa do Dr Tomás de Carvalho, enfermeiro-mor à altura e de que foi primeiro professor o Dr. Artur Ravara, que viria a dar nome a esta escola em 1930 (3). O interessante neste diploma é prever um corpo docente de “três ou mais professores, conforme a frequência e necessidade do serviço, que deveriam ser clínicos dos Hospitais Cívicos de Lisboa”. E para os coadjuvar a “educação profissional e moral dos alunos da Escola Profissional de Enfermagem e o respetivo diretor na direção e vigilância dos serviços e pessoal não docente, poderá ser contratada no estrangeiro uma enfermeira com idoneidade e competência, a qual desempenhará as funções de enfermeira chefe das duas enfermarias do serviço clínico anexo à escola e as de regente e fiscal do pessoal e edifício”. Não é este o espaço para refletir sobre as competências aqui atribuídas a esta enfermeira chefe – basta reparar que a permissão para ser contratada no “estrangeiro” permite concluir que se duvidava ser possível encontrar em Portugal uma enfermeira com a idoneidade e competência para tal.

Havia certamente jovens de boas famílias, com idoneidade moral e competência, porque formadas em enfermagem, mas não estariam dispostas a exercer tal função – isto é, a exercer uma profissão remunerada, porque tal não estava destinado a meninas ou senhoras da sociedade. Mas nem por isso elas deixavam de aprender enfermagem, pois esses conhecimentos eram uteis e necessários a qualquer dona de casa – como preconizou Florence Nightingale (4). Aliás, no Relatório Geral de 1917-1918, da Cruzada das Mulheres Portuguesas pode ler-se “A comissão de enfermagem trabalhou tão inteligentemente que num curto espaço de tempo conseguiu habilitar um

A RELEVÂNCIA DA ACEPS NO PERCURSO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM

avultado número de enfermeiras, algumas já prontas a partir para os hospitais de sangue, e atualmente prestando serviço em hospitais militares". Do que se lê no relatório, estas enfermeiras foram formadas por clínicos do Hospital de S. José e sujeitas a exame presidido por um Delegado do Governo (como se exigia em Exames de Estado) já que se pretendia fosse formado "um corpo de enfermeiras portuguesas que estivesse à altura do valor militar, do patriotismo e do sacrifício dos nossos soldados" (5)

Recorde-se que, nesta data (1918), funcionavam em Portugal cursos de enfermagem nesta Escola Profissional de Enfermeiros, em Lisboa, na Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra (assim denominada desde 1916) e funcionava no Hospital de Santo António, no Porto, um Curso de Enfermagem. Também em Braga, a Santa Casa da Misericórdia tinha criado a Escola de Enfermagem do Hospital de S. Marcos em 1912. Passados vinte anos teríamos já duas escolas privadas, instituídas por congregações religiosas – no Porto, a congregação das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição iniciou em 1935, na Casa de Saúde da Boavista, um curso de enfermagem e à qual seria concedido o Alvará para funcionamento em 1937 com designação de Instituto de Ensino de Enfermagem da Associação das Franciscanas em "regime de planos e programas próprios". Neste ano, sob a direção da Irmã Eugénia Tourinho, da Congregação das Filhas da Caridade de S. Vicente de Paulo, iniciou o funcionamento a Escola de Enfermagem da Associação de Beneficência das Casas de São Vicente de Paulo que viria a ser reconhecida oficialmente em 1939. Nesta escola se viria a publicar mais tarde um boletim que esteve na génese da Revista *Servir*.

Precisamos de esperar por 1942 para o Estado reconhecer que continuava a verificar-se "no ensino e prática de enfermagem, geral e especializada, graves deficiências" (6). Reconhece-se neste diploma que "a aprendizagem é confiada ao simples tirocínio prático ou à improvisação das boas vontades que, por generosa dedicação ou necessidade profissional, se entregam a esse nobre mester" e acrescenta que "as próprias escolas existentes, particulares ou oficializadas, trabalham longe de uma acção educativa e exemplificadora eficiente, que só poderia advir-lhe de um pessoal de escol incumbido de formar os seus pares, mas este, ou não existe, ou não se encontra selecionado e posto ao serviço do ensino" o que é agravado pela "falta de qualquer espécie de coordenação entre as escolas existentes". Urgia por isso introduzir disposições há muito previstas em legislação anterior para a Escola de Enfermagem Artur Ravarra e demais escolas em estabelecimentos dependentes do Ministério do Interior. Ao que aqui nos importa, vale a pena ressaltar que se reconhecia neste diploma que "cada vez mais a profissão de enfermagem reclama competência técnica assegurada" mas afirmava que tal não seria suficiente. Não poderiam esquecer-se ou secundarizar-se os "demais factores de que depende

a eficiência da sua função" e que deviam ser apurados e cultivados em escolas e estágios que para isso reunissem as condições indispensáveis. Eram estes fatores: "o valor pessoal e moral, a cultura geral, a educação, o sentido de observação e a capacidade de referência exacta dos dados recolhidos" (6).

Por outro lado, o decreto 32171, de 29 de julho de 1942 tinha definido das circunstâncias do exercício ilegal de atos médicos e urgia definir as condições em que poderia ser concedido diploma ou permissão de exercer a enfermagem a, nomeadamente a quem o viesse fazendo há anos sem diploma (7). Foi então que se criou uma comissão para estudar, propor e dar execução às melhorias e modificações indispensáveis à transformação e ampliação da Escola de Enfermagem Artur Ravarra para que esta cumprisse os fins previstos nos decretos nº 4563, de 1918 (2) e o nº 19060, de 1930 (3). E a partir daqui se definiram a duração do curso e condições para admissão, entre as quais a idade mínima de 18 anos e máxima de 30, habilitações literárias comprovadas e bom comportamento moral, e ainda, para os candidatos à enfermagem hospitalar do sexo feminino, ser solteira ou viúva sem filhos. Este decreto (nº 32:612, de 31 de Dezembro de 1942) é muitas vezes citado por proibir o acesso à enfermagem hospitalar a mulheres casadas, mas a sua importância maior reside no seu artigo 10º, ao prescrever que "a partir de 1 de Janeiro de 1944 será proibido o exercício público da profissão de enfermagem a quem não esteja munido de diploma". Mas de novo se evitam ruturas e se excetua "...o pessoal de enfermagem que em 31 de Dezembro de 1942 tenha completado mais de cinco anos de prática profissional" e "o pessoal que, tendo mais de dois anos e menos de cinco anos de tirocínio, der provas de aptidão profissional perante júris propostos pela Direção Geral de Saúde", sendo que estas "provas" poderiam ser feitas por atestado passado pelos diretores dos estabelecimentos ou casas de assistência onde o pessoal de enfermagem estiver prestando serviço ou por atestado do respetivo delegado de saúde" – e assim se passou a usar "papel azul" para "provar" a competência para o exercício da profissão.

Neste ano, em 1942, também há que registar outro facto importante: na Escola de Enfermagem da Associação de Beneficência das Casas de São Vicente de Paulo termina o Curso de Enfermagem uma jovem que viria a influenciar o percurso de enfermagem até à viragem do século: de seu nome, Emília Maria da Costa Macedo da Costa Cabral. O seu papel viria a ser determinante no desenvolvimento da enfermagem nas décadas seguintes, como veremos mais à frente.

Teríamos ainda que esperar por 1947, para de novo o estado reconhecer que, além da falta de pessoal de enfermagem, o "problema reveste ainda um outro aspecto: baixo nível de preparação técnica, embora compensado, em parte, pelo tradicional carinho dispensado aos doentes pelos enfermeiros que os assistem" (8). Apresentando como justificação o que se passava em Inglaterra desde a criação da primeira escola

A RELEVÂNCIA DA ACEPS NO PERCURSO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM

de enfermagem em 1860, pelo exemplo dos Estados Unidos onde se tinham criado 2100 escolas entre 1873 e 1926, mas sobretudo com a necessidade de formar enfermeiros para os hospitais cuja construção de uns e ampliação de outros, já tinha sido decidida, procede-se a reorganização do ensino de enfermagem “visando assegurar a melhor preparação do pessoal e a sua mais rigorosa selecção técnica e moral, dando-se aberta preferência ao sexo feminino” (8). Passam então a formar-se Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiros e prevê-se a formação de Enfermeiros Chefes e Monitores.

Em 1952 há dois acontecimentos a registar: desde logo um novo diploma legal, passados que estavam cinco anos da reorganização do ensino, afirmando que nada havia a rever ou emendar, mas se considera fundamental melhorar a preparação técnica dos enfermeiros e elevar o seu nível social e profissional. Na falta de elementos necessários à efetivação dum diagnóstico seguro sobre a vocação das candidatas, apertam-se as regras que condicionam a admissão nas escolas de enfermagem. E é também em 1952 que a enfermagem se começa a desenvolver mais internacionalmente. Recordemos que é nesta data que é lançada a primeira revista de investigação em enfermagem – *Nursing Research* (9) – e publicada a tese de Hildegarde Peplau (10), que viria a ser considerada a primeira teórica de Enfermagem após Nightingale.

É pois, neste contexto, que surge a Associação Nacional de Enfermeiras Católicas (ANEC), com a sua génese em 1948, como inicialmente foi referido. Em 1952 iniciou-se a publicação da revista *SERVIR* e em 1955 já estavam criadas as regiões de Coimbra, Braga e Porto.

Desde logo a ANEC visou, com a sua ação, a formação integral dos seus membros. Estávamos num tempo onde, para além da formação técnica se impunham valores pessoais e morais, a cultura geral e a educação. Quem conhece a história da associação e os relatórios das suas atividades sabe como levou a peito a sua missão, proporcionando ações de formação, retiros, passeios e campos de férias, visitas de estudo e visitas culturais, procurando elevar o nível social e cultural das enfermeiras. E, não menos importante, zelando pelo valor pessoal e moral, no acompanhamento de tantas jovens que vinham da província para a cidade grande, solteiras e ingénuas, como era suposto, onde passavam a residir e trabalhar, sujeitas a um ambiente nem sempre protetor das suas virtudes.

E, hoje, aqui, podemos dizer que a ACEPS, enquanto organização ou pela influência direta dos seus membros ou dirigentes, participou e influenciou o percurso da enfermagem nas décadas seguintes. Além do apoio diretos aos sócios, e do zelo constante pelo seu desenvolvimento social, cultural e espiritual, a associação tem vindo a contribuir significativamente para o desenvolvimento da enfermagem. Desses contributos, porque

não cabe aqui dissecar toda a ação, destaco:

- o inegável contributo à formação contínua dos enfermeiros, quando era escassa e de difícil acesso, com organização de inúmeros cursos, seminários e congressos. Saliente-se o contributo ao desenvolvimento teórico da enfermagem portuguesa pelos cursos lecionados por Wanda de Aguiar Horta, entre outros conferencistas de renome internacional; o Congresso Europeu, em 1964, subordinado à temática “Enfermagem na Europa de Amanhã”, e o Congresso Mundial da CICIAMS, em Lisboa, em Outubro de 1986;
- a participação no Congresso Nacional de Enfermagem, em 1973, que abriu portas à luta por uma carreira única, a integração no ensino superior e a criação da Ordem dos Enfermeiros;
- a promoção e o desenvolvimento do ensino, de que destaco a representação na elaboração da reforma curricular de 1976, que dotou o ensino de um curriculum inovador; e a criação do primeiro mestrado em enfermagem em Portugal, pela influência junto da Universidade Católica, em 1991.
- a divulgação da deontologia profissional, e a participação na elaboração do Código Deontológico português, que viria a ser aprovado por todas as organizações profissionais, em 1991 e foi assumido, em 1998, pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
- o movimento pela humanização dos hospitais, levando a todos os recantos, pela ação das suas regiões e dos seus sócios, uma mensagem ainda tão atual quanto necessária;
- a luta pelo reconhecimento do direito à objeção de consciência entre os profissionais de saúde, e da valorização da vida, desde a conceção.
- a criação da Ordem dos Enfermeiros, participando no movimento para a sua criação e indicando um membro para a Comissão Instaladora.

Como dizia antes, a história das organizações e dos movimentos, é feita pelas pessoas que os integram. Podemos por isso afirmar o incontornável contributo da Enfermeira Emília Maria da Costa Macedo para os desígnios da ACEPS.

Como todos sabem, a Enfermeira Costa Macedo integrou os corpos diretivos da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS) em 1956, tendo sido presidente nacional de 1962 a 2006.

Pelo serviço realizado em prol da dignidade humana, foi-lhe atribuída, em 1982, a Medalha Pro Ecclesia et Pontífice, pela Santa Sé e, em 1988, a condecoração do grau de oficial da Ordem de Mérito, pelo Presidente da República e a Medalha de Ouro do

A RELEVÂNCIA DA ACEPS NO PERCURSO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM

Ministério da Saúde de Portugal. Pelo seu contributo na afirmação social da Enfermagem em Portugal e, fundamentalmente, na criação da Ordem dos Enfermeiros, em 2000 obtém um Louvor com Distinção, sendo o primeiro processo de reconhecimento por mérito na Ordem dos Enfermeiros.

É certo que muito do seu esforço e contributo foi realizado enquanto diretora da Escola Artur Ravara, mas não menos o foi enquanto presidente da ACEPS. Aqui era o seu lugar, por excelência. Era aqui a sua casa, o lugar da sua realização mais genuína. O seu contributo para a Enfermagem portuguesa confunde-se com o contributo da ACEPS e é difícil separá-los.

CONCLUSÕES

Conhecer a história, ajuda-nos a compreender o presente, mas deve, sobretudo, preparar-nos para enfrentar o futuro.

Hoje, a enfermagem está social e academicamente consolidada, apesar da insatisfação de muitos enfermeiros com os seus contratos de trabalho. A formação contínua e avançada não carece mais da boa vontade e esforços das organizações profissionais; pelo contrário, a multiplicidade da oferta formativa das instituições de ensino obriga os enfermeiros a percursos avisados sobre o que pode traçar o seu futuro.

Mas a comunidade continua a precisar de vozes que gritem no deserto da desumanização e violência que vinga nos cuidados de saúde. Vozes que falem do essencial, que abram caminho e iluminem as escolhas profissionais – porque os enfermeiros continuam a ser pessoas que cuidam de pessoas, mas precisam continuamente alimentar a chama que acalenta a compaixão; precisam de encontrar e alimentar o sentido do que fazem, renovando-se continuamente no serviço e fidelidade ao essencial da sua profissão, que para muitos, nomeadamente para os membros da ACEPS, é também a sua profissão de fé.

Como aconteceu no passado, a enfermagem e a comunidade de hoje precisam que a ACEPS continue o seu caminho e a sua missão.

Bem hajam!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vieira, M.M. & Ferreira, J. (2008) *Investigação histórica: um instrumento para o desenvolvimento profissional*. SERVIR. Setembro de 2008, Vol. 56, pp. 167-172
2. *Secretaria de Estado do Interior, Direção Geral de Assistência*. Decreto nº 4:563. 12 de Julho de 1918.
3. *Direcção Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa*. Decreto nº 19:060. 24 de Novembro de 1930.
4. *Nightingale, Florence. Notes on Nursing. What it is and what it is not*. New York : Dover Publications, Inc, 1969, reimpressão da 1ª edição (1860).
5. *Cruzada das Mulheres Portuguesas*. Relatório Geral 1917-1918. Lisboa : s.n., 1918.
6. *Ministério do Interior*, Sub-secretaria da Assistência Social. Decreto nº 32:612. 31 de Dezembro de 1942.
7. *Ministério da Justiça*. Decreto-lei nº 32:171. 29 de Julho de 1942.
8. *Ministério do Interior, Subsecretariado de Estado da Assistência Social*. Decreto-lei nº 36:219. 10 de Abril de 1947.
9. *Nursing Research*. ISSN: 0029-6562 | online 1538-9847.
10. Peplau, Hildegard E. *Interpersonal Reactions in Nursing*. New York : J. P. Putman & Sons, 1952.

MARIA INÊS STILWELL, FUNDADORA DA ACEPS (1914-2001)**MARIA INÊS STILWELL, ACEPS'S FOUNDER (1914-2001)***Carlos Subtil¹*¹ICS – Universidade Católica Portuguesa**RESUMO****INTRODUÇÃO**

A apresentação biográfica de Inês Stilwell sugere uma reflexão prévia sobre a história social da enfermagem, a história das mulheres, o valor do método biográfico e os movimentos juvenis enquadrados pelo Movimento Escutista e a Ação Católica Portuguesa.

OBJETIVO

É objetivo deste trabalho fazer a apresentação biográfica e contextualizar a história de vida de Inês Stilwell.

MÉTODOS

Procedeu-se à recolha de fragmentos (auto)biográficos de uma entrevista feita a Inês Stilwell e de outros elementos da sua história de vida.

RESULTADOS

A biografada fez os primeiros estudos em Inglaterra, voltando a Portugal aos 17 anos, concluindo o curso de enfermagem na Escola Artur Ravara, em 1934. Dirigente da Juventude Operária Católica (JOC), entrou aos 21 anos para as Guias de Portugal. Aos 39 anos, inscreveu-se no curso de enfermagem do Nightingale Training School St. Thomas' Hospital. Participou na criação do Centro de Reabilitação do Alcoitão e na formação de enfermeiros nesta área. Em 1957, coadjuvava a coordenação dos primeiros cursos de Agentes Técnicos de Fisioterapia e de Terapêutica Ocupacional, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). Fez parte do conselho pedagógico da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem e, em 1973, integrou o grupo de trabalho para a revisão do plano de estudos do curso de especialização em enfermagem de reabilitação.

CONCLUSÕES

A sua vida foi estruturada pelas guerras mundiais, pelas memórias da Monarquia e da República e por acontecimentos de vida familiar traumáticos. Muito jovem, debateu-se com o dilema de optar entre a vida religiosa e a secular.

PALAVRAS CHAVE

Biografia; História da Enfermagem; Enfermagem em reabilitação

ABSTRACT**INTRODUCTION**

Biographical presentation of Inês Stilwell suggests a previous reflection about the social history of nursing, women's history, the value of biographical method and youth movements framed by Movimento Escutista and Ação Católica Portuguesa.

OBJECTIVE

The aim of this work is to do the biography and contextualize the life story of Inês Stilwell.

METHODS

We proceeded to data collection of fragments (auto) biographical through a interview made Inês Stilwell and other elements of her life story.

RESULTS

The biographee started studying in England, returning to Portugal when she was 17 years old, completing the nursing program at the school "Artur Ravara" in 1934. Lider of the Juventude Operária Católica (JOC), joined at 21 years old for "Guias de Portugal". By 39, she registered in the nursing course of the Nightingale Training School St. Thomas' Hospital. She participated in the foundation of "Centro de Reabilitação do Alcoitão" and also in the training of nurses in this area. In 1957, she took part in the coordination of the first courses of physiotherapist and occupational therapist, of Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). She take place in the pedagogical council of Escola de Ensino e Administração de Enfermagem and in 1973 joined a work group to review the curriculum of rehabilitation specialists nurses.

CONCLUSION

Her life was structured by the world wars, the memories of the Monarchy and the Republic and traumatic family life events. Very young, struggled with the dilemma of choosing between the religious or secular life.

KEYWORDS

Biography; History of Nursing; Rehabilitation nursing

MARIA INÊS STILWELL, FUNDADORA DA ACEPS (1914-2001)

INTRODUÇÃO

Impõem-se quatro notas prévias à apresentação de alguns traços biográficos de Maria Inês Stilwell, fundadora da ACEPS. A primeira, sobre a importância da história social da enfermagem; a segunda, sobre a história das mulheres; a terceira, sobre o valor do método biográfico e a quarta, sobre os movimentos juvenis enquadrados pelo Movimento Escutista (ME) e a Ação Católica Portuguesa (ACP), organizações em que a biografada se comprometeu.

Na perspetiva da história social, mais do que elaborar narrativas, proceder a frisos cronológicos ou enumerar factos e acontecimentos relevantes do passado da enfermagem, pretende-se interrogar esse passado, problematizar os acontecimentos, analisar e interpretar esses acontecimentos nos contextos sociais, políticos, ideológicos e culturais em que foram produzidos. Por isso, são de evitar análises superficiais que procurem, de forma mais ou menos explícita, uma certa legitimação corporativa ou profissional, a confirmação de teses feministas ou a demarcação do ascendente médico. As opções metodológicas devem orientar para estudos que abranjam as subdisciplinas da História das religiões, de género ou da vida privada. A abordagem histórica baseada no recurso à micro-história dos indivíduos, das famílias ou das comunidades é, pela sua própria natureza, inclusiva e assegura uma visão holística das relações sociais.

A história da enfermagem é uma história associada às longínquas práticas de cuidados relacionados com o nascimento, a conservação da vida e a morte, desde a Antiguidade. É uma história de cuidados prestados por mulheres e homens no lar, nos espaços para a oração e purificação das almas, no campo de batalha, nas gafarias ou hospícios da Idade Média fundados pelas ordens religiosas hospitalares. É uma história de mulheres e de homens, de enfermeiras e enfermeiros que povoaram os estabelecimentos pios e de beneficência, de amas, parteiras, irmãs da caridade e visitadoras que se foram diferenciando à medida que aumentava a importância da higiene pública e a organização de serviços públicos de saúde organizados pelos estados providência contemporâneos mas cuja fundação remonta a finais da Idade Moderna.

Não faz sentido associar a enfermagem a uma atividade tipicamente feminina, como não faz sentido escamotear o seu elevado índice de feminização ou mesmo o exercício exclusivamente feminino, no caso das parteiras ou da assistência domiciliária aos mendigos e desvalidos, feita por religiosas e, mais tarde, pelas educadoras laicas. Foi a partir do século XIX que determinadas profissões – inscritas no prolongamento das funções maternas e domésticas – assumiram o estatuto de trabalho feminino. Foi o caso das enfermeiras, das professoras ou das assistentes sociais (Vaquinhas, 2005).

Por outro lado, os discursos históricos só muito recentemente é que se libertaram do jugo indiscriminado e asséptico duma historiografia totalizadora e positivista, escrita no masculino e

inscrita em pretensas objetividades, mantendo imersas outras histórias tais como a das mulheres ou da vida privada cujos primeiros estudos só muito recentemente se iniciaram, pela ação de vários centros de investigação dos quais se destaca o Centro de Estudos sobre a Mulher, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

A enfermagem no feminino teve uma ascensão fulgurante no Estado Novo, na figura das enfermeiras visitadoras, grupo relevante para o desenvolvimento da política de saúde pública emergente. Mas, num quadro de ditadura, a sua condição feminina gerou silêncios e desvalorizou intervenções que é necessário resgatar.

À falta de outras fontes, o recurso a materiais biográficos primários ou secundários permite a escrita da história sobretudo quando se refere a períodos e personagens que ficaram submersas, como é o caso das enfermeiras. O método biográfico é uma excelente opção, sobretudo quando é quase o único que permite resgatar personalidades femininas que tiveram um papel de relevo no desenvolvimento da enfermagem portuguesa. Sobre as mulheres enfermeiras, as biografias realizadas por Marília de Freitas, também ela enfermeira, que constam do I volume do “Dicionário no Feminino” e do livro “Vidas de Enfermeiras” foram trabalhos pioneiros. Na introdução a esta última obra, a autora adverte para a ausência de muitas outras personalidades por dificuldade em obter elementos ou por desconhecimento da própria. Maria Inês Stilwell é um desses casos.

Finalmente, breves considerações sobre os dois movimentos femininos em que militou M. Inês Stilwell, as Guias de Portugal e a Juventude Operária Católica (JOC).

A Associação Guias de Portugal (AGP) nasceu no Porto e na Madeira, por iniciativa particular e influência dos meios sociais britânicos (Fontes, 2000).

É uma das instituições matriciais do escutismo em Portugal, juntamente com a Associação dos Escuteiros de Portugal (AEP) e o Corpo Nacional de Escutas (CNE). Praticado desde 1911, a vida do escutismo divide-se em três períodos: o de implantação (1911-1942); o de enraizamento (1942 – 1970) e o de consolidação (de 1970 ao momento presente). O estado exerceu, desde muito cedo, um certo condicionamento sobre estas organizações de juventude, particularmente a partir de 1942, quando as submeteu à tutela da Mocidade Portuguesa (Vicente, 2004)².

A JOC foi uma organização de juventude que fazia parte duma complexa estrutura da ACP³. Fundada em 1933, foi “uma das principais formas de presença da Igreja Católica na sociedade portuguesa e de renovação da própria noção de apostolado católico no século XX, com significativo impacto em vários campos da vida cívica, social e cultural” (Ferreira & Fontes, 2000, p. 9).

MÉTODOS

Procedeu-se à recolha de fragmentos etno e psicobiográficos da

MARIA INÊS STILWELL, FUNDADORA DA ACEPS (1914-2001)

história de vida de Inês Stilwell que permitiram uma construção interpretativa do sentido que a biografada conferiu às suas experiências de vida e das estratégias que desenvolveu em função do seu contexto familiar, da sua orientação espiritual e religiosa e das situações sociais em que esteve envolvida.

RESULTADOS

Em 1948, um grupo de enfermeiras portuguesas participou num congresso do Comité Internacional das Associações Católicas de Enfermeiros⁴ e iniciou os contactos para a criação de uma associação em Portugal, iniciativa que se inscrevia na estratégia de desenvolvimento daquele comité. No ano seguinte, fizeram uma primeira visita à sede daquela organização, com o objetivo de se tornarem seus membros. Em 1950, formalizou-se a comissão organizadora composta por Maria Inês Stilwell, Amélia de Montalvão e Maria Antónia Torres Pereira, sendo assistente o Pe. Victor Franco.

Maria Inês Stilwell não tem surgido entre as personalidades coevas que em narrativas biográficas, homenagens ou eventos comemorativos têm sido objeto de referência pelo papel de liderança que assumiram no processo que conduziu à enfermagem portuguesa atual.

Porque também ela faz parte dessa galeria de notáveis, recolhemos dados da sua vida e obra de forma a resgatá-la ao esquecimento e prestar a homenagem que lhe é devida. A principal fonte de informação foi sua sobrinha mais velha, Mary Anne Stilwell, também ela enfermeira.



Figura 1- Maria Inês Stilwell. Foto cedida por sua sobrinha Mary Anne Avillez, 2016

A enfermeira Maria Inês Stilwell, Mary Agnes de registo ou “tia Molly” em família e entre amigos, para além do seu papel na fundação da ACEPS portuguesa, teve um papel relevante na criação e desenvolvimento da enfermagem de reabilitação, como iremos verificar.

Quem era esta mulher e que circunstâncias lhe definiram o perfil profissional como enfermeira?

Nascida a 10 de Maio de 1914, na freguesia da Lapa (Lisboa), era filha de William Martin Francis Stilwell, de nacionalidade inglesa, e de Maria Ferreira Pinto Basto Stilwell cujo pai era português e a mãe inglesa (Fig. 2). Foi a mais velha de dez irmãos, dos quais dois morreram em combate na Segunda Guerra Mundial, um no norte de África e outro no sul de Itália, a lutar pelas Forças Armadas Britânicas.

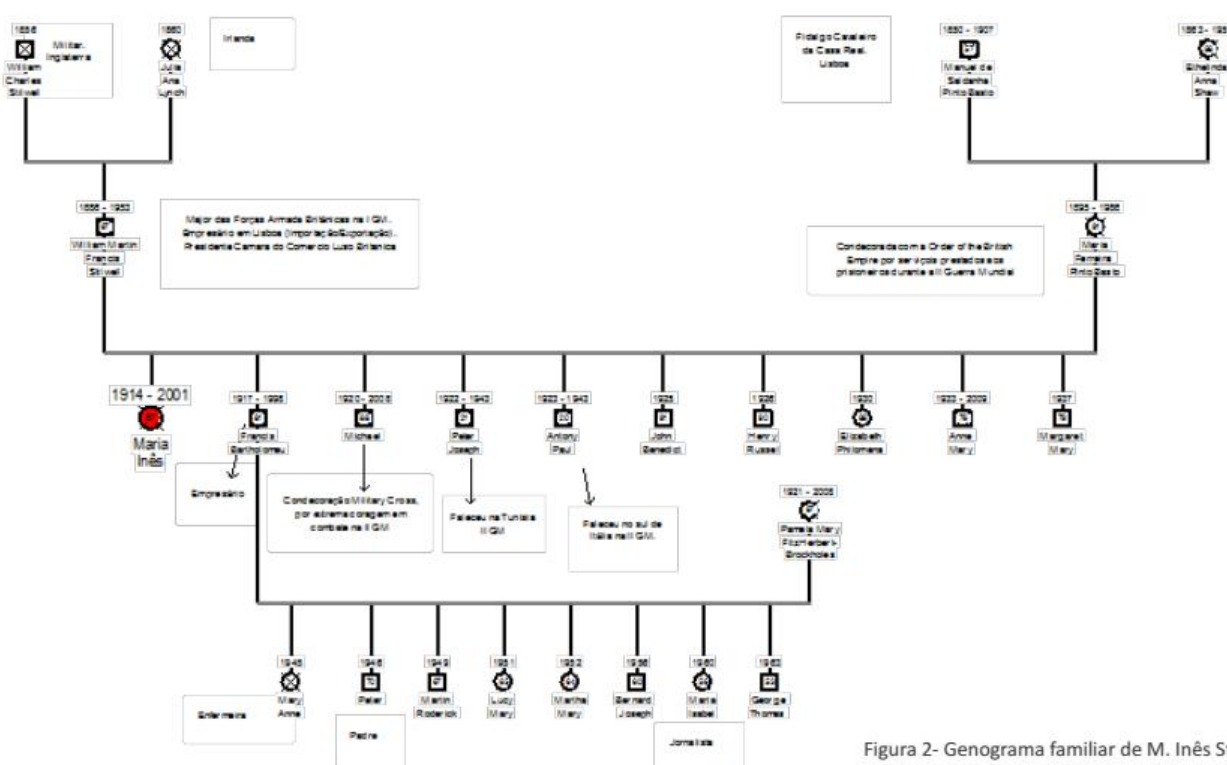


Figura 2- Genograma familiar de M. Inês Stilwell

MARIA INÊS STILWELL, FUNDADORA DA ACEPS (1914-2001)

Estudou em casa com governantas juntamente com outras meninas inglesas da mesma idade. Pelos 13-14 anos foi estudar para o Princethorpe College, um colégio católico interno, voltando a Portugal aos 17 anos, com vontade de ser freira. O pai pediu-lhe para tomar a decisão quando perfizesse 21 anos ao que Maria Inês acedeu. Em 1933, inscreveu-se no curso geral de enfermagem da Escola de Enfermagem Artur Ravara que concluiu em 1934.

Durante a frequência do curso (1933), a pedido de D. Manuel Gonçalves Cerejeira, cardeal patriarca de Lisboa, deslocou-se à Bélgica para se informar sobre a JOC, no intuito de fundar esse movimento em Portugal, tendo-lhe o cardeal pedido para chefiar a organização. Maria Inês protestou e achou a ideia inapropriada porque, não sendo ela operária, a situação podia não ser bem aceite. A insistência do cardeal, M. Inês acabou por aceitar a direção da JOC até que outros membros estivessem preparados para assumir o cargo.

Aos 21 anos M. Inês continuava a manifestar vontade de entrar para uma ordem religiosa, mas D. Manuel Cerejeira pediu-lhe que se mantivesse como leiga ativa pois as suas qualidades faziam falta numa época em que era preciso um grande esforço para “recristianizar a sociedade portuguesa”.

Católica convicta, inteligente e ativa, Maria Inês entrou para o movimento Guias de Portugal⁵. Fez parte da Comissão “ad hoc” que, a pedido do Cardeal Patriarca, elaborou os seus Estatutos⁶. Frequentou vários cursos de treino de dirigentes no Centro de Treino Foxlease, em Inglaterra.

Em 1953, aos 39 anos, M. Inês entrou para o curso de enfermagem do Nightingale Training School St. Thomas’ Hospital, em Londres. Este curso, na escola fundada por Florence Nightingale, exigia quatro anos de frequência, mais um ano do que o curso geral estatal. Por já ter estudado enfermagem, teve uma redução de seis meses no primeiro ano.

Em 1957, a Mesa da SCML tomou várias deliberações acerca da criação do Centro de Medicina de Reabilitação e dos cursos de agentes técnicos de fisioterapia e de terapêutica ocupacional. Para além da definição do local onde haveria de ser instalado o centro, a formação daqueles profissionais era o principal problema, pela duração da formação (2 anos), pela especificidade técnica do curso e pelo número elevado de profissionais necessárias. A coordenação destes cursos foi entregue ao Dr. Santana Carlos que tinha beneficiado de uma bolsa de estágio de 17 meses nos Serviços de Reabilitação da Universidade de Nova Iorque. Os cursos tiveram lugar nas Casas de São Vicente de Paulo, coadjuvados por Miss Frances Robertson (terapêutica ocupacional americana), Miss Inês Stilwell (Fig. 3) e Miss Dorothea Ann Cepik (Fonseca, 2012).



Figura 3- Grupo das primeiras diplomadas em fisioterapia e terapia ocupacional, pela Casa de S. Vicente de Paulo, 1959.

(Retirado do site da ESS Alcoitão, Fevereiro, 2011. Inês Stilwell é a terceira da fila de baixo (da esq. para a dir.).

Numa entrevista concedida mais tarde à Fundação Nightingale, é a própria Maria Inês que enuncia as suas opções e a sua trajetória profissional da qual se destaca a sua nomeação como diretora dos Serviços de Enfermagem da SCML, a indigitação para a chefia dos serviços de Enfermagem do Centro Médico de Reabilitação e a sua nomeação para subdiretora da Escola de Reabilitação, daquela SCML (Extrato de Entrevista).

“O meu objetivo ao frequentar o curso foi o de poder contribuir para a melhoria dos níveis e da qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal. Portanto escolhi o Nightingale School pelo alto nível de ensino e o seu espírito pioneiro.

Ao voltar para Portugal foram-me logo oferecidos lugares de chefia. Aceitei trabalhar com uma equipa formada por um médico (Dr. Santana Carlos), uma fisioterapeuta americana e uma terapeuta ocupacional britânica. Fazíamos parte de uma Comissão Preparatória para a organização de um centro Médico de Reabilitação – 200 camas, mais consultas externas e uma Escola de Reabilitação para Fisioterapia, Terapia Ocupacional e da Fala e um curso pós-básico de um ano para enfermeiras. A experiência ganha no Nightingale School foi de grande valor para este empreendimento pioneiro. Facilitou a introdução de treino prático básico, até aí desconhecido em Portugal onde a ênfase era posta na teoria. Não havia experiência prática viva com os doentes ou com o trabalho em equipa.

Uma vez estabelecido o esquema básico de ensino e quando os professores de língua inglesa já falavam um português adequado, foi possível arrancar com o projeto.

Em 1957 fui nomeada Diretora (‘superintendent’ no original inglês) dos Serviços de Enfermagem da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Este grupo oferece serviços médicos e de enfermagem aos desfavorecidos da cidade de Lisboa.

O facto de ser uma ‘Nightingale’ deu-me autoridade e prestígio. Enfermeiras da escola de Enfermagem da Fundação Rockefeller que não aceitam trabalhar sob a chefia de enfermeiras formadas em escolas nacionais, ofereceram-se para trabalhar e aceitaram

MARIA INÊS STILWELL, FUNDADORA DA ACEPS (1914-2001)

lugares, dando uma excelente colaboração.

Finalmente em 1966 frequentei o 'Spinal Injury Course' no Hospital de Stoke Mandeville, em Inglaterra, com o intuito de ficar Chefe dos Serviços de Enfermagem no novo Centro Médico de Reabilitação. No entanto uma falha no pessoal das escolas fez com que fosse necessário chamar novamente uma equipa de professores ingleses e, assim, fui nomeada Sub-Directora da Escola. A directora foi uma fisioterapeuta treinada nos Estados Unidos.

Reformei-me aos 70 anos mas ainda organizei a biblioteca Médica

Extrato de Entrevista - Respostas dadas por M. Inês Stilwell numa entrevista concedida à revista Nightingale Fellowship

Em 1964, fez parte da comissão preparatória para a fundação do Lar da Boa Vontade (Cheshire Homes de Portugal)⁷, que acolhe pessoas com deficiência, situado atualmente em Carcavelos.

Entre outros documentos, a sua sobrinha conserva a cópia de uma comunicação da Direcção-Geral dos Hospitais⁸ a nomeá-la para o Conselho de Orientação Pedagógica da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem. O conselho era composto pelos Professores Francisco Cambournac (presidente), Ducla Soares e Gonçalves Ferreira (vogais), os Drs. Silva Araújo, Jorge Santos e M. Manuela Silva e as Enf^{as} Fernanda Rezende, Franco Henriques, M. Inês Stilwell e Moniz Pereira.

Em 1973, fez parte do grupo de trabalho para a revisão do plano de estudos do curso de especialização em enfermagem de reabilitação, juntamente com as enfermeiras Monteiro de Barros e Sales Luís e os fisiatras Evaristo Fonseca e Felipe (Luís, Barros, Olazabal, & Caneira, 2003).

Preocupada com a ideia de não ser um peso para os irmãos, vendeu o seu apartamento em Lisboa e mudou-se para o British Retirement Home, em S. Pedro do Estoril, vários anos antes de morrer. Viria a falecer no Hospital Egas Moniz, em Lisboa, a 23 de Março de 2001, vítima de complicações da bronquite crónica. Alguns anos mais tarde de M. Inês Stilwell ter concluído o seu curso no Nightingale School, a sua sobrinha Mary Anne frequentou e concluiu o curso de enfermagem nessa mesma escola. Várias das suas professoras comentaram-lhe a admiração que tinham pela tia que, com 39 anos, tinha frequentado um "curso muito duro", numa escola com um grau de exigência muito elevado e tendo por condiscípulas raparigas de 18 anos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Da compilação dos dados biográficos de M. Inês Stilwell destacaríamos dois aspetos: o primeiro, sobre os elementos que estruturaram a sua vida e as opções que foi tomando e, o segundo, sobre a sua orientação profissional.

O ano do seu nascimento foi marcado pelo eclodir da I Guerra Mundial, a sua infância e adolescência pelas memórias da queda da monarquia, da instauração da república e pelos subsequentes movimentos de demarcação sociopolítica, cultural e mental que

se fizeram em relação à Igreja e ao clero. Depois, foi crescendo e vivendo num quadro de tensão e instabilidade política que conduziram ao "Estado Novo", regime no qual viveu a sua vida adulta, até 1974. Com a II Guerra Mundial viveu a experiência traumática da perda de dois irmãos, em combate. Teve, ainda, a oportunidade de participar ativamente na era mais promissora da saúde pública, nomeadamente numa área inovadora, a da criação do Centro de Reabilitação do Alcoitão e da formação de enfermeiros nesta área, prosseguindo, depois do 25 de Abril, na tarefa de consolidação desses projetos.

Toda a sua vida foi, assim, estruturada e organizada pela(s) guerra(s), por acontecimentos de vida familiar traumáticos, pelo confronto de duas culturas, a inglesa e a portuguesa, e por um tempo de profundas mudanças políticas e sociais. Aos dezassete anos, confrontou-se com o seu primeiro dilema de vida, a opção entre a vida religiosa ou secular. Ao ceder ao pedido do pai para adiar a decisão, M. Inês reorientou a sua vocação para o movimento das Guias de Portugal. Este movimento, tal como outras organizações juvenis criadas pela ACP, tinha uma forte dimensão religiosa o que se conformava com a sua orientação católica e condição feminina. No tempo que aí permaneceu, revelou, desde logo, as suas capacidades de liderança, de iniciativa e de organização, assumindo a chefia da 3ª Companhia de Lisboa. O movimento escutista feminino estava a dar os seus primeiros passos e M. Inês revelou dotes de estratégia ao propor que fosse organizada uma única associação cujo estatuto salvaguardasse os interesses das filiadas católicas, tal como viria a acontecer com a criação da associação Guias de Portugal cujos estatutos foram elaborados por uma comissão da qual fez parte. Entretanto, aos 19 anos, a sua inscrição no curso de enfermagem confirma os traços da sua personalidade, o seu sentido de missão e de dedicação ao próximo e a opção pelo exercício duma atividade desafiadora e exigente, num tempo de provações. Continuando a querer entrar para uma ordem religiosa, acabou por ceder ao cardeal patriarca que, ao pedir-lhe para se manter ativa como leiga, via nesta jovem um elemento de valor para a recristianização da sociedade portuguesa, fortemente laicizada desde finais do século XIX. Terá sido nesse sentido que lhe pediu para se inteirar do modelo de funcionamento da JOC na Bélgica, com o objetivo de a fundar em Portugal, para se vencerem as dificuldades que o episcopado português estava a sentir na implantação das várias organizações da ACP. Esta família tinha fácil acesso ou estava muito próxima do Patriarcado. Fica-se por saber se este desígnio do cardeal era genuíno e exclusivo dos interesses da Igreja ou se este desiderato terá sido pressionado pelos pais que não teriam traçado para a filha um futuro de religiosa.

Finalmente, a sua orientação profissional para a área da enfermagem de reabilitação. A proveniência de famílias das camadas superiores da sociedade portuguesa e inglesa, concederam-lhe uma situação de privilégio em termos educativos e culturais. Num país predominantemente rural e num tempo em que as taxas de analfabetismo e a pobreza

MARIA INÊS STILWELL, FUNDADORA DA ACEPS (1914-2001)

eram assustadoramente elevadas, Maria Inês, em criança, foi educada por perceptoras, em ambiente privado e familiar e, na primeira metade da sua juventude, continuou os seus estudos no Princethorpe College, um colégio católico interno.

A geração de M. Inês Stilwell foi fortemente marcada pela guerra e, na sua família, pela morte de dois jovens irmãos em combate nas fileiras dos aliados. Foi uma mulher e uma enfermeira que, vivendo entre Portugal e Inglaterra, conhecia bem e como poucas, os progressos e os avanços técnicos e científicos em certas áreas da saúde e da medicina.

Não lhe terá sido indiferente o exemplo de três de cinco filhas do Presidente da República Bernardino Machado ou de Ana Guedes, que foram enfermeiras da Cruzada das Mulheres Portuguesas na altura da I Grande Guerra. Coevas de Inês, foram Angélica Lima Basto Hansen, Palmira Tito de Morais, Fernanda Diniz, Maria Monjardino e Emília Costa Macedo, todas filhas de aristocratas ou de personalidades que ocuparam altos cargos na administração pública, no setor bancário ou nas Forças Armadas. Todas elas enfermeiras, viriam a desempenhar papéis de liderança no ensino, na administração e no exercício da enfermagem. Foi neste contexto e porque o seu estatuto familiar e sociocultural o permitiram, que não terá ficado satisfeita com a sua formação em Portugal e tenha optado por se inscrever na Nightingale School, “pelo alto nível de ensino e o seu espírito pioneiro”, pela qualidade e duração da sua formação, na certeza de que “ficaria com mais autoridade e prestígio”. A experiência clínica adquirida durante o curso colocou-a em vantagem para fazer parte da equipa que elaborou o projeto de criação do primeiro centro médico de reabilitação, da primeira escola de fisioterapia, terapia ocupacional e da fala e do primeiro curso pós-básico para enfermeiros, acabando por ser nomeada diretora dos Serviços de Enfermagem da SCML. Doravante, M. Inês Stilwell esteve presente nos momentos mais significativos da Escola de Reabilitação e do desenvolvimento da formação de enfermeiros especialistas em reabilitação, ao nível das reformas curriculares.

Em síntese, estamos perante uma personalidade que, para além de fundadora da ACEPS, foi percursora e líder do movimento escutista e da JOC, entre 1930-1950, líder da enfermagem portuguesa que se destacou pela criação dos serviços de medicina de reabilitação e da formação de enfermeiros especialistas em reabilitação.

AGRADECIMENTOS

Um reconhecido agradecimento à enfermeira Mary Anne Avillez e à jornalista e escritora Maria Isabel Stilwell, sobrinhas de M. Inês Stilwell, que foram inextinguíveis na disponibilização de dados e na orientação para outras fontes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ferreira, A. M., & Fontes, P. (2000). *Acção Católica Portuguesa. In C. Azevedo, Dicionário de História Religiosa de Portugal* (Vol. 1). Lisboa: Círculo de Leitores/Centro de Estudos de História Religiosa da Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, J. P. (2012). *História da Fisioterapia em Portugal*. Da origem a 1966. Obtido de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa (IPL): <http://hdl.handle.net/10400.21/2681>

Fontes, P. F. (2000). *Escutismo. In C. L. (dir), Dicionário de História Religiosa de Portugal*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Luís, M. L., Barros, I., Olazabal, M., & Caneira, J. (Julho de 2003). *História da Enfermagem de Reabilitação*. Revista OE.

Vaquinhas, I. (2005). *Nem gatas borralheiras, nem bonecas de luxo. As mulheres portuguesas sob o olhar da História (Séculos XIX-XX)*. Lisboa: Livros Horizonte, Lda.

Vicente, A. C. (2004). A introdução do escutismo em Portugal. *Lusitanea Sacra*, 16 (2ª S), pp. 203-245.

GLOSSÁRIO

² Cf. Decreto-Lei nº 31908, de 9 de Março de 1942. Para além das referidas, as restantes formas de prática escutista institucionalizadas em Portugal são a Associação das Guias e Escuteiros da Europa-Portugal (AGEEP), o Clube de Desbravadores (CD) e os Royal Rangers-Portugal (RR).

A dependência obrigatória do escutismo em relação à organização estatal da Mocidade Portuguesa (MP), passou a ser opcional (1966) e, depois, voluntária (1970) pelas reformas dos Ministros da Educação Galvão Teles e Veiga Simão, respetivamente. A MP viria a ser extinta com o 25 de Abril de 1974.

³ O modelo organizativo da ACP abrangia quatro grandes organizações: a Liga dos Homens da Acção Católica, mais tarde designada apenas por Liga Católica (LC), a Liga da Acção Católica Feminina, depois designada Liga Católica Feminina (LCF), a Juventude Católica (JC) e a Juventude Católica Feminina (JCF) e um corpo orgânico hierarquicamente organizado a nível central, da diocese e da paróquia, por idades (adultos, jovens, e crianças), por sexo (masculino e feminino) e segundo o meio social e profissional (agrário, escolar, independente, operário e universitário).

⁴ Em Basileia (Suíça, 1928), os presidentes de várias associações nacionais de enfermeiras católicas propuseram a formação de uma organização internacional que se viria a constituir num congresso realizado em Lourdes (França, 1933), sob a designação de Comité Internacional das Associações Católicas de Enfermeiros, formado por enfermeiras de dez países. Os

MARIA INÊS STILWELL, FUNDADORA DA ACEPS (1914-2001)

seus estatutos foram aprovados pela Santa Sé. A organização expandiu-se entre 1933 e 1950, à exceção do período da II Guerra Mundial. Em 1950, mudou de designação para Comité Internacional Católico de Enfermeiras e assistentes médico-sociais (CICIAMS), com o objetivo de incluir outros profissionais, refletir o sentido de mudança da enfermagem e a natureza interprofissional dos cuidados de saúde.

⁵ No Sumário do Desenvolvimento do Movimento de Guias de Portugal – 1911 a 1936 lê-se: “Organização da 3ª Companhia de Lisboa; as Guias eram todas portuguesas e católicas. Chefe – Maria Inês Stilwell; Ajudante – Ana Maria Bourbon.

Durante os anos 1933/34 iniciou-se e intensificou-se todo o trabalho para a oficialização do Movimento (...) Um grupo representativo do movimento pró-Guias de Portugal – D. Fernanda d’Orey, Maria Inês Stilwell e Isabel Mello Ulrich – foi recebido por S. Eminência o Cardeal Patriarca a quem advogou que fosse organizada uma única Associação, cujo Estatuto salvaguardasse os interesses das filiadas católicas.”

⁶ Cf. Decreto-Lei nº 23.760 e Portaria nº 7.831, ambos de 1934.

⁷ Geoffrey Leonard Cheshire (n:1917) foi piloto da Força Aérea durante a II Guerra Mundial, acabando conhecido como herói de guerra. Mais tarde, resolveu cuidar de um ex-combatente que sofria de cancro e assim foi criada a obra que hoje tem o seu nome. Após a sua visita a Lisboa para dar uma conferência sobre a sua obra - Leonard Cheshire ficou em casa de M. Inês – foi criada a Leonard Cheshire Disability e aberto, mais tarde, um lar em Oeiras, transferindo-se depois para Carcavelos. Nas memórias de família existe uma longa carta de Cheshire para Inês Stilwell a agradecer a estadia e cheio de esperança em concretizar os planos para um lar em Portugal, que se viria a concretizar, graças a esta.

⁸ Comunicação de 7 de Julho de 1967, Ref. nº. 4673, Processo EEO12c/5226-1.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO INÍCIO DO SÉCULO XX

59 Nº1 | REVISTA SERVIR | 2016 | 47 - 54

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO INÍCIO DO SÉCULO XX
NURSING CARE IN MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRY IN THE EARLY TWENTIETH CENTURY*Analisa Candeias¹**Alexandra Esteves²**Luís Sá³*

¹Universidade do Minho. Centro de Investigação em Enfermagem – Universidade do Minho (CIEnf-UMinho). Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS)

²Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Laboratório de Paisagens, Património e Território (Lab2pt), Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho

³Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS)

RESUMO**INTRODUÇÃO**

Ao longo da história da Enfermagem, assistimos também ao desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que, em Portugal, se iniciou nos asilos, casas de saúde e hospitais de alienados que surgiram em meados do século XIX.

OBJETIVO

Descrever as intervenções de Enfermagem expostas no livro “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales”.

MÉTODOS

É um trabalho que resulta de uma investigação histórica, tendo como base os pressupostos que decorrem da pesquisa e análise documental que incide sobre o “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales”, publicado em 1936, e que é uma tradução espanhola de uma versão primária na língua alemã, de 1935.

RESULTADOS

O referido manual apresenta três objetivos principais, que são: reunir noções profissionais indispensáveis, chamar a atenção para as dificuldades da profissão e os limites do conhecimento e promover as qualidades de carácter que são indispensáveis ao exercício da profissão. Encontra-se estruturado em cinco partes: a primeira dirigida ao homem sã, a segunda ao doente, a terceira aos cuidados a ter com os doentes, a quarta à higiene mental e assistência e a última à história da medicina mental. As intervenções de Enfermagem, como por exemplo a hidroterapia, a ergoterapia e a administração de medicação, são baseadas numa avaliação da pessoa e na vigilância do seu comportamento, tendo em conta o respeito do enfermeiro pela pessoa doente, os seus familiares e amigos, a instituição e os restantes enfermeiros.

CONCLUSÕES

Concluimos que o manual, tendo em conta o seu estado e a análise do seu conteúdo, foi importante na formação e no desenvolvimento profissional dos enfermeiros que, à época, trabalharam no Centro Hospitalar Conde Ferreira. As intervenções de Enfermagem são encaminhadas tanto para o cuidado com o corpo como da mente, sendo que a família, já na altura, também era objeto da atenção dos seus profissionais.

PALAVRAS CHAVE

Manual; Pacientes; Enfermeiro.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO INÍCIO DO SÉCULO XX

ABSTRACT

INTRODUCTION

Throughout the history of Nursing we also witnessed to the development of the Mental Health and Psychiatric Nursing, that, in Portugal, was initiated in asylums, nursing homes and psychiatric hospitals that emerged in the mid-nineteenth century.

OBJECTIVES

Describe the Nursing interventions exposed in the book “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales”.

METHODS

It is an work that results from an historical research, based on the assumptions that result from documental analysis that is focused on the “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales”, edited in 1936, which is a spanish translation of a primary version of german language, published in 1935.

RESULTS

The manual presents three main objectives, that are: bring together indispensable professional notions, draw attention to the difficulties of the profession and to the limits of knowledge, and promote the qualities of character that are necessary to the exercise of Nursing. It is structured into five parts: the first one is directed to the healthy man, the second to the unhealthy, the third to the care of patients, the fourth to mental hygiene and assistance and the last part to the history of mental medicine. The Nursing interventions, such as hydrotherapy, ergotherapy and administration of medication, are based on the evaluation of the person and the surveillance of his behavior, taking into account the respect of the nurse for the sick people, their families and friends, the institution and the remaining nurses.

CONCLUSIONS

We conclude that the manual, taking into account its presentation and the analysis of its content, it was important in the training and in the professional development of nurses that, at the time, worked at Centro Hospitalar Conde Ferreira. Nursing interventions are addressed either to the care of the body and of the mind, and the family was also subject of attention of the nurses.

KEYWORDS

Manual; Patients; Nurse.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da Enfermagem, assistimos também ao desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que, em Portugal, se iniciou nos asilos, casas de saúde e hospitais de alienados que surgiram a partir de meados do século XIX. A psiquiatria deu os seus primeiros passos durante esse mesmo século, sendo o seu ensino, no âmbito da medicina, apenas incorporado nos planos de estudos universitários no final de oitocentos. A Enfermagem inicia, em terras lusas, o seu percurso profissional no início do século XX, sendo a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica influenciada pelas experiências dos enfermeiros que constituíam o corpo profissional dos asilos, casas de saúde e hospitais de alienados referenciados.

Cabia aos primeiros enfermeiros que trabalharam no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, primeiro hospital de alienados a ser construído de raiz em Portugal e inaugurado em 1883, e que se enquadravam na categoria da direção clínica do hospital, “(...) executar as disposições regulamentares relativas ao bom tratamento dos doentes, e aos fructos scientificos que podem auferir-se dos estudos prescriptos n’este regulamento.”

(Santa Casa da Misericórdia do Porto SCMP, p.3, 1883). Deviam, igualmente, ser brandos, privilegiar a prevenção de comportamentos inadequados ou agressivos, administrar os medicamentos prescritos e colaborar na execução dos tratamentos, considerados vanguardistas à época, como, por exemplo, a contenção para os agitados e furiosos num edifício panóptico, a hidroterapia, a ergoterapia, entre outros (SCMP, 1883).

Apesar de, na restante Europa, os cursos de Enfermagem e Enfermagem Psiquiátrica já existirem nas primeiras décadas de novecentos, em Portugal estes cursos foram impulsionados pelos alienistas, que consideravam que os enfermeiros deviam receber melhor formação e terem mais informação sobre os cuidados a prestar aos alienados. Miguel Bombarda foi um grande defensor do curso de Enfermagem no Hospital de Rilhafoles, mas não assistiu à sua concretização por, entretanto, ter falecido (Botelho (a), 2004). Em 1911, “(...) um Decreto do Ministério do Interior, Diário do Governo nº158, cria o curso de Enfermagem do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira.” (Botelho (b), 2004, p.108), destinado a criados, ajudantes e enfermeiros, que teria

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO INÍCIO DO SÉCULO XX

lugar em dois trimestres. O primeiro, que deveria decorrer de novembro a janeiro, teria como objetivo abordar "(...) noções de pequena cirurgia, de medicina e de higiene elementares (...)"; no segundo trimestre, que decorreria de fevereiro a abril, seriam abordados "(...) os cuidados especiais exigidos pela assistência elementar dos alienados e neuropatas." (SCMP, 1916, p.38).

Assiste-se, então, ao ensino da Enfermagem nos hospitais e nas casas de saúde. Estas instituições estavam providas de uma biblioteca para apoio às práticas pedagógicas, não só no âmbito da investigação realizada pelos médicos que praticavam a sua clínica, mas também para apoio à construção dos planos de estudos dos cursos de Enfermagem. O Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, atualmente denominado de Centro Hospitalar Conde Ferreira, possui uma biblioteca com exemplares vindos de coleções pessoais, como, por exemplo de António Maria de Sena, Júlio de Matos ou Magalhães de Lemos, bem como de aquisições ou doações, de âmbito nacional e internacional. Nesta biblioteca existe um exemplar do "Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales", que foi editado em 1935, na língua alemã, e, em 1936, foi publicada uma tradução espanhola. Os autores, W. Morgenthaler e O.-L. Forel, ambos médicos e professores universitários, escreveram a obra seguindo as orientações da Sociedade Suíça de Psiquiatria. A tradução espanhola foi realizada por G. Capó Balle e Irazoqui Villalonga, igualmente médicos, e sob a direção de B- Rodríguez Arias, médico e professor universitário de neurologia.

Este manual tem em vista três objetivos principais: reunir noções profissionais indispensáveis; chamar a atenção para as dificuldades da profissão de Enfermagem e os limites do conhecimento; e promover as qualidades de carácter que são indispensáveis ao exercício da profissão (Morgenthaler & Forel, 1936). Encontra-se estruturado em cinco partes: aparece, em primeiro lugar, uma breve análise anátomo-fisiológica do ser humano e seguem-se noções de psicologia elementar; a segunda parte é dedicada à descrição das enfermidades psicopatológicas e seguidamente é feita a apresentação da sintomatologia específica; na terceira parte são descritos os cuidados de Enfermagem propriamente ditos, influenciados pelas noções de assistência social e higiene mental, que surgem na quarta parte; de notar que a última parte corresponde a uma revisão da história da medicina mental, em que se verifica a preocupação pelo estudo do passado para evitar que sejam cometidos cometer os mesmos erros no presente.

MÉTODOS

A investigação histórica e a análise das transformações sociais e humanas através dos tempos podem ajudar o Homem a entender o seu passado, no sentido de operacionalizar o presente, trazendo ganhos para o futuro. Em Enfermagem a investigação histórica não pode ser negligenciada, dado que o

entendimento do nosso objeto de estudo e a nossa resposta na sociedade são influenciados pelos diferentes percursos e escolhas realizadas. Entender a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é perceber que iniciamos as nossas funções dentro de portas fechadas e espaços asilados, compreender que fomos guardas e vigilantes e aceitar que contribuímos, através dos nossos cuidados e da assistência prestada aos alienados, para a evolução da psiquiatria.

As fontes da história são variadas, porém, neste trabalho, iremos utilizar as fontes primárias escritas pertencentes à biblioteca do Centro Hospitalar Conde de Ferreira. O método utilizado será a pesquisa e análise documental, que irá incidir principalmente sobre o livro "Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales", que se encontra na biblioteca do Centro Hospitalar Conde Ferreira, sendo o seu estado sugestivo de uma alargada utilização no que diz respeito ao ensino da Enfermagem nessa instituição. A pesquisa documental deve ser realizada com base no trabalho intelectual do investigador e na sua interpretação (Júnior, 2011), tendo em conta os objetivos da investigação. Deste modo, pretendemos com este trabalho descrever as intervenções de Enfermagem descritas no livro "Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales", publicado em 1936, considerando a época e a evolução da profissão na década de trinta do século XX.

A história deve ser escrita tendo em conta que nunca se encontra terminada. Temos assistido à repetição de alguns acontecimentos através dos anos, e a análise dos factos e a sua descrição podem impulsionar a Enfermagem e, em particular, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no caminho que ainda falta percorrer, como, por exemplo, no âmbito dos estudos e desenvolvimento das intervenções psicoterapêuticas.

RESULTADOS

O "Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales" apresenta na sua primeira parte, intitulada "El Hombre Sano", uma revisão anátomo-fisiológica do ser humano, com especial incidência na neuroanatomia e na neurofisiologia. São enunciados alguns conceitos, tais como fisiologia, histologia, psiquiatria ou neurologia, a célula e o órgão. É ainda apresentado o aparelho locomotor, sendo posteriormente iniciada uma exaustiva revisão do sistema nervoso e das funções cerebrais, com imagens de cérebros considerados sãos e doentes. São ainda explorados o que os autores denominam de órgãos dos sentidos (a visão, o olfacto, ...), o aparelho respiratório, circulatório, gastrointestinal e geniturinário. Ao longo desta primeira parte, os autores vão dando exemplos de sintomas relativos à presença de algumas patologias específicas, tais como a tuberculose, a sífilis ou a diabetes.

Ainda nesta primeira parte são abordadas noções de primeiros

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO INÍCIO DO SÉCULO XX

socorros para enfermeiros, tendo em conta as problemáticas de feridas exteriores, hemorragias, hemoptises, hematemese, epistaxis, hemorragia cerebral e apoplexia, desmaio e perda da consciência, queimaduras, asfixia ou envenenamento. Assim, o enfermeiro deveria saber prestar cuidados em todas as ocasiões, sem “(...) jamás traspasar las competencias que le hayan sido asignadas por los médicos.” (Morgenthaler & Forel, 1936, p.37).

No final da primeira parte são mencionados os requisitos de um bom enfermeiro, em especial de um enfermeiro dedicado aos cuidados mentais. Deste modo, o bom enfermeiro deve apresentar qualidades cardinais, ponderadas e conjugadas entre si: a confiança em si mesmo, amor ao trabalho, as atitudes profissionais e defeitos e incompatibilidades. A primeira qualidade cardinal, a confiança em si mesmo, consegue-se através de um equilíbrio na vida pessoal, sem exageros, com humildade mas sem subserviência, com altruísmo e ambição. A segunda qualidade, o amor ao trabalho, pode ser influenciada pela educação do enfermeiro. Deve ter bom humor, uma boa atitude interior, bondade e caridade, ressonância afetiva, calma, valores morais, confiança em si e nos outros, iniciativa e imaginação. O trabalho em equipa é privilegiado, assim como o respeito pelos colegas. A terceira qualidade, as atitudes profissionais, é atingida através da disciplina, do sentimento de dever, da paciência, da verdade, franqueza e lealdade, da discrição e do silêncio, da autoridade, do tacto, do sentido crítico em relação a si e aos outros, da sua higiene e aspeto, do tipo de vida, das boas maneiras e cortesia, assim como da educação formal. Por último, a qualidade relativa aos defeitos e incompatibilidades é alcançada através da luta que o enfermeiro trava contra as suas próprias características negativas, tais como a vaidade, timidez, covardia ou falta de iniciativa (Morgenthaler & Forel, 1936).

A segunda parte do “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales” denomina-se de “El Enfermo”. Primeiramente, são abordadas as causas das doenças mentais, a sua evolução e a sintomatologia: transtornos da percepção, onde são englobadas as ilusões e alucinações; transtornos da memória, como por exemplo a desorientação espaço-temporal; transtornos do pensamento, sendo analisado principalmente o delírio, com referência à fuga de ideias e ideia fixa; transtornos da consciência do eu, onde são englobadas a confusão mental, o sonambulismo e o estado comatoso e crise, com alusão à epilepsia, histeria e síncope; transtornos dos sentimentos, onde são analisadas a depressão e a euforia; e transtornos da atenção e transtornos da volição, ação e da esfera instintiva, sendo estes últimos dirigidos à homossexualidade e vontades sexuais inadequadas, como, por exemplo, o exibicionismo.

As demências e as dependências são ainda exploradas na segunda parte, sendo que o álcool, a morfina, a cocaína e o veronal, são apontados como as substâncias com maior grau

de dependência, e a cafeína, a teobromina e a nicotina como estimulantes. Esta segunda parte termina com a exploração das diferentes doenças mentais, as suas características e a sua possível causa.

A terceira parte, talvez a mais importante no âmbito deste trabalho, é denominada “Cuidados a los Enfermos”. Inicia-se com algumas recomendações dirigidas aos enfermeiros: “(...) el enfermero para enfermos nerviosos y mentales no solamente cuida el cuerpo de sus enfermos, sino, sobre todo, su alma. (...) El valor terapéutico y la reputación de un establecimiento psiquiátrico dependen en gran parte de la calidad y de la actividad del personal enfermero.” (Morgenthaler & Forel, 1936, p. 143). É referido, igualmente, que o conhecimento de um enfermeiro é de duas ordens: o do estabelecimento e das suas dinâmicas, instalações, fins e meios; e os conhecimentos profissionais propriamente ditos, os cuidados aos doentes.

De acordo com o manual estudado, os estabelecimentos psiquiátricos devem estar organizados em função do seu principal objetivo: tratar as pessoas doentes que se encontram internadas. Devem dispor de comodidades para os acolher, visto que a sua estadia será prolongada, e de espaços que proporcionem um ambiente calmo e tranquilo e que tenham condições que possibilitem a aplicação de terapias ocupacionais e a realização de atividades lúdicas. As celas devem ser evitadas e os doentes agitados e furiosos devem ser instalados em quartos com apenas uma cama, sem qualquer mobília ou utensílio com que se possam magoar.

Os autores defendem ainda algumas regras gerais de atuação dos enfermeiros, que devem ser adaptadas à realidade de cada instituição: “El enfermero debe conocer las particularidades de sus enfermos y la importancia y extensión de su tarea cerca de ellos; obrar con tacto, aun ejecutando las órdenes recibidas; establecer el mayor contacto posible con sus enfermos, evitar el ruido, no correr, ni golpear las puertas, ni andar pesadamente, ni reír, ni charlar (ni cuchichear nunca detrás de las puertas; evitar hablar delante de los enfermos en un idioma que ellos no entiendan, etc).” (Morgenthaler & Forel, 1936, p.157). Os enfermeiros, de acordo com o manual, têm um serviço noturno e diurno, em que são prestados cuidados relativos à higiene e arranjo pessoal, vestuário e alimentação, ou seja, ações direcionadas ao autocuidado. Em tudo aquilo que as pessoas internadas possam colaborar (higiene total ou parcial, vestir-se/despir-se, ou, por exemplo, arrumação dos quartos) devem ser incentivadas a fazê-lo. Também as pessoas com competências para ajudar no serviço geral da instituição devem colaborar: colocar os utensílios para as refeições, ajudar na cozinha e na preparação dos alimentos ou auxiliar outras pessoas internadas. Já na altura é demonstrada a preocupação pelos ensinamentos relativamente ao autocuidado, intervenção que cabia aos enfermeiros.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO INÍCIO DO SÉCULO XX

Segundo os autores do “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales”, Morgenthaler & Forel (1936), cabe ainda aos enfermeiros a vigilância dos doentes, que devia ser discreta, perspicaz e hábil. Esta vigilância devia ser reforçada em relação às pessoas que demonstrassem ideação suicida ou tentativa de suicídio. Devia haver especial cuidado com o encerramento de portas e janelas, a deambulação dos doentes, os conflitos entre eles. Nos períodos de acompanhamento em sala comum ou de convívio, deveriam estar presentes pelo menos dois enfermeiros.

O cumprimento da hidroterapia é considerado como responsabilidade do pessoal de Enfermagem. São apresentados diversos exemplos de acidentes que poderiam ocorrer durante o momento dos banhos: as submersões voluntárias e involuntárias, as queimaduras, os resfriados e os traumatismos provocados por quedas. São de diversa natureza os banhos preconizados no manual, tais como de limpeza, parciais e de longa duração, estes últimos com objetivos terapêuticos de tratamento no que diz respeito à maior agitação do doente ou euforia, e que poderiam durar vários dias e noites, e às vezes até semanas. Durante a hidroterapia, os enfermeiros têm a obrigação de estarem atentos às características da pele, da respiração, do pulso, da temperatura e do estado mental da pessoa que se encontra em tratamento. Os banhos prolongados devem ser vistos como uma terapia, não como um castigo.

Os enfermeiros monitorizam ainda o peso das pessoas internadas, que deve ser avaliado aquando a sua admissão na instituição. Segundo os autores do manual, a monitorização do peso e o controlo da quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos devem estar relacionados. Apenas se pode afirmar que a alimentação é adequada às necessidades do doente se o mesmo, durante as monitorizações, aumentou o seu peso. A distribuição da medicação é ainda da responsabilidade dos enfermeiros, e são inúmeras as tarefas que estes devem cumprir nesse domínio. Referimos algumas das que consideramos mais importantes: vigiar o pulso e a respiração, de hora a hora, da pessoa a quem foi administrada uma injeção de escopolamina-morfina; estar presente no momento em que o doente toma a sua medicação, assegurando que a mesma foi ingerida; desconfiar dos toxicodependentes, para impedir o furto de medicação ou as tomas repetidas; submeter regularmente a lista da medicação de cada doente aos médicos, para eventuais alterações, de preferência aquando da visita médica.

O serviço noturno é assegurado por enfermeiros com experiência, com especial espírito de iniciativa e sentimento de dever a toda a prova. As velas são momentos de grande compromisso, visto ser função da Enfermagem cuidar do bom sono e repouso dos doentes, assim como da segurança geral. Se algum mostra inquietação ou agitação, deve ser tranquilizado e encaminhado para o seu leito, sendo chamado o médico em caso de situações urgentes. Ao enfermeiro compete, em geral,

cuidar da instituição como se da sua casa fosse – economizar, manter e vigiar.

A observação é realizada de forma visual e registada em notas, devendo ser passada informação pertinente ao colega que segue o turno, para vigilância do que for mais necessário. Aquando da admissão de um doente, o enfermeiro deve registar os resultados do exame físico completo e ainda as características da maneira de andar, da conduta, do humor, do pensamento, da urbanidade/cortesia e linguagem, do comportamento antes e após o banho de admissão, as características da roupa e dos utensílios que a pessoa trouxe consigo (guardando e afastando os objetos perigosos), do grau de higiene pessoal e do vestuário, a medicação no domicílio e ainda a presença de ideias suicidas/homicidas ou de auto/hetero-lesão. A admissão é um momento de grande importância para o enfermeiro, pois é neste momento que ainda lhe é possível conhecer a realidade do próprio doente e por vezes conhecer a família e/ou amigos.

Ainda na terceira parte do manual é apresentado um capítulo designado “Los Cuidados Propiamente Dichos”, em que os autores referem que “Los cuidados a los enfermos nerviosos y mentales tienen a la vez algo de psicoterapia, de pedagogía, de terapéutica médica y de vigilancia.” (Morgenthaler & Forel, 1936, p.176). É recomendado aos enfermeiros que conheçam bem os doentes por quem estão responsáveis, que tenham bem presentes as características das diversas doenças mentais, os sintomas e que utilizem a experiência em favor dos seus cuidados. Perante uma pessoa agitada, com alucinação ou delírio, é necessário que o enfermeiro eduque para a realidade e que utilize técnicas de distração, embora o silêncio seja recomendado em algumas situações. O enfermeiro não deve entrar nas alterações de pensamento e de percepção identificadas, nem fomentá-las, tendo paciência, perseverança e espírito de continuidade. As técnicas de ocupação são as mais aconselhadas. Os novíços, considerados como principiantes na profissão, devem abster-se de agir quando não têm competências de intervenção adequada, respeitando os seus superiores. As pessoas com diminuição da interação social, isolamento ou ideação suicida, devem ser estimuladas a participar em atividades de grupo. O enfermeiro, por seu lado, pode providenciar atividades próprias para os débeis e os considerados como autistas, incentivando o seu desenvolvimento cognitivo e motor.

As pessoas com alteração do comportamento alimentar devem, de acordo com o manual, ser incentivadas a alimentar-se, podendo ser preparadas refeições a seu gosto para que se sintam mais motivadas para a alimentação. Se as diferentes estratégias não produzirem efeito, o médico deverá ser avisado, e cabe ao enfermeiro a colaboração na técnica de alimentação forçada, tanto por via oral como por entubação oro/nasogástrica.

Concluindo a análise à terceira parte do manual, a contenção dos

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO INÍCIO DO SÉCULO XX

doentes furiosos ou agitados deve ser realizada por mais do que um enfermeiro, evitando-se a agressão física ou o maltrato. Esta contenção deve ser realizada quando a pessoa apresenta risco de lesão para si, para os outros ou quando o seu comportamento é motivo de agitação e inquietação para os restantes doentes. No “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales” é referido que o enfermeiro pode ajudar de forma eficaz no tratamento das pessoas com problemas de adição, através do estímulo ao trabalho – aliás, a ergoterapia é um dos tratamentos mais defendidos no manual – e do incentivo à escolha de uma pessoa de referência e exemplo para o doente, com quem possa conversar e a quem possa pedir apoio. Nesta parte do manual são ainda apresentadas diversas imagens e fotografias, que ilustram os cuidados e as intervenções de Enfermagem, tal como se pode ver na Figura 1, Figura 2 e Figura 3.



Figura 1 – Exemplo de contenção física in “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales” (Morgenthaler & Forel, 1936, Lâmina XXII)



Figura 2 – Exemplo de intervenção para o autocuidado alimentar-se in “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales” (Morgenthaler & Forel, 1936, Lâmina XVIII)



Figura 3 – Oficina de encadernação in “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales” (Morgenthaler & Forel, 1936, Lâmina XXXI)

Relativamente à quarta e quinta parte do documento analisado, estas intitulam-se, respetivamente, “Higiene Mental y Asistencia” e “Historia de la Medicina Mental”, sendo que na quarta parte os autores revelam um especial cuidado no que diz respeito à profilaxia da doença mental e à importância da manutenção da higiene mental desde a infância. A família é considerada como uma fonte de saúde e bem-estar, devendo ser a sua ação essencial do que diz respeito à prevenção dos problemas que derivam da alienação. Quando as famílias têm algum dos seus membros internado, o seu encontro deve ser fomentado e os cuidados em casa devem ser privilegiados, com a assistência social adequada. A última parte descreve a história da psiquiatria, com ênfase para a Idade Média e a informação sobre as mudanças que se deram na visão da psiquiatria durante os anos de oitocentos, recorrendo a imagens de instrumentos de tratamento psiquiátrico, como se pode observar na Figura 4 e na Figura 5.



Figura 4 – Cela para transporte de alienado in “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales” (Morgenthaler & Forel, 1936, Lâmina XXXIV)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO INÍCIO DO SÉCULO XX



Figura 5 – Banheira coberta para tratamento in “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales” (Morgenthaler & Forel, 1936, Lâmina XXXV)

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A história da saúde mental e da psiquiatria mistura-se com a história dos hospitais psiquiátricos, das sociedades, das crenças e valores e com a própria história da saúde. A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica apresentou uma grande evolução ao longo do século XX, para qual contribuíram todos quantos cuidaram dos considerados “sem-juízo”.

Verificamos que, ao longo dos tempos, a atuação da Enfermagem foi essencial no tratamento e no cuidado das pessoas com doença mental (Botelho (a), 2004; Sá & Sousa, 2011), e o que é considerado como doença mental, e o estigma que lhe está associado, tem evoluído com a passagem dos anos. Aliás, como refere Esteves (2011, p.199), “A humanização da loucura, fruto do desenvolvimento científico, permitiu que esta fosse abordada sob o prisma da cientificidade e não do obscurantismo.” – clareza que nos permite olhar para a pessoa com doença mental como parte integrante da nossa comunidade, e não como alguém considerado na margem social.

De acordo com a análise realizada, as intervenções de Enfermagem enunciadas no “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales” são encaminhadas tanto para o cuidado com o corpo como da mente, sendo que a família, já na altura, também era objeto da atenção dos enfermeiros. Assistimos, com a apresentação deste manual, à evolução dos cuidados de enfermagem, passando dos costumes da vigilância e do castigo (Sá & Sousa, 2011) para a ação planeada, com base no juízo crítico e no pensamento profissional.

No manual estudado, não é ainda apresentada, nem referida, a eletroconvulsivoterapia, embora tenha sido iniciada a sua utilização no início dos anos 30 do século XX, ainda que em fase experimental. Os enfermeiros cuidavam de acordo com a sua experiência, sistema hierárquico e características institucionais, sendo as casas de cariz religioso orientadas para um cuidado quase vocativo e caritativo. Podemos observar que a ação dos enfermeiros deve ser regida por um código moral e de serviço bastante rigoroso, em que a paciência, a perspicácia, a aprendizagem rápida e a iniciativa eram consideradas como características de um bom enfermeiro que se dedicasse ao

cuidado das pessoas com doença mental (Esteves, 2011; Sá & Sousa, 2011).

A admissão de doentes, a hidroterapia, a administração de medicamentos (com os injetáveis a poderem ser administrados apenas por enfermeiros com diploma), a vigilância, a ergoterapia e as atividades lúdicas e de distração, são a grande parte da intervenção dos enfermeiros descritas no documento analisado. De referir que se considerava o papel do enfermeiro fundamental no que diz respeito ao tratamento das pessoas com problemas aditivos e que a manutenção de um ambiente calmo e tranquilo, adequado às necessidades das pessoas internadas e em colaboração da família, era igualmente importante no tratamento. Os cuidados com a alimentação eram vistos como parte integrante do tratamento e a qualidade e quantidade dos alimentos deviam manter-se sob a supervisão dos profissionais de Enfermagem. Podemos afirmar que o risco de desnutrição era monitorizado através da avaliação do peso, até porque a recusa alimentar poderia advir de uma ideação suicida que era necessário vigiar e controlar. Botelho ((b), 2004) também aclarou que a alimentação, muitas vezes, tinha de ser forçada, com a intervenção dos enfermeiros.

O facto de o documento analisado ter sido encontrado na biblioteca do Centro Hospitalar Conde de Ferreira, em estado que indicia muito uso e manuseio, com uma folha no seu interior com o título “Ponto Escrito de Enfermagem Psiquiátrica” e contendo diversas questões manuscritas, sugere que o “Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales” possa ter sido importante na formação dos enfermeiros que, à época, trabalharam no hospital, até por estar escrito em espanhol, língua de fácil acesso e transposição para a realidade portuguesa. Trata-se, afinal, de uma obra vanguardista, que não tem equivalente em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Botelho (a), J. R. (2004). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Alguns Contributos para a sua História em Portugal*, Servir, 52 (2), 55-64.

Botelho (b), J. R. (2004), *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Alguns Contributos para a sua História em Portugal*, Servir, 52 (3), 108-118.

Esteves, A.. (2011). *Engulhos de Ontem, Doente de Hoje: Pensar a Loucura em Portugal no Século XIX. O Caso do Distrito de Viana do Castelo*. in Lobo de Araújo, Maria Marta & Esteves, Alexandra (Coords.). *Marginalidade, pobreza e respostas sociais na Península Ibérica (séculos XVI-XIX)*. Braga: CITCEM. 199-216

Junior, O. C. S.. (2011). Pesquisa Documental. In Oguisso, Taka, Campos, Paulo Fernando de Souza & Fernandes de Freitas, Genival. *Pesquisa em História da Enfermagem*. São Paulo: Editora Manole. 339-362

Morgenthaler, W. & Forel, O.-L.. (1936). *Manual del Enfermero para Pacientes Nerviosos y Mentales*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.

Sá, L. & Sousa, J. (2011). *Evolução da Prática dos Cuidados de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental*. in Pereira, Ana Leonor & Pita, João Rui (Eds.). *II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Coimbra: CEIS20. 97-104

Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1883). *Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto

Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1916). *Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

59 Nº1 | REVISTA SERVIR | 2016 | 55 - 66

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS
CHILDBIRTH AT HOME IN PORTUGAL: PRACTICES BETWEEN THE FORTIES AND SIXTIES TO NOWADAYS RECOMMENDATIONS*Madalena Cunha^{1,2}**Manuela Ferreira¹**Graça Aparício¹**Isabel Bica^{1,3}**Estudantes 26^oCLE, ESSV, IPV¹*¹CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu²CIEC, Universidade do Minho, Portugal³CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research**RESUMO****INTRODUÇÃO**

Em Portugal, nas décadas de 40 a 60, o parto era considerado como um “ato doméstico” realizado com ajuda de mulheres experientes na área. A falta de assistência especializada à gravidez e ao parto revelava-se nas elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal, verificadas na época. O parto era um acontecimento que envolvia vários procedimentos e utensílios rudimentares e a ação de mulheres leigas designadas de parteiras.

A assistência no parto sofreu melhorias até aos dias de hoje, melhorando também a prestação de cuidados na área de saúde materna, obstétrica e neonatal. Em parceria com a evolução científica, atualmente o parto no domicílio está novamente a ser equacionada sobretudo por mulheres e profissionais defensores do humanismo no parto.

OBJETIVO

Explorar a evidência científica e as vivências do parto no domicílio nas décadas de 40 a 60 do século XX em Portugal.

MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura segundo o método PICOD e estudo exploratório realizado com 55 mulheres portuguesas com idades compreendidas entre 72 e 97 anos que viveram a experiência do parto no domicílio nas décadas de 40 a 60 do século XX em Portugal.

RESULTADOS

Os resultados revelaram que na década de 40 a 60, as mulheres eram assistidas maioritariamente por parteiras que utilizavam procedimentos muito rudimentares. As posições de preferência foram a ginecológica e a lateral, e a maioria ficou com sequelas devido às condições de assistência precárias, destacando-se a deformação da vagina e a incontinência urinária.

CONCLUSÕES

A evolução da arte de partejar foi uma mais-valia para os dias de hoje, contribuindo para uma diminuição significativa das taxas de mortalidade materna e perinatal e para um aumento da qualidade dos cuidados prestados à parturiente e ao recém-nascido. É imprescindível que os profissionais de saúde reflitam sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto e sobre as condições mais humanas e seguras para o nascimento. As políticas de saúde devem ser centradas na Mulher e devem garantir a possibilidade de escolha no acesso ao tipo de cuidados na assistência pré e pós-natal e ao local de parto. As mulheres devem ter a possibilidade de optar pelo tipo de parto e local de parto que desejam, por isso, o parto domiciliário planeado não deve ser descurado, mas considerado como um direito e uma possibilidade de escolha pela mulher e sua família. É, no entanto, necessário que as políticas de saúde invistam nesta dimensão da prestação de cuidados obstétricos, garantindo também no domicílio assistência perinatal segura e humanizada, baseada na melhor evidência científica / recomendações.

PALAVRAS-CHAVE

Parto normal, Parto no domicílio, Parteira.

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

ABSTRACT

INTRODUCTION

In Portugal, between the 40's and 60's, the birth was considered a "household affair" carried out with the help of expert women in the area. The lack of skilled assistance to pregnancy and childbirth was revealed by the high rates of maternal and neonatal mortality, observed during this period.

The birth was an experience that involved not only procedures and elementary tools but also the work of women, called midwives, without proper training. The assistance during childbirth had improved tremendously up to nowadays. Progresses were also made in maternal health as well as in the obstetric and neonatal fields. Along with scientific developments, childbirth at home is currently and once again under consideration mainly by women and professionals that defend a humanist approach during the childbirth act.

OBJECTIVE

To explore scientific evidences and the experience of childbirth at home during the 40's and 60's in Portugal.

METHODS

An integrative literature review according to the PICOD method and an exploratory research with 55 Portuguese women aged between 72 and 97 years old who have lived the experience of childbirth at home.

INTRODUÇÃO

O parto nem sempre foi vivenciado como o conhecemos hoje. Contudo a sua vivência foi e será sempre significativa, pois como refere Ferreira, Rocha & Monteiro (2009, p.12), a gravidez, o trabalho de parto e parto são eventos marcantes na vida das mulheres e da família. São também marcantes todos os momentos e atitudes que se relacionem com os mesmos, sobretudo os cuidados que recebem a mãe e o bebé.

Na década de 40 a 60, do século XX, a grande maioria dos partos em Portugal era realizada no domicílio, por parteiras locais, sem formação e muitas vezes em fracas condições sanitárias e de higiene. Carmo & Leandro (2000) cit in Pedras, (2010, p. 48) relatam que a "arte de partejar" foi durante séculos reservada às mulheres, não só pela sua reconhecida experiência e competência, desenvolvida ao longo dos tempos, como também por razões socioculturais.

RESULTS

The results revealed that in the 40's to 60's, women were mainly assisted by midwives who used very elementary procedures. The most used positions were gynecological and side-lying position and the majority of women remained with sequelae due to poor assistance conditions, therefore the deformation of the vagina and urinary incontinence can be highlighted as the most common consequences.

CONCLUSION

The advance of the art of childbirth at home was an advantage to our time because it contributed to a significant reduction of maternal and perinatal mortality rates and to the increase of the quality in care system to the woman and the newborns. It is essential that health professionals reflect on the advantages and disadvantages of each type of childbirth and on the most humane and safe conditions for this procedure. Health policies should be focused on Women and should not only ensure the possibility of choice in accessing the type of care in the pre- and post-natal but also in the childbirth place. Women should be able to choose the type of birth they want as well as and its place, so the planned home birth should not be neglected, but considered as a right and a choice for the woman and her family. However it is essential that health policies invest in the dimension of providing obstetric care to these women, ensuring a safe and humanized perinatal care at home, based on the best scientific evidence/recommendations.

KEYWORDS

Natural Childbirth, Home childbirth, Midwife.

Assim, o parto no domicílio foi, durante muito tempo, uma prática comum considerada normal no quotidiano da vida em sociedade. O local do parto era preferencialmente no quarto, no entanto existiam outras divisões de eleição tais como a cozinha devido ao calor da lareira. Crizóstomo, Nery & Luz (2007, p.99), salientam que o ambiente onde se realiza o parto é importante, uma vez que este pode ajudar ou "atrapalhar" a evolução do trabalho de parto.

As técnicas e instrumentos utilizados durante o trabalho de parto baseavam-se na sabedoria popular, que era transmitida às parteiras entre gerações. Esta revelava-se muitas vezes insuficiente e propiciava taxas de mortalidade materna e perinatais elevadas.

A formação de parteiras tem em Portugal décadas de existência. Um dos primeiros registos que documentam a preparação prática ministrada a parteiras na Casa Pia data de 1780. Foi aprovado em 1903 o Decreto de 28 de Outubro, que regulava

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

o curso de parteiras. Posteriormente, já na era moderna, em Janeiro de 1936, foi criado nas escolas de Médico-cirúrgica de Lisboa e Porto um curso de parteiras, com duração de dois anos e um estágio final (Verneau, 1971 cit. in Rodrigues, Gomes & Lopes, 2009, p.80).

A partir do século XX, a medicina transformou o parto de evento fisiológico em evento hospitalar, medicalizado e intervencionado. Assim, embora com evolução inquestionável na prática obstétrica, a assistência à mulher no parto continua a ser considerada um desafio no que se refere à qualidade dos cuidados prestados, surgindo na atualidade novas propostas de atenção ao parto, centradas na mulher, nas suas especificidades e assentes em modelos de cuidados menos intervencionistas.

Como forma de melhor conhecer a vivência do parto no domicílio, recorreu-se à revisão integrativa da literatura e a um estudo empírico com recolha de dados e trabalho de campo descrito no capítulo dos Métodos.

Para realizar o levantamento bibliográfico, de suporte ao enquadramento teórico utilizaram-se as seguintes bases de dados: PubMed, SCIELO, Repositórios da Universidade Nova de Lisboa e da Universidade Católica Portuguesa, Biblioteca do Conhecimento Online (B-on) bem como, documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde, livros provenientes da biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), (*Ajudar a Nascer, O saber médico do povo, Enfermagem na Maternidade e Medicina Materno-Fetal*) e ainda o livro *Fecundação, Gravidez e Parto*.

Os descritores utilizados para a localização das referências foram: *Natural Childbirth, Homechildbirth e Midwifery*, tendo sido adotada a seguinte estratégia de pesquisa de bases de dados mencionadas:

#1 MeSH descriptor Natural Childbirth; #2 MeSH descriptor Homechildbirth; #3 MeSH descriptor Midwifery; #4 [#1 AND #2] (Title); #5 [#1 AND #3] (Title); #6 [#2 AND #3] (Title)

Foram identificados 70.839 estudos pela pesquisa da literatura. Posteriormente, foram aplicados os seguintes requisitos:

- Texto Completo (fulltext);
- Data de publicação (2005- até à atualidade);
- Idioma: português, inglês e espanhol;
- Estudos qualitativos e quantitativos;
- Estudos em humanos

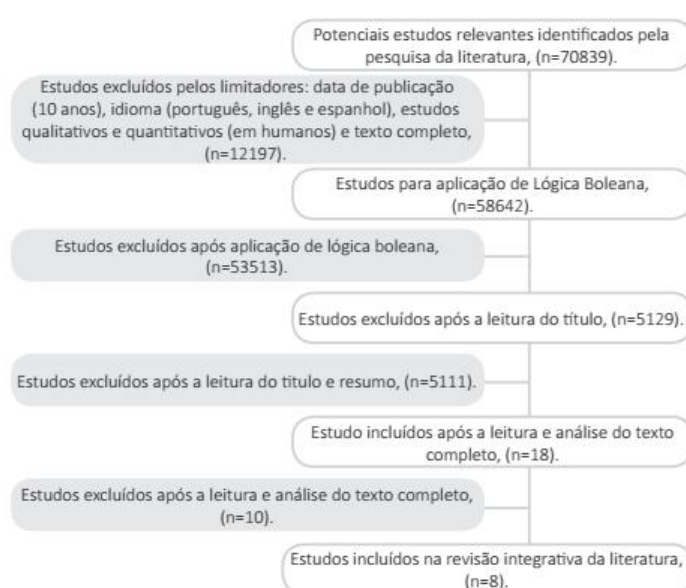
Foram ainda definidos critérios de inclusão e exclusão, apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de Seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Mulheres que foram mães ou parteiras.	
Intervenções	Parto no domicílio.	
Comparações	Comparação da vivência do Parto no domicílio na década de 40 a 60 do século XX e na atualidade.	Todos os estudos que não cumprem os critérios de inclusão.
Outcomes	Reconhecer as diferenças entre as vivências dos partos nas diferentes épocas/séculos.	
Desenho	Todo o tipo de estudos	

A análise das listas de bibliografia de todos os estudos selecionados permitiu a seleção de 18 estudos. Destes, 10 não cumpriram os critérios de inclusão sendo por isso excluídos. Assim, incluíram-se 8 estudos, sendo 4 estudos da PubMed, 2 estudos da Sciello e 2 estudos da B-on. (cf. Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma representativo das etapas de refinamento do corpus do estudo



PARTO NO DOMICÍLIO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ao longo dos tempos, o parto tem sido descrito por aspetos antagónicos que ao mesmo são associados, pois tanto são referidos momentos de alegria, esperança e renovação como de dor, medo e morte. Estes momentos tão diferentes têm sido vivenciados pelas mulheres ao longo de toda a história da humanidade em que a maternidade tem sido vista não só como um acontecimento fisiológico, mas também social (Silva, 2012, p.29). Por isso, o momento do trabalho de parto é vivenciado de forma singular nas diferentes culturas. Enquanto nas sociedades europeias o parto é “vivido como um processo simples”, compartilhado com pessoas de confiança e normalmente do sexo feminino, há culturas no mundo onde o parto é um momento pelo qual a mulher passa completamente sozinha (Gil, 1998).

A sua conceptualização é também diversa: Graça (2005, p. 253) explica o trabalho de parto como o momento em que as contrações uterinas dolorosas se instalam na parturiente e em simultâneo se inicia a dilatação e o colo do útero se apaga; Verneau, (1971, p.64) designa o parto como ato fisiológico por meio do qual o produto da concepção se separa do organismo materno; Depaul cit. in Verneau, (1971, p.64) classificou os partos em espontâneos e artificiais, distinguindo ainda os primeiros em fáceis e laboriosos.

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

Na atualidade o parto eutócico é aquele que acontece no final de uma gravidez sem que haja perturbações que justifiquem emprego instrumental. Para dar resposta a estas situações, existe o parto distócico, que é efetuado com o auxílio instrumental (fórceps e ventosas) e intervenção cirúrgica (cesariana). E por trabalho de parto entende-se o conjunto de fenómenos fisiológicos, que uma vez postos, em marcha conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior Graça (2010, p.320). Segundo o mesmo autor convencionou-se dividir o trabalho de parto em três estádios. O 1ºestádio, dilatação, decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo. O 2º estágio ou período expulsivo, começa quando existe dilatação completa e termina com a expulsão do feto e o 3º estágio chamada dequitação, inicia na expulsão do feto e dura até à expulsão da placenta e das membranas fetais (Graça, 2005).

Atualmente, a grande maioria dos partos acontece em maternidades com apoio especializado, no entanto durante as décadas de 40 a 60, em Portugal, o parto era vivenciado como um “ato doméstico” realizado com ajuda de parteiras locais ou mulheres que já tinham sido mães ou com experiência no cuidado às parturientes. Também participavam no ato e/ou se encontravam no local, avós, irmãs mais velhas ou alguém da comunidade onde a grávida se inseria. Estas no pós-parto permaneciam em casa da puérpera ajudando-a a cuidar do recém-nascido, principalmente nos aspetos relativos à amamentação ou a ajudar a cuidar dos outros filhos já existentes bem como das lides domésticas (Carvalho, Sousa, Fontes, Ulisses & Moreira, 2006, p.19).

Ao longo do tempo, a falta de assistência à gravidez e ao parto foi uma realidade e a vivência da parturiente em partos anteriores influenciava a sua opção pelo parto no domicílio. O parto era considerado uma atividade desvalorizada, pois era deixado aos cuidados femininos, uma vez que nesta década os médicos eram raros. Consequentemente, as mulheres preferiam as parteiras, pelo seu conhecimento acerca da gravidez, puerpério e manobras que facilitavam o trabalho de parto (Brüggemann, 2001 Cit. in Crizóstomo et al., 2007, p.99).

No final do século XIV, o cirurgião inglês Peter Chamberlain passou a utilizar fórceps com frequência, fazendo com que o trabalho da parteira, começasse a sofrer declínio. A intervenção masculina passou a substituir o paradigma não-intervencionista das parteiras e estas passaram a ser rejeitadas nos estratos sociais mais altos das sociedades mais desenvolvidas (Brüggemann, 2001 cit. in Crizóstomo et al., 2007, p. 99).

As parteiras “oficiais” realizavam o parto com proteção pessoal em consequência do contacto com o sangue, usando luvas e lavando as mãos (Acker, Annoni, Carreno, Hahn & Medeiros cit in Pimenta et al, 2013). Utilizavam também uma bata branca para proteger a roupa e mangas arregaçadas. As unhas eram cortadas rentes e lavadas com escova de unhas e sabão (Verneau, 1971, p.64).

Nas situações em que a parteira ficava diante de um caso complicado, esta procurava primeiro reconhecer a situação para, de seguida, procurar outra parteira mais experiente. Apenas em último caso procurava auxílio de um cirurgião. Desse modo, a presença de um cirurgião no parto era vivenciada com ansiedade pela mulher, pois indicava a gravidade da situação (Osava,1990 cit in Mamede, Mamede & Dotto, 2007, p.332).

Outro cuidado das parteiras é que estas continuavam na residência da mulher até cair o coto umbilical do recém-nascido, com a possibilidade de serem chamadas para qualquer casualidade, a não ser quando a comunidade não era muito distante para se deslocarem (Nascimento, Santos, Erdmann, Nascimento-Júnior & Carvalho cit. in Pimenta et al, 2013, p.501). Alguns materiais de procedimentos eram fervidos e colocados em álcool. As parteiras executavam as etapas básicas de atenção fundamental à mãe e ao bebé (Acker et al cit in Pimenta et al, 2013, p. 501) As plantas medicinais tinham um papel importante no conforto para as dores do trabalho de parto e amenizavam a indisposição e o sofrimento em que as parturientes se encontravam, sendo uma prática passada de geração em geração (Dias, 2002 cit in Pimenta et al, 2013, p.501).

Nas décadas 40-60 em Portugal, existiam diversos preconceitos e falsas crenças de que é exemplo a prática de apertar os “mamilos” do recém-nascido para provocar a saída do “leite” de modo a espantar “o leitinho das bruxas”, procedimento que aumentava a incidência de abscessos nos recém-nascidos (Carneiro, 2008).

Assim, existia necessidade não só de prestar cuidados de saúde às mães e recém-nascidos, como também informar e alertar para alguns procedimentos sem fundamento científico, tais como, “*não lavar os olhos do recém-nascido como forma de prevenir a cegueira, não dar banho ao bebé de forma regular, não retirarem as crostas da cabeça, por estas ajudarem a manter o bebé saudável.*” (Sara Benoliel cit. in Carneiro, 2008, p.492). Em 1971, Verneau, (p168-169) considerava que a prevenção das patologias oftalmológicas deveria ser realizada de imediato, pela instilação de 5 gotas de uma solução de nitrato de prata a 1% em cada olho sendo desnecessário neutralizar com água salgada.

A evolução do conhecimento científico e a educação/formação realizada pelas parteiras/enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e enfermeiras certificadas levou ao abandono de muitas das práticas referidas e à alteração de alguns procedimentos. Na atualidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011) cit in Fernandes, Oliveira & Machado (2011, p.106), o primeiro banho do recém-nascido deve ser dado apenas seis horas após o parto, pelo risco de hipotermia antes e após o banho. Beck, Ganges, Goldman & Long (2004, p. 52) reforçam que o primeiro banho deve ser dado, pelo menos seis horas depois do nascimento de preferência até vinte e quatro horas depois do parto. Assim, imediatamente após o nascimento, o vérnix caseoso deve ser “limpo” com uma toalha.

Existem também recomendações em Portugal, Ministério da

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

Saúde (MS), Direção Geral da Saúde (DGS) (2005), relativamente ao enxoval do bebé é à roupa que a mãe necessitará para o momento do parto e pós-parto. A mãe deverá preparar previamente o enxoval do bebé que deverá ser constituído por fraldas de pano e fraldas descartáveis, camisas interiores, botinhas, babetes, fatinhos exteriores, manta, toalha de banho e uma peça de roupa mais quente para abrigá-lo na altura da alta clínica. Relativamente, à roupa da mãe, deverá fazer-se acompanhar de roupa interior (mínimo quatro peças), camisas de dormir, robe, soutiens de amamentação (pelo menos, dois), chinelos, toalha de rosto, toalha de banho, outros objetos pessoais de higiene e conforto que considere necessários.

A Organização Mundial da Saúde tem vindo a emitir pareceres com o objetivo de facultar orientações sobre boas práticas no Parto Normal. Merece destaque o relatório que a OMS emitiu em 1996, onde identificou as práticas a incentivar, a corrigir e a eliminar, resultante de um consenso alcançado e apoiado nos estudos de vários especialistas internacionais.

Na atualidade, no que diz respeito à alimentação e ingestão de líquidos, frequentemente a restrição completa é utilizada de forma inapropriada OMS (1996) cit in Garcia (2009), pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico. O parto é um momento de grande gasto energético, portanto, em meio hospitalar a prática é ser colocada uma infusão intravenosa de glicose para evitar desidratação e cetose. Práticas como tricotomia e limpeza intestinal realizadas no passado a todas as mulheres em trabalho de parto, são consideradas hoje pela OMS como *“Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas”*. A realização da tricotomia remove não só os pêlos, como também a camada protetora da pele que previne a infeção por bactérias. No que se refere à limpeza intestinal, esta é desaconselhada pois mesmo após a sua realização permanecem restos de fezes no intestino, que durante o parto podem ser facilmente libertados, provocando infeção no recém-nascido (OMS, 1996 cit in Garcia, 2009).

Já no século XX, o saber científico começa a distanciar-se do saber popular e, numa tentativa de diminuir a morbilidade e mortalidade materno-infantil, as parturientes, sobretudo dos meios urbanos, passam a ser internadas em instituições de saúde para parir. A mulher começa a parir num ambiente público longe dos familiares e amigos, em que expõe o corpo a inúmeros profissionais de saúde, deixando-se tocar e desvalorizando a questão de pudor e vergonha, em prol do bem-estar do filho (Pedras, 2010, p.47).

Em Portugal, a partir dos anos 40, observou-se uma queda significativa da taxa de natalidade acompanhada de uma significativa taxa de mortalidade materna e perinatal, sentindo-se assim a necessidade emergente em desenvolver organizações assistenciais, que formassem mulheres com conhecimento para prestar assistência antes, durante e após o parto (Carneiro, 2008).

De acordo com a Base de Dados Portugal Contemporâneo, do Instituto Nacional de Estatística, em 1960, a taxa de mortalidade

perinatal era de 42.2%, a taxa de mortalidade neonatal era de 28% e a taxa de mortalidade materna 115.5%, comparativamente com os dados de 2013 (3.4%; 1.9%; 6.0%, respetivamente) Fundação Francisco Manuel dos Santos, (2015 a), b)). Os ganhos em saúde são evidentes, contudo, o modelo (bio) médico enraizado trouxe também algumas perdas na prática tradicional das parteiras.

MÉTODOS

O estudo descritivo retrospectivo, de natureza exploratória foi realizado numa amostra não probabilística objetiva de 55 mulheres que vivenciaram o parto no domicílio nas décadas de 40 a 60 do século XX. As participantes foram selecionadas pela técnica de amostragem em bola-de-neve e a colheita de informação foi suportada no questionário de Cunha (2013), tendo a mesma ocorrido nas regiões Norte, Centro e Sul de Portugal Continental. Neste processo de amostragem, seguiram-se os pressupostos de Coutinho (2011), pelo que cada investigador da equipa selecionou a sua área de residência para estabelecer contacto inicial com 2 a 4 sujeitos, previamente identificados como membros do grupo que se pretendia estudar. No presente estudo foram como já referido, as mulheres portuguesas que haviam vivenciado o parto do domicílio nas décadas de 40 a 60 do século XX e foram estas que por sua vez, colocaram o investigador em contacto com outras mulheres e, assim, sucessivamente.

A fim de orientar a investigação conceptualizou-se a seguinte questão de investigação: *Que vivências sobre o parto no domicílio nas décadas de 40 a 60 do século XX em Portugal são relatadas pelas mulheres?*

Em consonância, definiu-se como objetivo: Descrever as *vivências das mulheres sobre o parto no domicílio nas décadas de 40 a 60 do Séc. XX, em Portugal*.

A recolha de informação foi realizada de forma livre e convenientemente esclarecida, pois para além da informação sobre o âmbito e objetivos do estudo que acompanhava o Termo de Consentimento, as participantes foram, sempre que solicitado, esclarecidas, numa linguagem acessível, dos propósitos do estudo.

PARTICIPANTES

A caracterização sociodemográfica das 55 mulheres (parturiente e parteira) revela que a idade mínima da mulher inquirida era, no momento da colheita de informação para o estudo, 72 anos e a máxima de 97 anos, com uma média de idades de 75.72 anos, a maioria (50,9%) tinha idade inferior ou igual a 75 anos e estavam casadas (56,4%).

A idade mínima da parturiente no primeiro parto foi de 17 anos e a máxima era de 35 anos, a que corresponde uma média de idades de 21,89 anos, inferindo-se ser muito jovem.

Das mulheres inquiridas, 22 desempenharam no passado a função de parteira.

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

A idade mínima da parteira, na altura do parto foi de 17 anos e a máxima de 80 anos, sendo a média de idades de 44.22 anos, tradutora de alguma experiência de vida (cf. Tabela 1).

Das inquiridas, 31 mulheres eram analfabetas e 24 estavam habilitadas com a 3ª classe. A maioria destas mulheres residia na região Centro (69,1%), no entanto também foram inquiridas mulheres da região Norte e Sul. Estas mulheres tinham como ocupação serem doméstica (54,5%) e agricultoras (23,6%) (cf. Tabela 2).

Tabela 1 - Idade das participantes à data do estudo e da parturiente e parteiras na altura do primeiro parto.

Idades	n	Min	Máx	Média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro	Ks(K)
Idade das inquiridas	55	72	97	75.727	9.907	12	-1.295	1.806	0.279
Idade das inquiridas Parturientes na déc. 40 a 60	48	17	35	21.895	3.771	16.5	3.679	2.275	0.000
Idade da Parteira na déc. 40 a 60	22	17	80	44.227	15.574	35.2	0.890	0.513	0.421

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas

Caraterísticas Sóciodemográficas	n=55	10.00 %
Idade		
<=75anos	28	50.9
>75 anos	27	49.1
Zona de Residência		
Centro	38	69.1
Norte	13	23.6
Sul	4	7.3
Estado Civil		
Casada	31	56.4
Viúva	24	43.6
Habilitações Literárias		
Analfabeto	31	56.4
3ª classe ou mais	24	43.6
Profissão		
Doméstica	30	54.5
Agricultora	13	23.6
Comerciante	3	5.5
Costureira	3	5.5
Operária	3	5.5
Padeira	3	5.5

RESULTADOS

“PREPARAÇÃO” PARA O PARTO

O padrão alimentar praticado pelas parturientes no período pré-parto em 81.8% foi classificado como alimentação normal e no período pós-parto, 61.8% ingeriam canja de galinha (cf. Tabela

3). Relativamente à limpeza intestinal, 70.9% das mulheres inquiridas não limpavam e apenas 3.6% usou clister. A tricotomia foi realizada em apenas 6 mulheres. (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das mulheres acerca da “preparação para o parto.”

Preparação para o parto	n	%
Limpeza Intestinal no Pré Parto		
Não realizavam	39	70.9
Tomavam Chá	5	9.1
Canja de Galinha	3	5.5
“Ingeriam” muitos vegetais	2	3.6
Aplicavam panos quentes no abdómen	2	3.6
Ingestão de água	2	3.6
Realização de Clister	2	3.6
Realização de Tricotomia		
Sim	6	10.9
Não	49	89.1
Alimentação no Pré Parto		
Normal	45	81.8
Sopa	4	7.3
Vegetais	2	3.6
Batatas cozidas	1	1.8
Tomavam Canja de Galinha	1	1.8
Ensopado	1	1.8
Massa, arroz, sardinha e sopa	1	1.8
Alimentação no Pós-Parto		
Canja de Galinha	34	61.8
Normal	9	16.4
Sopa	4	7.3
Peixe Cozido	3	5.5
“Caldo” de Cebola	2	3.6
Chá	1	1.1
Ensopado	1	1.1
Peixe frito	1	1.1

CONTEXTO/CONDIÇÕES/MEIOS/PESSOAS ENVOLVIDAS NO PROCESSO DO PARTO

O local e posição adotada pelas inquiridas durante o período expulsivo foram predominantemente o quarto (87.3%) e a cozinha (12.7%). A posição adotada pelas parturientes foi diversificada, sendo a posição ginecológica a mais comum em 40 mulheres (72.2%) (cf. Tabela 4).

As pessoas presentes durante o parto foram maioritariamente (89.1%) a parteira, sendo apenas 4 os partos que foram assistidos pelo médico.

Quanto à fonte de calor, as mais utilizadas foram os cobertores e a botija de água quente (41.8% e 18.2%, respetivamente) (cf. Tabela 4).

No que diz respeito à episiotomia, esta foi realizada a 7 inquiridas (12.7%), enquanto a episiorrafia foi realizada em 9 mulheres (16,4%). Duas das nove inquiridas referem ter sido submetidas à episiorrafia por “*rasgadura da vagina*” (laceração do períneo)

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

durante o período expulsivo (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Contexto/condições/meios/pessoas envolvidas no processo do parto

Processo de Parto	n	%
Local do Parto		
Quarto	48	87.3
Cozinha	7	12.7
Pessoas Presentes		
Parteira	49	89.1
Médico	4	7.3
Outros	2	3.6
Fonte Calor		
Cobertor	23	41.8
Botija	10	18.2
Ambiente	8	14.5
Lareira	7	12.7
Toalhas Quentes	3	5.5
Lençóis	2	3.6
Candeeiro	2	3.6
Velas	1	1.8
Posição (período expulsivo)		
Ginecológica	40	72.7
Decúbito Lateral	7	12.7
De Pé	5	9.1
De Cócoras	2	3.6
De Joelhos	1	1.8
Episiotomia		
Sim	7	12.7
Não	48	87.3
Episiorrafia		
Sim	9	16.4
Não	46	86.3

PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO CORTE DO CORDÃO UMBILICAL

Como objetos utilizados no corte do cordão umbilical, 54.5%, referiam ter utilizado objetos cortantes (tesoura e faca) e em 76.4% eram sujeitos a um processo de “limpeza/asepsia”. A maioria das mulheres (43.7%) indicou a associação de dois objetos para realizar o corte do cordão e apenas 1 inquirida referiu que o método utilizado para a cicatrização era a secagem ao natural.

O método de eleição para a “limpeza/asepsia” da tesoura foi a água a ferver (43.4%), seguindo-se a “chama” (34.5%) e o álcool (14,5%) (cf. Tabela. 5).

Tabela 5 - Procedimentos relativos ao corte do cordão umbilical.

Procedimentos relativos ao corte do cordão umbilical	n	%
Corte do Cordão Umbilical		
Objetos Cortantes	30	54.5
Linha e Faca	12	21.8
Tesoura e Fio	9	16.4
Tesoura e Linha	3	5.5
Tesoura e secava ao natural	1	1.8
Utilização Material “Limpeza/Assético”		
Não	13	23.6
Sim	42	76.4
Processo de “Limpeza/Assepsia” (tesoura)		
Água a ferver	24	43.6
Chama	19	34.5
Álcool	8	14.5
Água ardente	1	1.8
Processo de “Limpeza/Assepsia” (Faca)		
Álcool e Chama	1	1.8

TROUXA MATERNA E DO RECÉM-NASCIDO

As parturientes usavam maioritariamente camisas de dormir (81,8%) e apenas (3.6%) usava roupa branca ou roupa larga. Para vestir o recém-nascido, a maioria referiu usar fraldas de pano (78,2%), fatinhos de bebé (56,4%) e camisola (9,1%). Quanto à trouxa do bebé, a maioria (87.3%) referiu prepará-la com roupa de bebé (casaco, camisola, touca, meias, vestido, lençol e “batinha”). As fraldas de pano como uso exclusivo no recém-nascido foram opção de 78.2% das mulheres (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Trouxa Materna e do Recém-nascido.

Trouxa materna e do recém-nascido	n	%
Roupa da Parturiente		
Camisa de dormir	45	81.8
Roupa que tinha vestida	6	10.9
Pijama de Algodão	2	3.6
Roupa Branca	1	1.8
Roupa Larga	1	1.8
Roupa do recém-nascido		
Fraldas de Pano	43	78.2
Fatinhos de Bebê	31	56.4
Cobertor	11	2.0
Camisola	5	9.1
Casaco	2	3.6
Panos	2	3.6
Vestido	2	3.6
Toalhas	2	3.6
Touca	1	1.8
Roupa Branca	1	1.8
Trocha do recém-nascido		
Roupa Bebê	48	87.3
Fraldas Pano	43	78.2
Cobertor	11	2.0
Toalha	2	3.6

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

VIVÊNCIAS APÓS O PARTO

O primeiro banho das parturientes ocorreu em 40% dos casos no dia seguinte ao parto e 1,8% das inquiridas referiram que ocorreu passados 3 dias ou que apenas foram “lavadas” com “panos” no período pós-parto. A higiene da mulher era feita com água quente e sabão azul.

O primeiro banho do recém-nascido, foi realizado imediatamente após o nascimento em 40% dos partos, no entanto 56,4% das mulheres referiram não se lembrar desse momento (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Primeiro banho da puérpera e do recém-nascido

Primeiro Banho da Puérpera e Recém-Nascido	n	%
Primeiro banho da Puérpera		
Dia seguinte	22	40.0
A seguir ao do bebé	2	3.6
Passado 2 dias	3	5.5
Passado 3 dias	1	1.8
Passado 8 dias	6	10.9
Antes e após do parto	2	3.6
No Pós-Parto	15	27.3
Lavadas com pano	1	1.8
Passado 1 mês	3	5.5
Primeiro banho do Bebê		
Logo a seguir ao parto	22	40.0
Passado 4 dias	2	3.6
Não se lembra	31	56.4

A ocorrência de relações sexuais com o seu parceiro no pós-parto foi vivenciada por 61.8% das inquiridas “passado” um mês. Apenas 1.8% das inquiridas referiram ter tido relações sexuais no espaço de uma semana e após o alívio das dores e paragem da hemorragia. Com igual percentual surgem as que ocorreram passados dois anos. No entanto, 14.5% das inquiridas referiram quando os maridos “queriam” (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Vivência das relações sexuais no pós-parto

Relações Sexuais pós-parto	n	%
Passado 1 mês	34	61.8
Quando os maridos queriam	8	14.5
Passado 2 meses	7	12.7
Passado 3 meses	2	3.6
Passado 1 semana	1	1.8
Após alívio das dores	1	1.8
Após paragem da hemorragia	1	1.8
Passados 2 anos	1	1.8

SEQUELAS DO PARTO

As sequelas do parto no domicílio sem assistência médica revelaram-se presentes na maioria das mulheres, pois 74.5% afirmaram ter sofrido sequelas pós-parto. Quanto às sequelas referidas, 19.5% referiu ter sofrido pequenas hemorragias, 14.6% afirmam ter ficado com a vagina “deformada” devido à difícil cicatrização e 12.2% ficaram com incontinência urinária

(cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Tipo de sequelas apresentadas no pós-parto

Sequelas no Pós-parto	n	%
Sim	41	74.5
Não	14	25.5
Tipos de Sequelas		
Pequenas Hemorragias	8	19.5
Vagina deformada devido a difícil cicatrização	6	14.6
Incontinência Urinária	5	12.2
Hemorróides	5	12.2
Cicatriz Dolorosa	4	9.8
Obstipação	3	7.3
Ardor e Prurido	2	4.9
Abdómen Distendido	2	4.9
Limitação de movimentos	2	4.9
Lacerações	2	4.9
“Fraqueza”	2	4.9

A análise inferencial permitiu apurar através do Teste de Fisher que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis *Realizar Episiotomia e Apresentar sequelas no pós-parto*. ($p=0,172$) e *Realizar Episiorrafia e apresentar sequelas no pós-parto* ($p=0,421$). Existem, contudo, diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis *usar material asséptico e apresentar sequelas no pós-parto*, ($p=0,000$), constatando-se que o facto de o material ser sujeito a processo de “limpeza/asepsia” diminuiu o aparecimento de sequelas no período pós-parto.

DISCUSSÃO

O parto domiciliar foi, durante muito tempo, uma prática comum e considerada normal na sociedade portuguesa. Durante as décadas de 40 e 60 do século XX, o parto no domicílio era um procedimento frequente em consequência das dificuldades de acesso da população ao hospital ou a outro serviço de saúde. O estudo realizado por Kukul & Oncel (2006, p.34) mostra que na Turquia 69.6% das participantes alegavam que a razão do parto ser no domicílio era consequência das dificuldades económicas e 19.6% referiam ter dificuldades em aceder aos serviços de saúde.

Crizóstomo et al. (2007, p.103) advogam que o parto domiciliar ocorria de forma natural, humanizado e que as parteiras tradicionais experientes prestavam assistência ao parto. Estas mulheres, chamadas de “aparadeiras” ou “comadres” eram mulheres de confiança da gestante e eram reconhecidas pela comunidade devido à sua experiência na realização do parto e acompanhamento do mesmo. Facto também documentado através dos resultados no presente estudo em que 89.1% das mulheres questionadas refere que os seus partos foram realizados pela parteira.

No estudo realizado por Kukul & Oncel (2006, p.34), as idades das parturientes variavam entre 18 e 49 anos, sendo que 98%

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

eram domésticas, 47.4% possuíam a 3ª classe e 35.5% eram analfabetas. Similarmente no presente estudo, inferimos que a idade das mulheres aquando do nascimento dos seus filhos, variou entre os 17 e os 35 anos, sendo 54.5% domésticas, 23.6% agricultoras e 43.6% possuíam a 3ª classe.

Verneau em 1971 (p.59-60) afirmava que *“(...) as mulheres grávidas são atreitas a prisão de ventre, o que se torna absolutamente necessário combater a fim de evitar graves complicações (...) é suficiente o uso de ameixas, laranjas, uvas tomadas de manhã em jejum; uma colher de sopa de mel em jejum e a prática de exercício moderado. Após se terem comido as ameixas secas e o mel beber-se-á um copo de água morna ou fria (...) pode recorrer-se ao uso de supositórios de glicerina só por último se deverá usar laxantes (duas colheres de magnésia efervescente num copo grande de água) ou duas colheres de sopa de carabaña. Também se pode recorrer a clisteres (...)”*. Recomendava-se a administração de um clister (uma ou duas colheres de glicerina) a fim de limpar a ampola retal, para não expulsar as fezes com a força executada no período expulsivo (Verneau, 1971 p.84). No que diz respeito à limpeza intestinal, das mulheres inquiridas, 39 referiram não ter efetuado sendo que 5 fizeram a limpeza intestinal com a ingestão de chá. Hoje, esta é uma prática não recomendada pela OMS, pois não há evidência dos benefícios da sua utilização.

Relativamente à posição adotada durante o período expulsivo, o presente estudo mostrou que 72.7% das inquiridas adotaram posição ginecológica e apenas 1.8% optou pela posição de joelhos. No estudo realizado por Colacioppo, Koiffman, Riesco, Schneck & Osava (2010, p.86) a posição de joelhos foi adotada por 10.6% das inquiridas bem como a posição ginecológica (referida como dorsal horizontal). Na década de 70, Verneau, (1971 p.85) referia que, após a rutura de membranas, a mulher deveria ser colocada na cama em posição obstétrica.

As diferentes posições de parto adotadas encontram-se documentadas no livro *Ajudar a Nascer de Carneiro* (2008, p.101) onde relata que, tradicionalmente, as posições adotadas para o período expulsivo eram a posição de joelhos, de cócoras, de pé, apoiada entre cadeiras, sentada na cama ou no bordo da cadeira. Naquela época as mulheres adotavam a posição de decúbito dorsal apenas para descanso.

Em relação à fonte de calor, Carneiro (2008) refere que maioritariamente era utilizada a lareira e a água quente. No presente estudo 41.8% das participantes referem ter utilizado o cobertor como a principal fonte de calor, enquanto a lareira foi utilizada como fonte de calor por 12.7% das mulheres.

O momento do parto era visto como um acontecimento que só as mulheres tinham direito a assistir e as pessoas presentes eram mulheres da família, amigas, vizinhas e a parteira (Gil, 1998). Também no presente estudo, se constatou que 89.1% dos partos tinham a assistência da parteira e apenas 7.3% a presença de um médico.

Após a expulsão do feto, procedia-se ao corte do cordão umbilical utilizando diversos objetos, nomeadamente cortantes (tesoura e

faca) em 54.5% dos partos e 45.5% referiu ter utilizado: tesoura e fio (16.4%), linha e faca (21.8%) e tesoura e linha (apenas 5,5%). De acordo com Nunes (1997, p.108-109) o corte do cordão umbilical era realizado recorrendo a várias estratégias que passavam por: rasgá-lo com as unhas ou cortá-lo com uma tesoura ou faca, sendo colocada cinza na extremidade do cordão umbilical. Verneau, (1971, p.169-170) referia que: *“Deve esperar 5 a 10 minutos, antes de ligar o cordão, pois não se deve ligá-lo enquanto tinha movimentos, porque a criança ganha com esta espera 80 gramas. Fazendo pressão sobre o cordão, isto é, apertando este entre os dedos e caminhando assim desde a parte que aparece na vulva até ao umbigo da criança, aumentar-lhe a quantidade de sangue. (...) Pode-se servir de fio de seda, de linho, ou cânhamo. Deve ter-se o maior cuidado em ferver bem, durante 20 minutos, o fio que vai ser empregado. Liga-se o cordão a cerca de 6 centímetros. Faz-se um nó simples podendo empregar-se, no entanto, um outro nó que não se desata. Evitar os nós complicados. Uma vez ligado o umbigo, corta-se com a tesoura fervida ou passada pela chama de álcool a 90º. Feito o corte, estanca-se o sangue e ver-se-á se a ligadura foi bem feita; para esse fim, aperta-se o cordão entre os dedos. No caso de sair algum sangue liga-se outra vez. (...) empregar um parche de álcool a 90º. Envolve-se o cordão com uma pasta de algodão embebida em álcool 90º e mantida por meio de gaze esterilizada. Deixa-se este parche durante 24 horas e podemos verificar que, decorrido este tempo o cordão está completamente seco. (...) O cordão é seccionado, raso, ao fim de dois dias, com tesoura em todo resistente. Esta secção faz-se sem perigo algum. Do 8º dia ao 10º dá-se a queda por necrose asséptica.”*

Na década de 50-60 do séc. XX, nas crianças nascidas em meio hospitalar, onde os bebés eram separados das mães para seu descanso, o risco de infeções nosocomiais e infeções cruzadas entre os lactentes aumentou acentuadamente o que condicionou a conduta do uso profilático de antissépticos/antimicrobianos tópicos, na tentativa de “esterilizar” o umbigo. Apesar da evolução e da evidência científica, algumas dessas práticas chegaram aos nossos dias, pois a utilização de soluções antissépticas para a limpeza do coto umbilical, como a iodopovidona, água estéril, álcool 70°C, clorhexidina continuaram a ser utilizadas (Branco, 2003). Atualmente a técnica do “limpo e seco” ou dry care (Awhonn, 2007 citado por Whitmore, 2010) é a técnica recomendada, desde que o RN se mantenha junto da mãe. Esta tendência recente nos cuidados ao coto umbilical - dry care - significa manter o cordão limpo e seco após o banho ou após limpeza parcial do local, sem aplicação de solutos por rotina. Esta técnica é atualmente apoiada pela Academia Americana de Pediatria, que recomenda que o coto umbilical deve ser mantido apenas limpo e seco após o nascimento (Bautista, Mantaring, Uy, Senen, 2010).

De acordo com as recomendações de Portugal, MS, DGS (2005), as parturientes devem usar roupa interior, nomeadamente, cuecas e soutiens de amamentação, camisas de dormir, robe e chinelos. No presente estudo, a maioria das mulheres, (81.8%),

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

usou camisa de dormir, no entanto 1.8% das mulheres usavam roupa branca e roupa larga.

A episiotomia foi relatada por 12.7% das inquiridas que referem ter sido submetidas a esta intervenção. Porém, no estudo realizado por Colacioppo et al. (2010,p.86) apenas 6.1% das inquiridas foram submetidas a episiotomia, e 59.1% das mulheres referiam lacerações no pós-parto enquanto no presente estudo apenas 3.6% referem este tipo de sequelas. Segundo Tornier cit in Verneau (1971, p.87) para evitar a rotura do períneo, é aconselhado fazer incisões nos lados da vulva ou na sua linha mediana.

No que diz respeito à prática da tricotomia, apenas 6 das mulheres inquiridas referiram tê-la realizado. Verneau (1971, p.84) afirmou que *"Será de toda a conveniência rapar os pêlos vulvares e limpar-se bem a vulva com gaze embebida em solução de sublimado."* Esta prática hoje não está de todo aconselhada pois a evidência científica demonstrou a sua inutilidade.

Relativamente à utilização de objetos sujeitos a um processo de *"limpeza/assepsia"*, 76.4% das inquiridas referem a sua utilização. Na década de 70, Verneau (1971, p.83) afirmava que as pinças e tesoura eram colocadas em álcool para desinfecção. Hoje os materiais são esterilizados ou de uso único/descartável. Das mulheres inquiridas, 40% afirmaram ter dado o primeiro banho ao recém-nascido após o seu nascimento. Verneut (1971, p.171) afirmava que quando a criança nascia precisava de um banho para a *"desembaraçar do involucre sebáceo mais ou menos abundante que lhe cobre o corpo"* e que se deve secar o corpo com um lençol aquecido. Este procedimento é também descrito por Nunes cit in Carneiro (2008,p.109) em que o banho ao bebé era dado logo a seguir ao parto e vestido com roupas próprias, cueiros, casaquinhos e camisinhas, e envolvido numa manta. Neste estudo, as roupas utilizadas predominantemente no recém-nascido foram: as fraldas de pano (78.2%) e fatinhos de bebé (56.4%). As menos utilizadas foram o casaco (3.6%) e o cobertor (2.0%).

A OMS cit in Garcia (2009) refere que a alimentação da mulher deve manter os padrões normais de diversificação quer antes quer após o parto. Os resultados deste estudo mostram que 81.8% das mulheres mantinham uma alimentação normal antes do parto embora após o parto apenas 16.4% o fizessem, pois 61.8% das mulheres alimentava-se com canja de galinha.

Nunes (1997, p.109) relativamente aos cuidados à puérpera referia que era comum lavarem-se 8 dias após o parto ou quando a hemorragia do parto terminava. Este facto foi também apurado nesta investigação, pois 10.9% das mulheres referiam ter tomado banho apenas passado 8 dias. Contudo, 40.0% das mulheres referiam ter-se banhado no dia seguinte ao parto.

Sobre as técnicas e procedimentos de assistência no parto no domicílio, na década em estudo, (40-60 do século XX), foram ainda descritas uma panóplia diversificada como se exemplifica em seguida.

De acordo com várias inquiridas durante o período de dilatação a parturiente era incentivada a *"puxar"* (a fazer força contraindo o

abdómen/períneo) para aumentar a dilatação da vagina. Para o efeito era dado a beber à mulher chá de *"anticão"* (centeio) para dar força. Hoje em dia tal facto não se verifica, pois a parturiente espera que a dilatação da vagina aconteça e, caso esta não dilate naturalmente, é administrada de forma controlada ocitocina para que a dilatação ocorra. Se depois de administrada a ocitocina, não se verificar evolução favorável da dilatação, a parturiente irá ser submetida a uma cesariana. (Lowdermilk & Perry, 2008). A fim de facilitar e promover a colaboração da mulher durante o trabalho de parto, a mulher grávida é ensinada a respirar de forma adequada. A técnica de respiração consiste, na inspiração pelo nariz e expiração pela boca, durante o período expulsivo. Atualmente ainda se encontra em vigor a respiração descrita no parágrafo acima, sendo esta executada sempre que ocorre uma contração. Atualmente é utilizado outro tipo de respiração designado como sopro, usado quando a parturiente sente a necessidade de *"puxar"* e no entanto ainda não o deve/pode fazer (Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante o período de dilatação e na presença de contrações, a parteira auxiliava, verbalmente, a parturiente na colocação dos joelhos junto ao tórax e, utilizava vaselina ou óleo da cozinha para ajudar durante a expulsão do feto, (Sic Inquiridas). Para aliviar as dores durante as contrações, eram colocadas toalhas quentes no abdómen. (Sic Inquiridas).

Para a remoção da placenta foram referidas pelas inquiridas as seguintes técnicas:

"Prendia-se a ponta de um fio à placenta e outra ao Hallux. A parturiente levantava-se e debruçava-se sobre a cama. Ao mesmo tempo que puxava, soprava para dentro de uma garrafa de vidro." *"A parteira mandava a parturiente "puxar" ao mesmo tempo que esta se apoiava na barriga, carregando até ocorrer a expulsão da placenta."* (Sic Inquiridas).

Para alívio das dores, após a expulsão da placenta, era colocado um saco de água quente no abdómen ou era realizada massagem abdominal (Sic Inquiridas).

No período pós-parto, as mulheres colocavam ligaduras em torno do abdómen (enfaixamento), para que o útero *"não ficasse distendido"*. (Sic Inquiridas).

Nos dias de hoje para facilitar a remoção da placenta aplica-se uma ligeira tração no cordão umbilical e com a outra mão empurra-se o útero no sentido posterior. Quando a placenta começar a descer até à vagina deve-se extraí-la com suavidade de modo a evitar a retenção das membranas. Por fim deve-se efetuar a *"espremedura uterina"* que tem como objetivo retirar os coágulos existentes no interior do útero (Graça, 2005, p.322). Relativamente ao período pós-parto os cuidados com a puérpera são sobretudo verificar se existem perdas hemáticas significativas, ocorrência da primeira micção, bem como proceder à realização dos cuidados vulvo perineais (Graça, 2005). Hoje em dia, os cuidados vulvo perineais são prestados pelo enfermeiro/enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, com recurso a técnica limpa e devem ser efetuadas nas primeiras 24 horas após o parto e sempre, após a puérpera

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

urinar ou defecar, com lavagem com água, seguida de secagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em suma, constatou-se que o local e o processo de vivência do parto sofreu várias alterações ao longo dos anos. O progresso tecnológico e científico e a institucionalização do parto foram importantes e uma mais-valia para assistência à gestante, parturiente, puérpera, casal grávidico e feto/recém-nascido em alternativa ao parto de alto risco no domicílio vivido no passado. Partilha-se com Crizóstomo et al (2007,p.103) a convicção de ser imprescindível que os profissionais de enfermagem reflitam sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, sobre as condições “mais humanas” e seguras para o nascimento de uma criança, implementando a melhor forma de atendimento à parturiente e à criança. Estamos conscientes de que as práticas utilizadas durante o parto e o nascimento afetam física e psicologicamente a mãe e o bebé.

Hoje em dia algumas mulheres procuram um parto não institucionalizado e, optam por ter o seu bebé em casa, um local privilegiado para o cuidar, podendo esta ser uma opção, apenas quando se trata de uma gravidez de baixo risco, mas sempre com o acompanhamento de uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica ou por um médico obstetra.

CONCLUSÕES

Em Portugal, na década de 40-60 do século XX, a maioria dos partos era realizada no domicílio por parteiras locais, sem formação e com fracas condições sanitárias e de higiene, no entanto com uma reconhecida experiência e competência, desenvolvida ao longo dos tempos. Em 1971, Verneau com o lançamento do livro *Fecundação, Gravidez e Parto*, descreveu algumas técnicas e procedimentos que contribuíram para a melhoria dos cuidados ao parto no domicílio.

A evolução das técnicas de parto teve bastante influência nos dias de hoje, contribuindo para uma diminuição significativa das taxas de mortalidade perinatal e materna e para um aumento da qualidade dos cuidados prestados à puérpera e ao recém-nascido.

Assim, hoje existem mulheres que cada vez mais procuram um parto não institucionalizado e, dependendo das suas preferências e circunstâncias, optam por ter o seu bebé em casa, um local privilegiado para o cuidar, naturalmente com recurso ao acompanhamento de uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica ou/e um médico obstetra. Este facto é reforçado por Jouhki & Boucher cit. in Sjöblom, Idvall, Lindgren & Nordic Homebirth Research Group (2014), que refere que as mulheres que escolhem o parto no domicílio desenvolvem a relação com a parteira durante a gravidez e esta é uma das razões mencionadas para optarem por este tipo de parto. Ter uma boa relação com a parteira é fundamental e determinante para uma experiência positiva do parto domiciliar, salientam McCrea & Wilde-Larsson cit in

Sjöblom et al (2014).

Entre as razões apontadas por Jouhki & Sjöblom & Boucher cit in Sjöblom et al, (2014) para a opção pelo parto domiciliar podemos destacar, a elevada autonomia referida pelas parturientes e a vivência do parto como um processo natural que possibilita a presença da família durante este momento único. De Vries & Folley & Blix cit in Sjöblom et al (2014) reforçam que o atendimento das parteiras no domicílio é dotado de certas qualidades e técnicas que não são encontradas em meio hospitalar.

Apesar das limitações que este estudo contém, designadamente um quadro teórico sustentado numa amostra integrativa de 8 estudos e um estudo empírico baseado numa amostra objetiva de 55 mulheres, o mesmo integra a versatilidade das duas metodologias e serve o propósito de aportar conhecimento confirmatório sobre a visão histórica do processo do parto no domicílio no nosso país, na primeira metade do século XX, referenciando algumas práticas obstétricas, confrontando-as com a atualidade.

Tendo em vista a tomada de decisão informada sobre o parto, a mulher deve receber informação completa, baseada na melhor evidência disponível relativamente aos cuidados que venham a ser prestados à sua pessoa e ao recém-nascido, de modo a poder fazer as suas escolhas de forma livre e responsável.

AGRADECIMENTOS

FCT, CIEC, Universidade do Minho, Portugal // CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

Os autores deixam expresso o seu agradecimento aos Revisores da revista *Servir* que forma anónima com as suas críticas e sugestões muito contribuíram para a qualidade deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bautista, R. M. M., Mantaring, J. B., Uy, M. E. V., & Senen, K. A. A. (2010). *Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns*: Protocol. In The Cochrane Library, Issue 8: 1:8. DOI: 10.1002/14651858.CD008635

Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., & Long, P. (2004). Cuidados ao recém-nascido: Manual de consulta. Washington: *Save the Children Federation* Acedido em <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/CARE-OF-THE-NEWBORN-REFERENCE-MANUAL-PORT.PDF>

Branco, M. (2003). Cuidados com o cordão umbilical. *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia* da S.P.P., 8(20), 7-10. Acedido em <http://docplayer.com.br/6035300-Boletim-informativo-da-seccao-de-neonatalogia-da-s-p-p>.

Carneiro, M. (2008). *Ajudar a nascer: Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação: Séculos XV-1974*. Porto: Editora da Universidade do Porto.

Carvalho, C., Sousa, C., Fontes, M., Ulisses, N., & Moreira, V.

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

- (2006). *O papel da doula na obstetrícia contemporânea*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 7, 19-21.
- Colacioppo, P. M., Koiffman, M. D., Riesco, M. L. G., Schneck, C. A. & Osava, R. H. (2010). *Parto domiciliar planejado: Resultados maternos e neonatais*. Revista de Enfermagem Referência, 3(2), 81-90. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400009&lng=pt&tlng=pt
- Crizóstomo, C. D., Nery, I. S. & Luz, M. H. B. (2007). *A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar*. Escola Anna Nery, 11(1), 98-104. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100014&lng=en&tlng=pt
- Cunha, M. (2013). Guião Entrevista: *Parto no domicílio em Portugal: das vivências das décadas de 40 a 60 do século XX*. Não publicado.
- Coutinho, C.P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fernandes, J. D., Oliveira, Z. N. P., & Machado, M. C. R. (2011). *Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido*. Anais Brasileiros de Dermatologia, 86(1), 106. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>
- Fernandes, T. (2013). *Rotina desnecessária e perigosa*. Ciência Hoje On-line. Acedido em <http://cienciahoje.uol.com.br/especiais/por-um-parto-seguro/rotina-desnecessaria-e-perigosa>
- Ferreira, M., Rocha, A. M., & Monteiro, C. (2009). *Percepção e importância dos cuidados recebidos durante o trabalho de parto e parto*. Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 10, 12-15.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2015a). *Taxa de mortalidade perinatal e neonatal em Portugal*. Acedido em <http://www.pordata.pt/Home>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2015b). *Taxa de mortalidade materna em Portugal*. Acedido em <http://www.pordata.pt/Home>
- Garcia, M. T. G. (2009). *Maternidade segura*. Acedido em <http://www.abcdoparto.com.br/Assistencia/AssistenciaPartoNormal-OMS.html>
- Gil, J. M. (1998). *Dar sem (se) perder*. Análise psicológica, 16(3), 393-404.
- Graça, L. (2005). *Medicina materno-fetal* (3ªed.). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. (2010). *Medicina materno fetal* (4ªed.). Lisboa: Lidel.
- Henderson, J., & Petrou, S. (2008). *Economic implications of home births and birth centers: A structured review*. Birth, 35(2), 136-146. Acedido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2008.00227.x/epdf>
- Kukulu, K., & Öncel, S. (2006). *Factors influencing women's decision to have a home birth in rural Turkey*. Midwifery, 25(1), 32-38. Acedido em http://ac.els-cdn.com/S026661380700006X/1-s2.0-S026661380700006X-main.pdf?_tid=d088fcb2-e913-11e4-bb21-00000aabb0f6c&acdnt=1429723384_ce98b4dff1fb5b7a7cbd081052b3d751
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ªed.). Loures: Lusodidacta.
- Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. (2007). *Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto*. Escola Anna Nery Revista Enfermagem, 11(2), 331-336. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>
- Nunes, B. (1997). *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim de século.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Procedimento de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf
- Pedras, C. R. N. (2010). *Pudor e maternidade. Sinais Vitais*, 91, 46-49.
- Pimenta, D. G., Azevedo Cunha, M. A. B., Andrade Barbosa, T. L., Oliveira e Silva, C. S., & Mourão Xavier Gomes, L. (2013). *O parto realizado por parteiras: Uma revisão integrativa*. Enfermeria Global, 12(30), 482-493. Acedido em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_enfermeria2.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2005). *A gravidez da adolescente*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-gravidez-da-adolescente-pdf.aspx>
- Rodrigues, M. A., Gomes, C., & Lopes, L. (2009). Documento ad usum et beneficium: *Fecundação, gravidez e parto*. Referência, 9(2), 79-84.
- Silva, T. M. C. (2012). *Assistência ao parto: Significado para as mulheres*. Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 12, 29-33.
- Sjöblom, I., Idvall, E. & Lindgren, H. (2014). *Creating a safe heaven: Women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four Nordic Countries*. Birth Issues in Peri-Natal Care, 41(1), 100-107.
- Verneau, C. H. (1971). *Fecundação, gravidez e parto*. Barcelos: Companhia Editora do Minho.
- Whitmore, J. M. (2010). *Newborn umbilical cord care: An evidence based quality improvement project* (Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects). Acedido em <http://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1006&context=dnp>

PERSPETIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL (1962)

59 N^o1 | REVISTA SERVIR | 2016 | 67 - 70**PERSPETIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL (1962)**
PERSPECTIVE OF PUBLIC HEALTH NURSING IN PORTUGAL (1962)*Elisa Garcia¹**José Amendoeira²*

¹Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Unidade de investigação e desenvolvimento em enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

²Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Santarém. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Universidade Católica

RESUMO**INTRODUÇÃO**

Este artigo pretende contribuir para o conhecimento da história de enfermagem através da descrição e explicitação das intervenções das enfermeiras que participaram na 1^a sessão de estudos, na 3^a Semana de Enfermagem, em 1962.

OBJETIVO

Descrever as intervenções das enfermeiras que participaram na 1^a sessão de estudo sobre a enfermagem na saúde pública, incluída na III Semana de Enfermagem, 1962.

Explicitar as temáticas abordadas de forma a concorrer para a discussão da trajetória evolutiva do papel e ação dos enfermeiros de saúde pública.

MÉTODOS

Recorreu-se à metodologia de investigação histórica e à análise documental abarcando os discursos das enfermeiras de saúde pública.

RESULTADOS

Constatou-se a intervenção de quatro enfermeiras nessa sessão. As suas temáticas constituíam parte integrante do que se entendia por saúde pública, sua ação no campo da promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação. Pretendiam direcionar os enfermeiros para os programas existentes realçando as orientações nacionais e da Organização Mundial de Saúde.

CONCLUSÕES

Considera-se que a reflexão e discussão destas temáticas possibilitavam aos enfermeiros o conhecimento de experiências e saberes específicos da enfermagem de saúde pública tendo em conta que esta formação não constava nos programas dos cursos de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde pública; Enfermagem; História de enfermagem.

ABSTRACT**INTRODUCTION**

This article aims to contribute to the knowledge of nursing history through the description and explanation of the interventions of the nurses who participated in the 1st session of studies in the 3rd week of Nursing in 1962.

OBJECTIVE

Describe the interventions of the nurses who took part in the 1st study session on-nursing in public health, included in the III Week of Nursing, 1962. Explain the issues addressed in order to contribute to the discussion of the evolutionary trajectory of the role and action of public health nurses.

METHODS

He appealed to the historical research methodology and document analysis covering the speeches public health nurses.

RESULTS

It was found the intervention of four nurses in this session. Their thematic constituted an integral part of what is meant by public health, their action in the field of health promotion, disease prevention and rehabilitation. They intended to direct nurses to existing programs highlighting national and World Health Organization guidelines.

CONCLUSIONS

It is considered that the reflection and discussion of these issues made possible the nurses knowledge of specific experiences and knowledge of public health nursing taking into account that this training was not included in the programs of nursing courses.

KEYWORDS

Health public; Nursing; History of nursing

PERSPETIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL (1962)

INTRODUÇÃO

Foi após a segunda guerra mundial que as questões sociais começaram a suscitar o desenvolvimento dos serviços de saúde pública e se assistiu ao incremento da enfermagem de saúde pública, numa época, em que era arrogado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que a educação geral da população, assim como o ensino e formação dos profissionais de saúde eram condições essenciais para o desenvolvimento da saúde da população e dos países.

Neste sentido, a qualificação e formação requerida à enfermagem de saúde pública foi debatida pelo comité de peritos de enfermagem da Organização Mundial de Saúde, reunido em 1958 em Helsínquia, na conferência europeia sobre os serviços de enfermagem de saúde pública. Esta conferência contou com representantes de 26 países, entre eles Portugal, e constituiu um marco importante para o desenvolvimento quer dos serviços, quer da formação em enfermagem de saúde pública.

Nesta conferência foi determinado que a enfermagem de saúde pública se inseria no quadro geral da saúde pública, como um serviço de enfermagem da comunidade e tinha como objetivo promover a saúde, melhorar as condições ambientais, incluindo o ambiente social, para prevenir a doença, a invalidez e garantir a reabilitação dos doentes. Esta definição implicava uma variedade de serviços a que a enfermeira de saúde pública podia estar associada. Para a formação e qualificação das enfermeiras de saúde pública, as escolas de enfermagem deviam organizar e assegurar cursos de aperfeiçoamento e de atualização, de forma a constituírem-se como elemento essencial dos programas do ensino de enfermagem (Bureau Regional de L'Europe, 1964, p. 36-38).

Em Portugal, à época, tal não se verificou. De facto, a exceção foi a preocupação da Direção Geral de Saúde, entre 1929 a 1952, com a formação adequada das visitadoras sanitárias, integrada no ensino sanitário do Instituto Central de Higiene, para o exercício das suas funções nos postos e dispensários de assistência materno infantil ou para serviços mais específicos, como a saúde escolar, higiene alimentar, higiene industrial e higiene mental (Garcia & Amendoeira, 2014). Essa preocupação, evidenciada na década de 30, marcada pela medicina preventiva, permitiu que se dessem os primeiros passos no sentido da saúde pública. Formar visitadoras sanitárias possibilitou à Direção Geral de Saúde instituir a visita domiciliária para a educação sanitária das famílias, tendo em conta que a pobreza, aliada à ignorância dos cuidados constituíam os principais fatores contributivos para a morbilidade e mortalidade infantil (Garcia & Amendoeira, 2015).

Também o curso de enfermagem da Escola Técnica de Enfermeiras, criada em 1940, na dependência do Ministério da Educação Nacional, constituía uma exceção ao integrar a enfermagem de saúde pública no seu plano de estudos. Nas restantes escolas, oficialmente, a saúde pública não era contemplada na formação inicial ou especializada dos enfermeiros.

De acordo com a Enfermeira Mariana Dinis de Sousa, até à reforma do Ensino de Enfermagem, em 1965, durante o curso de enfermagem não era permitida aos alunos a oportunidade “de avaliar o valor da saúde nem tão pouco aprendiam os processos de manutenção e promoção da saúde” (Sousa, 1983, p. 92).

Neste contexto, competia às organizações profissionais, entre estas, à Associação Nacional de Enfermeiras Católicas e aos Sindicatos dos Profissionais de Enfermagem, refletir, discutir e divulgar os saberes específicos de enfermagem de saúde pública. Estes saberes eram transmitidos por enfermeiras que tinham obtido a sua especialização em enfermagem de saúde pública, em várias escolas, no estrangeiro. Foi nesse sentido, que teve lugar, em Lisboa, a primeira sessão de estudos, incluída na 3ª Semana da Enfermagem, em 1962, organizada pelos Sindicatos Nacionais de Enfermagem de Lisboa, Porto e Coimbra.

Com esta comunicação pretendemos equacionar a perspetiva sobre a enfermagem de saúde pública, no início da década de sessenta, através da descrição e explicitação das intervenções das enfermeiras que participaram na 1ª sessão de estudos da 3ª Semana de Enfermagem, de forma a concorrer para a discussão da trajetória evolutiva do papel e ação dos enfermeiros de saúde pública, bem como, contribuir para o conhecimento da história de enfermagem e da formação em enfermagem de saúde pública, no século XX.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo com recurso ao método histórico e suporte na análise documental (Delgado, 2002).

Utilizámos como fonte primária os trabalhos apresentados na 1ª sessão de estudo, dedicada à Enfermagem na Saúde Pública, durante a 3ª Semana de Enfermagem, publicados na Revista de Enfermagem em 1962.

Os documentos foram identificados, selecionados e posteriormente sujeitos à análise crítica interna e externa para apreensão da sua pertinência e valor histórico (Mattoso, 1997).

A análise incidirá sobre os discursos das enfermeiras que colaboraram nessa sessão, procurando identificar os temas, o contexto socio sanitário, o papel social e orientação da ação atribuída às enfermeiras de saúde pública, à época.

RESULTADOS

Constatou-se que, a primeira sessão de estudo teve como intervenientes principais quatro enfermeiras de saúde pública: Teresa Bastos Pereira Forjaz, Maria Ermelinda Sarafana, Palmira Bruto da Costa e Maria José Simeão a quem foram atribuídas abordagens temáticas que constituíam parte integrante do que se entendia por saúde pública e a sua ação no campo da promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação (figura 1).

Verificou-se que as quatro temáticas correspondiam aos problemas e necessidades de saúde do país, nomeadamente no que aludia à proteção materno-infantil, tendo em conta a

PERSPETIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL (1962)

elevada percentagem (56.8%) de partos no domicílio e a falta de centros especializados para o acompanhamento das mulheres durante a gravidez, puerpério e saúde materno infantil, tendo como consequência maior risco para a saúde materno-infantil.

Figura 1- Temáticas atribuídas às enfermeiras, na 1ª sessão de estudos, na 3ª Semana de Enfermagem.

A ENFERMAGEM NA SAÚDE PÚBLICA	
Papel da enfermeira de Saúde Pública na higiene da maternidade	Enf. MARIA TERESA BASTOS PEREIRA FORJAZ
Contribuição da enfermeira para a saúde da criança	Enf. MARIA ERMELINDA SARAFANA
A acção da enfermeira na Saúde Escolar	Enf. MARIA PALMIRA BRUTO DA COSTA
Funções e responsabilidades da enfermeira para com os indivíduos na idade adulta e na anciania	Enf. MARIA JOSE SIMEAO

Fonte: A Enfermagem na Saúde Pública.

Neste sentido, competia à enfermeira de saúde pública localizar e sensibilizar as futuras mães, promover uma vigilância médica precoce, observar a saúde física e mental de todos os indivíduos da família, ajudar a família no planeamento do parto e nas adaptações necessárias durante e após a gravidez, prestar toda a informação e ensinar a família através de demonstrações, aulas e conferências, e a prestar cuidados aos seus membros. A enfermeira também devia estimular e sensibilizar a comunidade para a necessidade de orientação e formação pré-nupcial, assistência maternal e serviços de saúde pública adequados às suas necessidades.

De igual modo se verificou, consequentemente, o contributo da enfermeira de saúde pública na vigilância de saúde e desenvolvimento da criança, assim como o seu seguimento na doença, tanto no dispensário como em casa junto da família.

Também se constatou a valorização da saúde escolar, considerada, à época, uma das áreas com grande atividade relacionada com a promoção da saúde das crianças em grupo. A enfermeira procurava, através das crianças e visitas domiciliárias, incutir na família hábitos de higiene, de vigilância alimentar e de saúde, especialmente junto da população de baixo nível económico e educacional.

De referir também as questões relacionadas com os adultos, direccionadas para as áreas da higiene do trabalho e ocupacional, com ênfase na educação sanitária, tanto para os adultos, como para os indivíduos mais velhos, sempre na perspetiva da promoção, manutenção da saúde, prevenção da doença e

reabilitação (quadro 1).

Também se constatou que as intervenções das enfermeiras faziam realçar os grandes problemas com que a enfermagem se debatia, tal como o défice e necessidade de formação do pessoal especializado em enfermagem para o campo da saúde pública.

Quadro 1- Síntese dos temas e focos de abordagem para a enfermagem de saúde pública

Temas	Foco
1-Papel da enfermeira de saúde pública na higiene da maternidade.	O que é a higiene da maternidade, sua necessidade no país. A enfermeira de saúde pública e a higiene da maternidade. Saúde física, mental e preparação moral. Suas funções para com a mãe, a criança, a família e a comunidade.
2-Contribuição da enfermeira para a saúde da criança.	Ação centrada nos fatores relacionados com o desenvolvimento da criança: conceção, maturação, meio ambiente, saúde, educação, hereditariedade, etc. Supervisão da criança e da família na saúde e na doença.
3-Ação da enfermeira na saúde escolar.	Integração na equipa escolar. Elaboração de planos de Ação relacionados com a higiene escolar, e a profilaxia das doenças de maior incidência na idade escolar. Ação preventiva: vigilância da saúde física e desenvolvimento psicológico de acordo com o grupo etário dos alunos, educação sanitária individual, a grupos e famílias dos alunos. Ação curativa: atender, tratar, vigiar e orientar na doença.
4-Funções e responsabilidades da enfermeira para com os indivíduos na idade adulta e anciania	Desenvolvimento dos programas de higiene ocupacional nos agregados populacionais com predomínio de fábricas, empresas e indústria. Educação sanitária e vigilância dos fatores que podiam influenciar a saúde (físicos, psíquicos e ambientais) e as causas frequentes de incapacidade temporária ou definitiva. Promover a saúde, evitar a doença dos indivíduos que trabalham e dos seus familiares. Promoção da saúde e prevenção da doença nas pessoas de meia-idade e retardamento das doenças da senilidade. Vigilância de problemas económicos, psicológicos e de saúde destas faixas etárias.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que os temas abordados, na primeira sessão de estudos, apresentados na 3ª semana de enfermagem, correspondiam aos problemas e necessidades de saúde do país. As intervenções das enfermeiras de saúde pública orientavam os enfermeiros para os programas existentes, realçando as orientações nacionais e das comissões especializadas da OMS, nomeadamente para a higiene da maternidade, infantil e serviços de higiene escolar. Também evidenciavam, de certa forma, o seu pensamento relacionado com a tendência e o lugar que devia ser dado à enfermagem de saúde pública, tanto no contexto profissional, como na formação dos enfermeiros.

Neste sentido, transmitiam uma noção real dos seus deveres e responsabilidades como enfermeiras de saúde pública às quais, a OMS, atribuía o papel de prestação de serviços de enfermagem, abrangentes para indivíduos, famílias e grupos e ainda o de participar no desenvolvimento e implementação de programas de saúde de instituições privadas, escolas, empresas e comunidade e de promover o desenvolvimento de serviços de enfermagem de saúde pública e das pessoas que trabalham nesse campo.

PERSPETIVA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL (1962)

A reflexão e discussão destas áreas temáticas possibilitavam, aos enfermeiros, o conhecimento de experiências e saberes específicos da enfermagem de saúde pública. Deste modo, pretendia-se dar resposta à preparação de enfermagem especializada em saúde pública tendo em conta que esta não estava a ser desenvolvida por nenhuma escola de enfermagem do país (Pimenta, 1964, p. 39). Também favorecia o debate e o movimento dos enfermeiros a favor da afirmação da profissão, da construção do exercício profissional e da formação.

Este estudo contribui para a reflexão e visibilidade da enfermagem e da formação em enfermagem de saúde pública. Impõe-se, assim, a necessidade de a investigação continuar a subsidiar informação relacionada com a ação da enfermeira de saúde pública e com o eixo formativo da enfermagem neste campo de ação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A *Enfermagem na Saúde Pública* (1962) 3ª Semana de Enfermagem. Revista de Enfermagem (2) 5,209

Bureau Regional de L'europe (1964) Cycle d'etudes mixte ONU/OMS sur le rôle des travailleurs sanitaires et des travailleurs sociaux face aux besoins des familles- Genève 19-24 Octobre 1959. Copenhagen: World Health Organization.

Delgado, J. R. (2002) *Presupuestos básicos para la investigación histórico educativa.* XXI Revista de Educacion, Universidade de Huelva (4), 203-216.

3ª Semana de Enfermagem (1962) A Enfermagem na Saúde Pública. Revista de Enfermagem (2) 5,209-226.

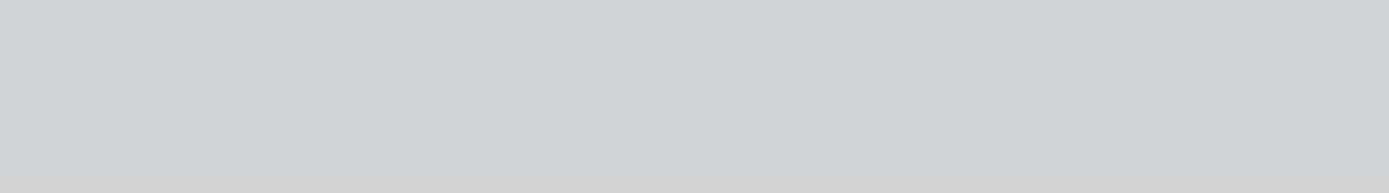
Garcia, E.M.B., Amendoeira, J. (2014) *O Curso de Visitadoras Sanitárias em Portugal 1929-1952.* Pensar Enfermagem. 18 (1), 77-85.

Garcia, E.M.B., Amendoeira, J. (2015) *A formação das visitadoras sanitárias e as configurações particulares da saúde da família: anos 30 e 40 do século XX em Portugal.* Referência. IV, (3), 62.

Mattoso, J. (1997) *A Escrita da História – Teorias e Métodos.* Lisboa: Editorial Estampa.

Pimenta, M.M. (1964) *Serviços de Enfermagem de Saúde Pública.* Porto. Disponível na Biblioteca das Ciências da Saúde da Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina do Porto. Dissertação para obtenção da Licenciatura em Medicina.

Sousa, M. D. D. (1983) *Evolução do Ensino de Enfermagem em Portugal nos últimos 25 anos.* Servir. 31, nº 2, 89-103.





ASSOCIAÇÃO CATÓLICA DE ENFERMEIROS
E PROFISSIONAIS DE SAÚDE
WWW.ACEPS.PT