



CURSO PREPARATÓRIO PARA VISITADOR HOSPITALAR

Pr. Edison de Oliveira

Agosto de 2017

*“...Estive doente e vieste me ver... quando o fizeste a um destes pequeninos irmãos,
a mim o fizeste” (Mt. 25.36,40).*

*“E como pregarão, se não forem enviados? Como está escrito: Quão formosos são os pés dos que
anunciam o evangelho de paz; dos que trazem alegres novas de boas coisas” (Rm. 10.15).*

ÍNDICE

I – HOSPITAL: CAMPO MISSIONÁRIO	3
II – O PACIENTE	6
1- Diante de Uma Nova Realidade	6
2- O Estado Emocional do Paciente	6
3- Comportamento de Defesa.....	7
III – O CONCEITO DE CAPELANIA HOSPITALAR	7
1- O Capelão Hospitalar.....	7
2- O Trabalho do Capelão	7
IV – O DIREITO À ASSISTÊNCIA RELIGIOSA	8
1- As Leis que Regulamentam a Capelania Hospitalar	8
2- Lista dos Direitos do Paciente Hospitalizado.....	8
V – A PESSOA DO VISITADOR	9
VI – A VISITA NA ENFERMARIA	10
VII – A VISITA NA UTI.....	11
VIII – VISITA A PACIENTES TERMINAIS	11
IX – DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS	13
O SANGUE E SEUS DERIVADOS	14
DIETAS HOSPITALARES – PORQUE NÃO LEVAR ALIMENTO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	20
OS DIFERENTES ASPECTOS DA VISITAÇÃO HOSPITALAR	22
VISITANDO CRIANÇAS ENFERMAS	23

CURSO PREPARATÓRIO PARA VISITADOR HOSPITALAR

1 - HOSPITAL: CAMPO MISSIONÁRIO

"E percorria Jesus todas as cidades e aldeias, ensinado nas sinagogas deles, e pregando o evangelho do Reino, e curando todas as enfermidades e moléstias entre o povo. E, vendo a multidão, teve grande compaixão deles, porque andavam desgarrados e errantes, como ovelhas que não têm pastor. Então disse aos seus discípulos: A seara é realmente grande, mas poucos são os ceifeiros. Rogai, pois ao Senhor da seara que mande ceifeiros para sua seara" (Mt. 9.35-38).

O texto acima fala da compaixão de Jesus pelos seres humanos. Ele se interessava pelas pessoas, mesmo sendo elas pobres, famintas ou doentes. Jesus era movido pelo amor genuíno e pela misericórdia.

Um dos pensamentos da União Nacional Evangélica de Saúde (UNES) é *"mais pessoas passam pelos hospitais do mundo que pelas igrejas"*. Só no complexo do Hospital das Clínicas de São Paulo, estima-se uma frequência anual de um milhão de pacientes, ou seja, três mil pessoas por dia. É para este campo missionário que as igrejas também devem abrir os olhos.

Um corpo doente é acompanhado de fragilidade emocional e espiritual. A doença é um momento de desestabilização, que torna o coração humano mais sensível à mensagem de salvação de Cristo. Portanto, a igreja deve ser desafiada a realizar missões em hospitais, enxergando neste campo a grande seara que realmente é!

1.1 - O Que é Um Hospital

a) Definição

- Hospital vem do Latim *hospitu* = local onde se hospedam pessoas = estabelecimento formados pelo clero a partir do século IV d.C., cuja finalidade era prover cuidados a doentes e oferecer abrigo a viajantes peregrinos.
- Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência em regime de internação a uma determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatorios e outros serviços (Ministério da Saúde).

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos é a mais antiga instituição assistencial e hospitalar em funcionamento do Brasil. Foi fundada em 1543. Brás Cubas, auxiliado pelos prósperos moradores da região, iniciou em 1542 a construção.

b) Classificação e Tipos

- Geral - clínica médica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia, pediatria.
- Especializado

c) Porte

- Pequeno: 50 leitos;
- Médio: 51 a 150 leitos;
- Grande: 151 a 500 leitos.
- Porte especial: acima de 500 leitos

d) Resolutividade

- Secundário, terciário
- Público, privado, beneficente

RESOLUTIVIDADE: Capacidade de resolver ou finalizar um processo simplificando e agilizando procedimentos.

Primária: São os cuidados preventivos à saúde, como o exame pré-natal, vacinações, exames laboratoriais de rotina. Ex. Policlínicas.

Secundário: São tratamentos curativos de problemas médicos, como as doenças de tratamento ambulatorial (internações e cirurgia) Ex. Pronto socorro de emergência e a seguir internação).

Terciário: São tratamentos de sequelas como Fisioterapia, Reabilitação, Fonoaudiologia, próteses etc.

Hospital Público: É aquela instituição de saúde que é financiada e mantida pela contribuição do povo através dos impostos (recursos públicos).

Hospital Privado: O que não é público = particular, o usuário paga pelo serviço.

Hospital Beneficente: São hospitais filantrópicos, ligados a obras de caridade. São mantidos através de doações e prestam serviços gratuitos para pessoas carentes.

1.2 - Principais Unidades

- Ambulatório - várias salas
- Unidade de urgência e emergência - salas
- Internação: enfermaria, apartamento, berçário, UTI.
- Hospital-dia
- Atendimento domiciliar
- Apoio diagnóstico e terapêutico
- Centro cirúrgico e obstétrico

1.3 - Principais Profissionais

Enfermeiro, Médico, Assistente Social, Nutricionista, Terapeuta de Saúde Mental, Terapeuta de Reabilitação, grupo administrativo.

1.4 - Respeito às Regras

O hospital é um ambiente onde deve haver paz e serenidade, paciência e equilíbrio.

Ao entrar no hospital, lembre-se que você está num lugar diferente. Neste contexto, todos estão voltados para o bem estar do paciente, por isso é muito importante a cooperação entre o visitante e a equipe de saúde. Se isso não acontecer, o prejudicado será o paciente.

Todos os profissionais estão debaixo de ordens que devem ser respeitadas. Não reclame se eles exigirem que você também se submeta a estas ordens. Se algum evangélico vier a causar algum problema, as portas dos hospitais se fecharão para todos, e muitos pacientes não poderão receber de nossa parte o consolo e a segurança que há em JESUS.

1.5 – Relacionamento com os Profissionais da Saúde

Há certas normas para um bom relacionamento com os profissionais da saúde:

- Ao chegar a um setor para visitar um paciente internado, seja simpático e valorize o trabalho daquele profissional.
- Identifique-se, diga o seu nome e qual o motivo da visita.
- Só então informe-se sobre o estado do paciente, o número do seu quarto/leito e os cuidados necessários para a visita.
- Veja se este é o melhor momento para visitá-lo.
- Nunca ofereça ajuda, água ou alimento sem a permissão da enfermagem.
- Se você entrar na enfermaria no horário de visitas, e o paciente estiver acompanhado, faça um rápido contato e combine sua volta para outra hora.
- Lembre-se de que você não está numa igreja, mas num hospital.

O **Pronto-Socorro** é um lugar especial. A todo o momento chegam pacientes graves, que precisam de atendimento com urgência. Tome o cuidado de conservar-se em local que não atrapalhe a passagem das macas. Seja rápido e objetivo no contato com o paciente.

Observando essas recomendações, você fará sua visita de um modo seguro e eficaz, e estará cooperando com o bem estar físico, emocional e espiritual do paciente.

O ambiente hospitalar deve ser preservado de microorganismos, uma vez que eles contribuem para a proliferação das infecções, um mal que preocupa bastante os profissionais da saúde. Por isso, o visitador deve saber cuidar de alguns detalhes importantes quanto à higiene e à paramentação.

Abaixo relacionamos outros passos e procedimentos:

- Lavar as mãos;
- Usar luvas;
- Vestir o avental com abertura para trás;
- Colocar o gorro, ou touca, cuidando para que todo o cabelo fique bem preso;
- Vestir a máscara mantendo a parte com moldura de arame para cima, marcando o formato do nariz.

1.6 – Normas Para Visitação Hospitalar

Preste bem atenção às normas que vamos apresentar. Seguindo cada uma delas, você estará respeitando o paciente e tornando seu ministério uma bênção.

1. Verifique se há, na porta do quarto do hospital, qualquer sinal expresso proibindo visitas;
2. Tome cuidado com qualquer aparelhagem ao redor da cama;
3. Avalie a situação logo que entrar, para poder agir objetivamente, quanto ao tipo e duração da visita;
4. Procure colocar-se em posição confortável para o paciente, ao seu nível visual, para que ele possa conversar com você sem esforço;
5. Não pergunte NUNCA sobre a gravidade da doença;
6. Não leve nenhum tipo de alimento;
7. Não dê água ao paciente sem a permissão da enfermagem;

8. Não apresente fisionomia emotiva ou de comiseração (piedade);
9. Não manifeste nojo de suas feridas, nem medo de contágio;
10. Fale num tom de voz normal. Não cochiche com outras pessoas no quarto.
11. Ore de maneira natural;
12. Dê prioridade ao atendimento dos médicos e enfermeiras, assim como ao horário das refeições. Ceda sua vez;
13. Não tente movimentar o doente sem permissão da enfermagem;
14. Não dê a impressão de estar com pressa, nem demore a ponto de cansar o enfermo. Com bom senso, encontre a duração ideal para cada situação;
15. Se você estiver doente não faça visitas;
16. Use uma Bíblia pequena, de bolso.

2 - O PACIENTE

2.1 - Diante de Uma Nova Realidade

- Reação à doença e à hospitalização: no íntimo de nossa mente, nosso corpo é imortal.
- A doença serve para nos lembrar que temos um corpo e podemos morrer.
- A doença quebra a linha de continuidade da vida e das funções desempenhadas no dia-a-dia, interrompe uma certa previsibilidade que a pessoa guardava sobre o amanhã.
- O impacto da doença nos imobiliza. É um tempo de suspensão. É difícil ligá-lo à vida passada ou conectá-lo ao futuro.

2.2 - O Estado Emocional do Paciente

- Doente, fragilizado; num ambiente desconhecido e frio; com medo de pessoas estranhas tocando seu corpo; sem poder; sem os símbolos normais de valor social;
- Angustiado e alarmado; com medo do sofrimento; sensação de pânico, de perda de controle; inseguro; com emoções de perplexidade, raiva, negação, super otimismo, solidão; infantilizado;
- Com ritmo de vida interrompido; confuso;
- Com estado de humor alterado pela dor;
- Deprimido; com sua auto imagem abalada (cicatrices);
- Procura ser compreendido;
- Vulnerável;
- Avaliando a sua vida; com sensibilidade aguçada; reconhece sua pequenez;
- Medos: medo de estranhos (sua vida está nas mãos dos outros); medo da dor, medo do sufocamento; medo da morte; medo da perda ou danos no seu corpo;
- Culpas: da retaliação; dos pecados cometidos;
- Sentimento de abandono (medo da perda do amor e aprovação);
- Ansiedade da separação (pessoas, lugares, rotina, ambiente, estilo de vida e objetos);
- Com medo de perder o controle de seu corpo (mutilação, perda de funções);
- Inibido em expor seu corpo;
- Em busca de Deus.

2.3 - Comportamentos de Defesa

- Recalcamento; regressão/passividade;
- Deslocamento, isolamento;
- Negação.
- Pacientes Crônicos: A maneira de vivenciar a doença é pessoal: depende da personalidade, da capacidade de tolerar, de saber lidar com frustrações, e da relação com as pessoas e seu projeto de vida.
- Pacientes Aderentes: motivados para o tratamento, seguem as recomendações médicas e se adaptam.
- Pacientes NÃO aderentes: têm dificuldade para aceitar as limitações; a família pode considerá-lo um peso.

Dicas para Melhorar a Situação:

- Respeito às regras - horário, isolamento, biossegurança, lavagem das mãos etc;
- Perguntar antes de agir;
- Ter o paciente como principal objetivo.

3 - O CONCEITO DE CAPELANIA HOSPITALAR

A capelania hoje é considerada imprescindível dentro de um hospital. A medicina cuida da saúde física do paciente, mas desconhece a parte espiritual, isto é, desconhece a parte do ser humano que é fundamental na vida.

Não foi sem razão que Salomão disse que *'b Espírito do homem aliviará a sua enfermidade, mas o espírito abatido quem o levantará?'* (Pv. 18.14).

3.1 – O Capelão Hospitalar

O Capelão Hospitalar é aquele religioso, devidamente qualificado, que cuida da assistência religiosa e espiritual dentro do hospital, quer seja dos doentes ali internados, quer seja de seus familiares, quer seja de todo pessoal que trabalha no hospital: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas, ouvidores, e outros funcionários das diversas áreas administrativas.

Como pessoa devidamente habilitada nesta área, o Capelão geralmente integrará a comissão interdisciplinar do hospital, atuando no mesmo pé de igualdade com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas e ouvidores, e sempre deverá ter posições imparciais, lembrando que levará algum tempo para adquirir confiança, e isso depende da sua atuação.

O trabalho de capelania deve ser desenvolvido sem qualquer conotação sectária, com estrito respeito à fé de cada interno, e de cada funcionário, no contexto do hospital. O Capelão deve limitar-se à assistência espiritual, sem olhar o credo da pessoa atendida.

3.2 - O Trabalho do Capelão

- Visitar e dialogar com pacientes, dando consolo e encorajamento a partir da fé;
- Ouvir e dialogar com profissionais da saúde; quando houver oportunidade.
- Identificar aspectos que geram tensão no paciente e equipe, para facilitar a paz e a harmonia.

- Assessorar a equipe médica e demais profissionais na compreensão da religiosidade do paciente.
- Orar e promover devocionais com pacientes, familiares e profissionais da saúde.

4 – O DIREITO À ASSISTÊNCIA RELIGIOSA

A assistência religiosa é matéria que não faz parte da lista de direitos do paciente, mas é também um direito do paciente, regulado pela Constituição Federal.

4.1 – As Leis que Regulamentam a Capelania Hospitalar

Texto da Constituição Federal: *"Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes.*

VII - É assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva".

Texto da Constituição do Estado de São Paulo: *"Art. 231º - Assegurar-se-á ao paciente, internado em hospital da rede pública ou privada, a faculdade de ser assistido religiosa e espiritualmente por ministro religioso".*

Esta matéria está regulamentada pela lei nº 9.965, de 28 de abril de 1998. Não temos o texto, mas podemos adiantar que ela assegura aos ministros religiosos, de todas as confissões, amplos privilégios para visitar seus fiéis internados em hospitais e demais entidades de internação, desde que munidos de identificação funcional.

Texto da Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000:

"Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º - Aos religiosos, de todas as confissões, assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.

Art. 2º - Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no artigo 1º deverão, em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não por em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional".

4.2 - Lista dos Direitos do Paciente Hospitalizado

- 1- Receber um atendimento atencioso e respeitoso;
- 2- A dignidade pessoal é um dos direitos do paciente, inclusive o paciente não deve ser obrigado a ficar despido mais tempo do que o necessário, e tem o direito de exigir a presença de outra pessoa do mesmo sexo quando examinado.
- 3- Sigilo ou segredo médico.
- 4- Conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento.

- 5- Ter informação clara, numa linguagem acessível, sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico.
- 6- Comunicar-se com pessoas fora do hospital e ter, quando necessário, um tradutor.
- 7- Recusar tratamento e ser informado sobre as consequências médicas dessa opção.
- 8- Ser informado sobre projetos e pesquisas referentes ao tratamento, podendo recusar-se a participar dos mesmos.
- 9- Receber explicação completa referente à sua conta hospitalar.
- 10- Reclamar, e sua reclamação não deverá ter influência na qualidade do tratamento que deve receber.
- 11- Recusar a realização de exames desnecessários (p. ex. raios X, exames de sangue e urina etc. executados recentemente).
- 12- Ter acesso a uma segunda e ou terceira avaliação.
- 13- Escolher o médico e/ou especialista dentro do âmbito hospitalar.
- 14- Questionar a medicação prescrita.
- 15- Ter acesso à sua ficha médica.

5 - A PESSOA DO VISITADOR

"Porque tive fome e me deste de comer; tive sede e me deste de beber; era forasteiro e me hospedaste; estava nu e me vestistes; estava enfermo e me visitaste; preso e fostes ver-me" (Mt. 25.35-36).

O visitador é um agente de Deus, preocupado em levar aos enfermos a Palavra da Salvação, carinho, motivação e consolo. Para desempenhar bem o seu papel, ele precisa conhecer quatro aspectos fundamentais: espiritual, social, físico e intelectual. 8.1 - O Aspecto Espiritual

- *Conversão legítima.* A característica espiritual é baseada na manifestação de uma conversão legítima. O visitador deve ser uma nova criatura em Cristo: *"Assim, se alguém está em Cristo, é uma nova criatura..."* (2Co. 5.17).

- *Vida espiritual abundante.* O que vai proporcionar uma postura otimista diante do paciente é a vida espiritual do visitador. A Bíblia diz que *"o espírito alegre aformoseia o rosto"* (Pv. 15.13). Se há vida com Deus e comunhão constante com o Espírito Santo, vai haver rosto alegre e cheio de Espírito Santo.

- *Convívio com a Palavra de Deus.* O visitador deve conhecer bem a sua Bíblia, que será sua ferramenta de trabalho. O ideal é tê-la lido, pelo menos uma vez, para ter noção do todo.

- *Autoridade.* O visitador deve viver o que prega.

- *Vida de oração.* O visitador estará sempre orando á volta da cama ou da maca de algum paciente. Mas, antes disso, ele deve estar a sós com Deus muito tempo no seu viver diário. É essa convivência com Deus que vai comunicar vida aos pacientes.

Quando o visitador se puser diante de um leito, toda sua dinâmica espiritual dominará o ambiente. Seu olhar, seus gestos, sua face, tudo vai comunicar vida.

Lembre-se de que não será o tamanho da sua Bíblia, ou o estilo de sua roupa, ou suas palavras medidas que vão impressionar o paciente, mas sua vida, sua dinâmica espiritual.

- *Amor aos enfermos.* Amor, muito amor, e capacidade de relacionamento. O visitador deve ter amor no coração. Amor de verdade. Não dá para ser agradável profissionalmente. É preciso realmente possuir essa virtude.

O amor pelos enfermos é o sentimento que deve motivar o desejo de ser fazer a visita. Quem se dispõe a fazer essa obra deve estar cheia de amor, o dom maior que recebemos de Deus **"Agora, pois, permanecem a fé, a esperança e o amor, estes três, porém o maior deste é o amor"** (I Co. 13.13).

O amor que vem de Deus é um amor que traz a vida, afinal **"Deus amou o mundo de tal maneira que deu seu Filho unigênito, para todo que nele crer não pereça, mas tenha a vida eterna"** (Jo. 3.16).

6 - A VISITA NA ENFERMARIA

Lembrando que somos embaixadores de Cristo e representamos o Senhor Jesus (2Co. 5.20), nosso trabalho começa na portaria, onde devemos obter respeito e confiança.

Detalhes importantes para manter um comportamento correto:

- 1 - É bom visitar cada pessoa individualmente, e não tentar fazer de uma enfermaria coletiva uma congregação.
- 2 - Se você já conhece a pessoa, ou se ela já o conhece de outras vezes, o começo se torna natural, porque já há vínculo entre ambos. Se não a conhece ainda, identifique-se brevemente.
- 3 - Evite tocar nos remédios sobre a mesa de cabeceira.
- 4 - Não toque nos tubos e instrumentos médicos que estejam ligados à pessoa, nem mesmo tente consertar posições do paciente. Se isto for necessário, chame a enfermagem.
- 5 - Não leve alimento à pessoa e não tente ver exames de laboratório e opinar sobre eles, mesmo que tenha conhecimento técnico ou profissional para fazê-lo.
- 6 - Não tente explicar a situação da enfermidade, nem pergunte sobre custo do tratamento, se o hospital for particular. Se o paciente falar, ouça-o apenas educadamente, mas não opine sobre nada.
- 7 - Se o paciente está lúcido, deixe-o falar e relatar seu sofrimento e suas angústias. Ouça-o com paciência e interessadamente. O bom visitador é um bom ouvinte.
- 8 - Aguarde o momento de entrar com os recursos da Palavra de Deus. De a preferência, procure consolar e criar no paciente um espírito de otimismo e confiança em Deus.
- 9 - Na condução da conversa, procure ressaltar a necessidade de um comprometimento mais forte com Jesus, como Senhor da vida. Se a pessoa já é salva, fale das promessas, da esperança e da herança espiritual que nos está reservada.
- 10 - Se outra pessoa da cama vizinha se interessar, pode ser também atendida, atenda-a em seguida.
- 11 - Se chegar um enfermeiro, dê-lhe preferência. Se for preciso, retire-se do quarto por um momento.
- 12 - Não aceite ajudar a pessoa a ir ao banheiro. Se for necessário, chame a enfermagem.
- 13 - Na ora de orar, fale da fé e da vontade de Deus para nossa vida. Não prometa cura. Deus pode todas as coisas, mas Ele tem um plano para a vida de cada pessoa e temos que deixá-Lo fazer o que Ele quer fazer.
- 14 - Ao sair, lave outra vez as mãos. As contaminações contraídas no hospital podem ser mais perigosas do que aquelas que você pode trazer de fora. Por isso lave bem as mãos.

7 - A VISITA NA UTI

O Capelão sempre pode ter acesso à unidade de terapia intensiva de um hospital, pois todos sabem que ele conhece as regras. Com certeza, você terá que vestir uma roupa especial, além de precisar, também, lavar as mãos na entrada e na saída. Detalhes importantes:

1º- O tempo é geralmente muito limitado. Algumas vezes será de apenas 5 minutos.

2º- Se a pessoa está em coma, observe o seguinte:

- Fale baixo perto dela, e não comente nada sobre ela, nem sobre seu estado; ou qualquer coisa que possa desagradar-lhe. Se você falar, mesmo em tão normal, isso poderá parecer uma martelada dentro dela, apesar de não poder responder. Em alguns casos, a pessoa sai do coma e se lembra de tudo que foi falado à sua volta.
- A pessoa em estado de coma, já está provado, recebe a mensagem. Por isso não tenha receio de falar, tomando apenas o cuidado de fazê-lo compassadamente e com voz mansa, transmitindo-lhe a mensagem espiritual sobre sua vida.
- Recite versículos bíblicos bem fáceis: Sl. 23; Jo. 3.16; Jo. 5.8; Rm. 5.8 e outros.
- Fale que Jesus o ama e perdoa todos os seus pecados. Encoraje-o a confiar em Jesus como seu Salvador e Senhor.
- Ore, pedindo a Deus por ele, da melhor maneira que sentir no momento. Agradeça a Deus pela vida dessa pessoa.

3º - A pessoa na UTI pode não estar em coma, mas estar em risco de vida. Por isso obedeça o seguinte:

- Fale de otimismo e demonstre isto com sua postura.
- Mostre como Deus foi maravilhoso e permitiu que ela recebesse todos os cuidados especiais.
- Diga que se Deus permitiu que chegasse a este ponto, Ele tem planos para sua vida.
- Encoraje o doente a ficar otimista, cheio de fé e esperança.
- Leia na Palavra de Deus alguns textos escolhidos, não muitos, e ore confiantemente. Veja Rm. 5.1-11 e 2Co. 4.7-9.
- Em alguns casos, mesmo que a pessoa esteja em coma, ela volta e dá testemunho do efeito benéfico que surtiu de sua visita.

8 - VISITA A PACIENTES TERMINAIS

Está havendo um entendimento geral na área da saúde atualmente para mudar a terminologia de "terminal" para "paliativo" (*palliatu* = coberto com capa - latim).

A definição de *paciente terminal* é "aquele acometido de uma doença para a qual não há cura, e que já entrou em processo de desligar-se deste mundo".

Seja como for, há diversas particularidades sobre o paciente terminal. Alguns estão com os dias contados em virtude do estágio da enfermidade, mas ainda estão lúcidos. Nos hospitais há algumas pessoas internadas apenas para manter uma certa qualidade de vida por alguns dias, ou semanas, que recebem medicamentos apenas para diminuir o sofrimento.

Não há nada mais a fazer para tratar a doença, mas eles precisam ser mantidos com certa qualidade de vida, sem dor, até o momento final. Outros estão no momento de morrer mesmo, e alguns já estão até em coma irreversível. Antes de prosseguir, vamos apresentar um aspecto bastante interessante neste assunto, que é a maneira como a pessoa reage quando fica sabendo que sua morte está chegando.

A Dra. Elizabeth Kubler-Ross, uma psiquiatra nascida na Suíça, tem se dedicado com afinco a esta matéria. Ela fala dos cinco estágios que a notícia da morte gera num paciente, que resumimos a seguir:

1 - *Negação*. Neste estágio a pessoa fica muito chocada com a notícia, fica imaginando que não deve ser verdade, e que deve haver algum engano no diagnóstico. Este é um momento em que a família é desafiada a investigar mais sobre o problema.

2 - *Revolta*. Depois de convencer-se de que é verdade, a pessoa passa a perguntar: "Por que eu?" "Por que Deus me abandonou?" Cai então numa situação de muito desespero e revolta.

3 - *Barganha*. Depois de descarregar bastante sua revolta, a pessoa passa por outra posição. Ela começa a imaginar se pelo menos pudesse fazer isto ou aquilo antes de partir; passa a desejar pelo menos um tempinho mais para realizar alguns desejos. Este estágio é chamado de pequena trégua.

4 - *Depressão*. Neste patamar, o paciente se desinteressa por tudo e praticamente se entrega à situação. Rejeita os cuidados que lhe são ministrados e evita até mesmo as visitas.

5 - *Aceitação*. A situação progride, geralmente, para um estágio de conformação. É a aceitação da sua realidade. Isto acontece principalmente com uma pessoa salva por Cristo. Daí para frente, tudo fica mais fácil para o paciente e os familiares.

6 – *Decatéxis*. Este é o último estágio. Agora não há mais comunicação. O agonizante está como que num mundo todo seu, que ninguém pode invadir. Pode parecer absurdo, mas ele ainda nutre uma "esperança quase irracional" de que possa ser curado e ficar livre da morte. Tenho visto moribundos em fase terminal, completamente desenganados pelos médicos, reagirem inexplicavelmente e saírem do hospital curados.

HÁ UM MOMENTO EM QUE NÃO HÁ MAIS DOR. O PACIENTE ENTRA NUM ESTADO DE CONSCIÊNCIA DISTANTE, NÃO SE COMUNICA MAIS, SEU OLHAR É VAGO E APAGADO; SUA MÃO JÁ NÃO REAGE AO TOQUE AMIGO; SEU ROSTO TEM UMA EXPRESSÃO NOVA; SUA PELE PERDE A COLORAÇÃO NORMAL. ESTÁ SEMIMORTO.

À luz do que vimos, ao visitar um doente terminal temos que tentar descobrir, nos primeiros momentos, em conversa com parentes e até ouvindo-o, se ele está lúcido e pode conversar, e qual o estágio que está vivendo.

Alguém já disse que "aquele que está morrendo sabe. Só necessita de alguém que o ajude a dizer o que sabe".

Vamos focalizar alguns casos de doente terminal:

1º- O paciente está com os dias contados, mas está lúcido. Ao ver o Capelão, ou o Pastor, ou um membro de sua igreja, ele pode perguntar à queima roupa: "Irmão, eu vou morrer"? O visitante deve ter muito cuidado ao responder perguntas de pacientes. Neste caso, é melhor devolver a pergunta: "O que você acha" ou "Alguém lhe falou isso?" Dependendo da resposta da pessoa, você pode introduzir uma conversa sobre a segurança eterna em Cristo (Rm. 8.18-31).

2º- O paciente já foi avisado que tem os dias contados e fala que está com medo do futuro, do que virá depois da morte. Neste caso, o que o visitante tem a fazer é abrir a sua Bíblia e falar de Cristo como Salvador, mostrando-lhe as maravilhosas promessas que lhe estão reservadas (2Co. 5.1-10).

3º- O paciente foi atropelado ou sofreu qualquer outro tipo de acidente. Está lúcido, mas caminha para o término da vida. Da mesma maneira, pergunte como ele está se sentindo. Se ele falar que está morrendo, diga-lhe para confiar em Deus, mas se ele está desconfiado de que

vai morrer, fale da necessidade de garantir a sua salvação em Cristo sem hesitação. Faça um apelo para ele aceitar a Cristo como seu Salvador (Sl. 23; Ap. 3.20).

9 – DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS

A medicina moderna emprega o termo *psicossomático*:

psique = mente *soma* = corpo

A cada dia se compreende melhor como a mente pode produzir variados distúrbios no corpo.

A tensão emocional, invisível na mente, é capaz de produzir no corpo mudanças assombrosamente visíveis que pode chegar a ser graves e mortais.

No começo deste século, infecção era a mais importante causa de enfermidade graves, debilitantes e crônicas. Agora, decorridos oitenta anos, a tensão emocional tomou-lhe o lugar. Com efeito, muitas da vezes o estresse reduz a capacidade do individuo de combater com êxito as infecções.

O homem busca a paz, a resolução de seus problemas, o fim do estresse emocional, mas a paz não vem através de comprimidos!

Isto é lamentável, porque a ciência médica reconhece que emoções como medo, tristeza, inveja, ressentimento e ódio são responsável pela maioria das nossas doenças.

As estimativas variam de 60% a 100%.

A tensão emocional pode causar pressão alta, papeira tóxica, enxaqueca, artrite, apoplexia (acidente vascular cerebral), doenças cardíacas, úlcera gastrointestinal e outras doenças sérias por demais numerosas para serem mencionadas.

Os médicos podem receitar remédios mediante os sintomas dessas doenças, mas não podem fazer muito pela causa fundamental – a agitação emocional.

É lamentável que a paz não venha através de comprimidos !

Lembrar da história da Dona Marta.

Doenças da Alma: *“A ninguém devais coisa alguma, a não ser o amor com que vos ameis uns aos outros; porque quem ama aos outros cumpriu a lei”* (Rm. 13.8).

“Porque as obras da carne são manifestas, as quais são: prostituição, impureza, lascívia, idolatria, feitiçaria, inimizades, porfias, emulações, iras, pelejas, dissensões, heresias, invejas, homicídios, bebedice, glotonarias e coisas semelhantes a estas, acerca das quais vos declaro, como vos disse, que os que cometem tais coisas não herdarão o Reino de Deus” (Gl.5.19).

Cura da Alma: *“Mas o fruto do Espírito é: caridade gozo, paz, longanimidade, benignidade, bondade, fé, mansidão, temperança”* (Gl. 5.22).

CADA PACIENTE É UMA PESSOA INTEGRAL

BIO - PSICO - SÓCIO – ESPIRITUAL

bio = estudo da vida ou biologia

- Todo ser humano é biocultural: comer, dormir, defecar, acasalar, cantar, dançar, pensar.

- Todo ser humano é ao mesmo tempo totalmente biológico e totalmente cultural.

PSICO = Sintomas emocionais: perda de equilíbrio, desmotivação e apatia, depressão, irritabilidade e agressividade, delírios e alucinações, aumento de sensibilidade.

O ASPECTO SOCIAL DO PACIENTE

Sintomas Sociais: Pressão de amigos, lugares, ambientes de trabalho e hospitalar, relacionamento amoroso, falta de oportunidade (trabalho).

O ASPECTO ESPIRITUAL DO PACIENTE

Chegamos ao aspecto mais complicado de se falar, mas ao mesmo tempo pode se dizer o mais importante, porque é o único para o qual existe a cura. Para nós a espiritualidade é uma necessidade. Lembre-se: não estamos falando de religiosidade.

A Espiritualidade é vivida dia-a-dia em todas as nossas atividades e atitudes, levando-nos a uma transformação no estilo de vida, com o objetivo de alcançarmos um despertar espiritual: é o novo nascimento dentro de nós. *“Jesus respondeu e disse-lhe: Na verdade na verdade te digo que aquele que não nascer de novo não pode ver o reino de Deus”* (Jo. 3.3). A nossa alma almeja nascer de novo desde a queda dos nossos pais.

Fonte: Ética no Relacionamento com Profissionais de Saúde, Raquel L. L. Andrade.

Visitando o Paciente Hospitalizado, Moira H. M. Lopes.

No Leito da Enfermidade, Eleny Vassão de Paula Aitken.

Texto compilado e adaptado pelo Pr. Edison de Oliveira – julho de 2017.

O SANGUE E SEUS DERIVADOS

Irmã Shirley de Brito G. Passos

Técnica do Núcleo de Hematologia e Hemoterapia de Santos

I – A IMPORTÂNCIA DO SANGUE

O sangue é fundamental à vida e circula pelo nosso corpo dentro de estruturas semelhantes a canudos longos, chamadas de vasos sanguíneos. As batidas do coração fazem o sangue circular pelas veias, artérias e capilares sanguíneos, levando oxigênio, nutrientes e hormônios para todas as células do corpo.

O trajeto do sangue é o seguinte:

- O sangue que estava circulando no corpo, pobre em oxigênio e rico em gás carbônico, vai para os pulmões;
- Nos pulmões, o sangue se oxigena;
- Depois de ser oxigenado, o sangue volta para o coração;
- Do coração, o sangue oxigenado passa pelo corpo, oxigenando as células e retirando delas o gás carbônico;
- Novamente, o sangue que estava circulando no corpo, pobre em oxigênio e rico em gás carbônico, vai para os pulmões... e assim continua, sempre.

A essa movimentação do sangue pelo corpo, damos o nome de circulação sanguínea.

II – A COMPOSIÇÃO DO SANGUE

Parte líquida: Plasma (90% água e o restante é composto por proteínas, enzimas e sais minerais).

Parte sólida: composta por elementos figurados

hemácias ou eritrócitos = glóbulos vermelhos;

leucócitos + plaquetas ou trombócitos = glóbulos brancos.

Plasma: Parte líquida, o componente mais abundante no sangue, seguido pelas hemácias. É formado no fígado e suas funções são: transportar o gás carbônico, os nutrientes e as toxinas produzidas pelas células. Também carrega todos os medicamentos pelo corpo.

Hemácias ou Eritrócitos - Parte sólida e vermelha do sangue (contém a hemoglobina, que transporta oxigênio pelo corpo). São produzidas pela medula óssea, duram cerca de 120 dias e depois são destruídas no fígado e no baço.

Obs.: Quando a quantidade de hemácias é menor que 5 milhões por 1mm cúbico (homem) e 4,5 milhões (mulher), a pessoa pode estar com anemia (a confirmação é feita pelo hemograma).

Leucócitos - Responsáveis pela defesa do organismo, isto é, eles representam um conjunto de células que protegem o organismo contra a entrada de agentes estranhos que provocam doenças. São produzidos pela medula óssea e linfonodos ("ínguas", filtros de linfa, destróem ou retardam a difusão de vírus, bactérias, protozoários e cânceres pelo organismo). Os leucócitos são compostos por Neutrófilos, Eosinófilos, Basófilos, Linfócitos e Monócitos.

Neutrófilos - Combatem pequenas infecções por bactérias e fungos. Eles englobam os agressores e depois morrem dando origem ao pus (se o pus não sai do corpo gera inchaço e abscesso).

Eosinófilos - Combatem infecções parasitárias e reações alérgicas.

Basófilos - Combatem bactérias e reações alérgicas, levam a liberação de **histamina**, que leva à vasodilatação para fazer chegar mais células de defesa na região e eliminar o agente invasor.

Linfócitos - Ajudam no combate de vírus e células cancerosas.

Monócitos - Podem sair da corrente sanguínea. Fazem a fagocitose (matam o invasor e dão uma parte do invasor para o **linfócito T** produzir mais células de defesa).

Plaquetas ou Trombócitos - Responsáveis por cessar sangramentos com formação de coágulos. Graças às plaquetas, quando temos um machucado leve rapidamente o sangramento pára. Elas também ajudam no processo de cicatrização das feridas.

Obs.: Pouca plaqueta = hemorragias, muita plaqueta = risco de formação de trombos que podem se deslocar entupindo os vasos sanguíneos, trazendo risco de infarto, AVC ou embolia pulmonar.

Infarto (ataque cardíaco) - Pouco sangue no coração (isquemia), necrose e morte (coágulo impedindo fluxo sanguíneo).

AVC (Acidente Vascular Cerebral) - Pode ser **Isquêmico** (quando um coágulo bloqueia o fluxo sanguíneo, causando queda de pressão ou choque) ou **Hemorragico** (quando um vaso sanguíneo se rompe).

Obs.: Causas prováveis: fumo, hipertensão, obesidade, colesterol alto, genética, diabetes, abuso de álcool e batimento cardíaco irregular.

Embolia Pulmonar – Quando um coágulo obstrui um vaso sanguíneo do pulmão, causando a morte progressiva da parte afetada (dor ao respirar, falta de ar). Gradativamente afeta todos os órgãos do corpo (bolha de ar, excesso de colesterol ou fragmentos, por exemplo pedaços de ossos).

III – A DOAÇÃO DE SANGUE

Como funciona um Banco de Sangue?

1. RECEPÇÃO (RG/dados pessoais/telefone/e-mail);
2. PRÉ-TRIAGEM (peso/altura/teste de anemia);
3. TRIAGEM (medição da temperatura/aferição da pressão arterial (PA)/entrevista);
4. VOTO DE AUTOEXCLUSÃO (seu sangue é confiável? Sim ou Não);
5. COLETA (em torno de 10 minutos/460 ml de sangue);
6. LANCHE (para repor a perda sanguínea). Durante o lanche o doador é observado, e em casos de queda de pressão ou enjôo, ele é assistido por uma equipe de enfermagem até se sentir melhor.

Após a Doação:

1. TIPAGEM SANGUÍNEA;
2. SOROLOGIA (testes para liberação da bolsa para ser doada: HIV, Hepatites B e C, Sífilis, HTLV I e II e Chagas);
3. FRACIONAMENTO (concentrado de Hemácias, Plasma, Plaquetas e Crioprecipitado);
4. TRANSFUSÃO DAS BOLSAS LIBERADAS;
5. DESCARTE APROPRIADO DAS BOLSAS BLOQUEADAS;
6. CONTATO COM OS DOADORES QUE TIVERAM SUAS BOLSAS BLOQUEADAS (encaminhamento médico para averiguar/tratar o motivo do bloqueio);

Para Doar É Preciso:

- 18 A 65 anos;
- Pesar + de 50 kg;
- Não estar grávida ou amamentando;
- Não ter feito tatuagem/piercing há menos de 1 ano;
- Sem gripe/febre (nos últimos 15 dias);
- Sem epilepsia/diabetes em uso de insulina;
- Apresentar documento com foto;
- Estar bem alimentado;
- Sono de 8 horas;
- Se almoçar, dar um intervalo de 3 horas;
- Passar por uma entrevista.

A doação dura em torno de 10 minutos. São retirados por volta de 460ml de sangue (menos de 13% do sangue total do corpo). Após 30 dias o doador poderá retirar a **carteirinha de doador**, contendo o resultado de seu tipo sanguíneo e sorologia.

IV – A DOAÇÃO DE PLAQUETAS

- As Plaquetas ajudam no controle de sangramentos (hemorragias, traumas, cirurgias cardíacas, câncer etc.);
- Duram apenas 5 dias fora do corpo;
- A doação dura em torno de 1:30h;
- A preferência é por homens do tipo "O", que tenham uma boa contagem de plaquetas (é feito um exame para verificar);
- Máquina de Aférese - O doador terá os dois braços puncionados e ligados à máquina. O sangue sai do doador, entra na máquina, são retiradas as plaquetas e o sangue retorna ao doador. Obs.: Para cada doação por aférese são necessárias 6 doações normais.

Algumas Definições:

Sangue Total - sangue sem nenhuma modificação.

Concentrado de hemácias - bolsa de sangue total que foi centrifugada.

Concentrado de Plaquetas - indicado quando há sangramento e plaquetas diminuídas.

Plasma Fresco Congelado - indicado quando há hemorragia associada a problemas de coagulação.

Crioprecipitado - indicado para tratamento da hemofilia clássica, doença de Von Willebrand e deficiência do fator VIII.

Leucemia – Câncer no sangue (começa na medula óssea). Líquido gelatinoso dentro dos ossos que produz os componentes do sangue: hemácias, leucócitos e plaquetas.

Fenotipagem Eritrocitária: Tipagem sanguínea completa (Cc Cw Ee) e outros sistemas, além do ABO - RH (D), possibilitando uma transfusão totalmente compatível. Evita o desenvolvimento de anticorpos irregulares no receptor. Com a Fenotipagem previne-se as doenças hemolíticas do recém-nascido, a repetição de provas cruzadas incompatíveis e as reações transfusionais.

TIPO	DOADOR	RECEPTOR	TIPO	DOADOR	RECEPTOR
O+	O+, A+, B+, AB+	O+, O-	B+	B+, AB+	O+, O-, B+, B-
O-	TODOS	O-	B-	B+, B-, AB+, AB-	O-, B-
A+	A+, AB+	O+, O-, A+, A-	AB+	AB+	TODOS
A-	A+, A-, AB+, AB-	O-, A-	AB-	AB+, AB-	O-, A-, B-, AB-

Prova Cruzada ou Teste de Compatibilidade Sanguínea:

Sangue do doador X sangue do receptor, se houver aglutinação (formação de grumos) indica incompatibilidade.

Coombs Indireto: Pesquisa de anticorpos irregulares, que podem levar a hemólise (quebra de hemácias) durante a transfusão.

Anticorpos Irregulares: Aparecem no soro ou plasma. Imunização a antígenos, resultado de gravidez ou transfusão.

Eletroforese de Hemoglobina: Teste para diagnosticar anemias.

NAT (Teste de Ácido Nucleico): Teste molecular que detecta HIV e HCV com mais **Sensibilidade** (capacidade de detectar o agente infeccioso em indivíduos infectados) e **Especificidade** (identifica corretamente a ausência de infecção).

Janela Imunológica: Período que o organismo leva para produzir anticorpos detectáveis depois da infecção.

V – PERGUNTAS MAIS COMUNS SOBRE DOAÇÃO DE SANGUE

1- Posso contrair doenças na doação?

Não, tudo é descartável.

2- Engorda, emagrece, afina ou engrossa o sangue?

Não interfere no sangue.

3- Vicia, dá coceira ou alergia?

Não.

4- Quantas vezes posso doar?

Homem - 4 vezes ao ano com intervalo de 2 meses entre eles.

Mulher - 3 vezes ao ano com intervalo de 3 meses entre elas.

5-Se doar uma vez precisa doar sempre?

Não.

6- Mulher grávida, amamentando ou que sofreu aborto pode doar?

Não.

7- Se a mulher estiver menstruada pode doar?

Sim, desde que o fluxo seja normal.

8- Demora muito?

Da recepção até a doação, leva em torno de 90 minutos.

9- Quem fez cirurgia recente, pode?

Cirurgia de pequeno porte, aguardar 3 meses para doar; de grande porte, 6 meses; extração dentária, 1 semana.

10- Posso doar para mim?

Sim, pode fazer reserva cirúrgica com avaliação do hemoterapeuta.

11- Posso doar para uma pessoa específica?

Sim.

12- Por que o Homem precisa pesar mais de 50 kg e a Mulher mais de 55 kg?

A lei prevê que o volume coletado da mulher não passe de 8ml por kg de peso (a mulher tem nível de ferro menor por causa da menstruação). Já para o Homem é de 9ml por kg de peso.

12- Diabéticos podem doar?

Com uso de insulina NÃO, só os que controlam com medicamentos ou alimentação.

13- Se tomar vacinas pode doar?

Não, o período de espera pode variar de 48 horas a 1 ano.

14- Menores de idade podem doar?

Sim, menores que tenham 16 e 17 anos podem doar, desde que acompanhados pelos pais.

15- Por que só dão abono de um dia de trabalho para doação de sangue?

É o que estabelecem a CLT e a CLF.

16- Por que só pode doar sangue quem teve hepatite antes dos 11 anos de idade?

Porque antes dos 11 anos de idade a probabilidade do candidato ter tido hepatite do tipo A é de quase 100%. Este fato já foi confirmado em vários estudos epidemiológicos. Como a hepatite A não deixa sequelas, nem partículas virais remanescentes após a cura, não há contraindicação em doar sangue após esse tipo de hepatite.

17- Quais exames são feitos no sangue doado?

Para cada bolsa doada são retiradas amostras. Em nossos laboratórios são classificados o tipo sanguíneo (A, B, O ou AB) e o fator Rh (positivo ou negativo) de cada amostra. Também são feitos todos os testes sorológicos previstos por lei para detecção de Sífilis, Hepatite B, Hepatite C, Doença de Chagas, HIV, HTLV I e II (anticorpo do vírus ligado à leucemia), Pesquisa de Anticorpos Irregulares e Eletroforese de Hemoglobina (alterações genéticas da hemoglobina), além de Testes de Ácido Nucleico para HIV, Hepatite B e Hepatite C. Conforme a necessidade dos hospitais atendidos, o SHH realiza também o exame de Fenotipagem Eritrocitária nos doadores em busca de sangues raros.

VI – A DOAÇÃO DE SANGUE NA BÍBLIA

³Tudo quanto se move, que é vivente, será para vosso mantimento; tudo vos tenho dado como a erva verde. ⁴A carne, porém, com sua vida, isto é, com seu sangue, não comereis. ⁵Certamente requererei o vosso sangue, o sangue das vossas vidas; da mão de todo o animal o requererei; como também da mão do homem, e da mão do irmão de cada um requererei a vida do homem. ⁶Quem derramar o sangue do homem, pelo homem o seu sangue será derramado; porque Deus fez o homem conforme a sua imagem” (Gênesis 9.3-6).

Deus proibiu comer a carne ainda com a alma. O que significa isso?

Resposta: Significa que a partir dali Deus estava permitindo ao homem comer carne animal. Porém, o respeito pela vida exigiria que primeiro o animal fosse morto. Não se poderia comer a carne ainda com a alma. Portanto, a questão não era o sangue literal e sim o sangue em sentido simbólico. Sangrar o animal seria o indicativo de que não se estaria comendo o animal vivo – ou com sua alma. Se o Criador estivesse se referindo ao sangue literal, certamente daria instruções pormenorizadas a Noé quanto à quantidade de sangue que deveria ser extraída de um animal antes de usá-lo como alimento, uma vez que algo em torno de 50% do sangue de um animal ainda permanece no corpo mesmo depois do animal sangrado. Um princípio abrangente é que a VIDA é sagrada, com tudo que a compõe, e não simplesmente um dos símbolos que a representa.

Um pai ou uma mãe que deixa seu filho morrer, por recusar uma transfusão de sangue, não está colocando o símbolo acima da própria vida? O sangue (símbolo) tornou-se mais importante que a própria vida da criança, sem que o Criador tenha pedido isso com base em Gênesis 9.3-6. Sem dúvida a alma é muito mais que um único componente do corpo humano. Portanto, em Levítico capítulo 17, o sangue mais uma vez é representativo da vida e não mais importante que a vida em si. O sangue que representa a vida é o sangue extraído na ocasião em que se tira a vida do animal.

Assim, o sangue doado não pode representar a vida do doador uma vez que o doador continua vivo. O sangue doado pode sim ser considerado símbolo de vida, mas não a vida do doador, mais fácil é dizer que representa a vida de quem necessita dele, o receptor. Portanto, uma transfusão de sangue não implica em desrespeito ao princípio da Santidade da Vida. Quão hipócrita é alguém não doar sangue, dizendo estar seguindo “normas divinas” (na verdade normas apóstatas de uma organização religiosa), e depois recorrer ao sangue doado de dezenas de pessoas ou até mais para a extração de um único tipo de fração sanguínea para ser usado num só tratamento. Para se beneficiar do sangue de outros essa pessoa não vê problemas, mas vê pecado em fazer o mesmo por outras pessoas. Tudo isso com total apoio e respaldo da seita religiosa intitulada Testemunhas de Jeová.

A Bíblia descreve o Criador não como fonte do sangue, mas como “fonte da vida”, um termo muito mais apropriado e abrangente: “Porque em ti está o manancial da vida; na tua luz veremos a luz” (Salmo 36.9). Colocar o sangue, símbolo de vida, acima da própria vida estando disposto a morrer ou deixar morrer por causa disso, coloca as Testemunhas de Jeová como adoradores do sangue e não do Criador.

"SE CADA PESSOA DOASSE UMA VEZ POR ANO, NÃO FALTARIA SANGUE NOS HOSPITAIS"

Fonte da Pesquisa:

www.minhavidade.com.br

www.tuasaude.com/o-sangue

www.escolakids.uol.com.br/sangue

www.shhsjc.com.br

www.indicetj.com

www.scribd.com/doc/30360418/Capelania-Evangelica

DIETAS HOSPITALARES

PORQUE NÃO LEVAR ALIMENTO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Irmã Vera Lúcia França Dórea

Nutricionista da Santa Casa de Misericórdia de Santos



COMO INFLUENCIAR NA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE?

a) Adequando a Prescrição:

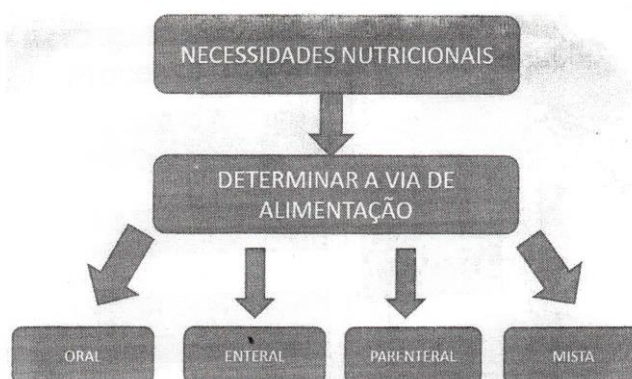
- condições físicas e emocionais do paciente;
- as necessidades nutricionais segundo: idade, sexo, doença, estado nutricional, hábitos, preferências alimentares, apetite, dentição, via de administração da alimentação.

b) Trabalhando a Integração da Equipe Multidisciplinar.

MODIFICAÇÕES DA DIETA "NORMAL"

Consiste no uso dos alimentos para o restabelecimento das enfermidades, relacionando a ciência da nutrição às doenças.

Apesar de seguir as mesmas características da alimentação normal, as DIETAS HOSPITALARES apresentam modificações nas suas características sensoriais, físicas e químicas, para melhor atender às necessidades do indivíduo enfermo.



Processo de distribuição de refeição



DIETAS HOSPITALARES

- Dieta de Rotina:* São dietas equilibradas que possibilitam a manutenção da saúde. Sofrem modificações nas características físicas (consistência).
- Dieta Modificada:* São dietas que sofrem modificações de algum componente, mantendo-se nas mesmas características das dietas de rotina.
- Dieta Especiais:* São dietas planejadas para alguma patologia específica. Sofrem modificações entre os macronutrientes.

FINALIDADE DO SND

O Serviço de Nutrição e Dietética é responsável pelo fornecimento de refeições a pacientes internados e seus acompanhantes, e garantir qualidade e segurança na assistência nutricional prestada aos clientes.

Levar comida para doente internado é risco para saúde do paciente. Além de atrapalhar a dieta de quem está internado, a entrada de alimentos pode trazer outros riscos.

Um alerta para quem tem o costume de levar um lanche ou um biscoito para um parente ou amigo internado no hospital. Esse comportamento pode colocar em risco a saúde dos pacientes.

Cada paciente tem uma dieta que é prescrita pelo médico. Com isso, entrando uma alimentação diferente, a pessoa pode sair fora da prescrição daquilo que o paciente precisa comer. Dar algo que não está nessa dieta é perigoso, você pode estar colocando a vida do paciente em risco.

Já pensou se tudo que foi barrado na portaria entrasse? A comida atrai, por exemplo, formigas, que podem levar com elas bactérias e vírus de um ambiente para outro. Depende, é claro, da quantidade de resíduos e da higienização no hospital.

Além disso, se o alimento que vem de fora fizer mal a alguém dentro do hospital, pode contaminar todo mundo em volta.

Existem determinados vírus e bactérias que podem se dispersar entre os pacientes, através do vaso sanitário frequentado em comum, ou através das mãos das pessoas. Então, você pode causar surtos de infecção hospitalar através de um alimento que contaminou um paciente, e esse paciente inicial contaminou vários outros em sua volta.

A Anvisa não tem resolução limitando a entrada de comida. O Ministério da Saúde concorda com a restrição, mas cabe a cada hospital decidir sobre seus procedimentos.

“Comprometimento individual é um esforço conjunto – isso é o que faz um time funcionar, uma empresa funcionar, uma civilização funcionar” – Vince Lombardi.

OS DIFERENTES ASPECTOS DA VISITAÇÃO HOSPITALAR

***Irmã Lourdes Menzes
Visitadora Hospitalar***

I - O ASPECTO SOCIAL

- *Uma visita diferente.* Quando visitamos alguém em sua casa, esperamos que a pessoa abra, e com um sorriso nos convide educadamente a entrar. É também educado que essa pessoa mantenha a conversa animada, deixando-nos à vontade. Em visita a enfermos, seja no hospital ou em casa, não é possível esperar isso. Certamente o enfermo não abrirá a porta, muito menos animará a conversa. Mas o visitante também não precisa ser um grande falante. Ele deve ser comunicativo, simpático e criar um clima agradável, deixando o enfermo à vontade e confortado com sua visita.

- *Humildade.* ***"Cingi-vos todos de humildade, porque Deus resiste aos soberbos, contudo aos humildes concede sua graça"*** (Ipe. 5.5). A Bíblia traz textos que ressaltam a importância da humildade. Ninguém pode dispor-se para o trabalho de levar a Boas Novas e o consolo se não for humilde.

- *Motivação correta.* Creio que vc. já entendeu que a visitação hospitalar é um ministério, e que exige um chamado especial do Espírito Santo. Não há outra motivação senão a compaixão pelos enfermos, vidas que precisam do amor de Deus.

- *Disposição para se submeter a regulamentos.* São muitas as regras a serem obedecidas quando se está no hospital. Todo hospital tem regulamentos. É preciso, antes de fazer uma visita, informar-se sobre as regras adotadas e segui-las fielmente. Nunca tente mudar as regras. Elas foram criadas com o objetivo de proporcionar um melhor ambiente ao enfermo.

II - O ASPECTO FÍSICO

- *Boa saúde física e psicológica.* Seja honesto! Não pense em fazer da visitação um trabalho de auto ajuda, ou uma fuga de seus próprios problemas. Se vc. não está bem, e seus sentimentos estão confusos, não faça visitas a enfermos, antes procure a ajuda certa para vc. mesmo. A saúde física também conta. Quem entra num hospital fica exposto há um universo de doenças. Se a saúde física de um visitador não é boa, ele pode se comprometer e comprometer também aquele que está no leito. O visitador não deve visitar uma pessoa enferma se não está com boa saúde. Se está gripado, vai contagiar ainda mais a pessoa enferma. Se não está se sentindo bem, vai passar um ar de desânimo, e de certo modo será tentado a falar mais da sua doença de que confortar o seu visitado. Neste caso a dinâmica da sua presença poderá ser negativa.

- *Asseio.* O visitador deve estar limpo, com roupa simples, sem exageros, sempre usando o jaleco. Tomar banho com um sabonete de boa qualidade, que deixe no corpo um leve perfume. Não usar perfumes, pois poderão provocar espirros e reações alérgicas nos pacientes; unhas bem aparadas e limpas, cabelos bem penteados, e cuidar bem do seu hálito bucal.
- *Lavar as mãos.* Ao entrar numa enfermaria para visitar alguém, lave bem as mãos com sabão. Geralmente na entrada das enfermarias há pias para este fim. Para conseguir uma assepsia melhor, retire o relógio do pulso, anéis e até aliança, lavando entre os dedos e até o pulso. Se tiver que dar a mão ao enfermo, o que sempre é bom, correrá menos risco de contaminá-lo.

III - O ASPECTO INTELECTUAL

- *Proclamação da mensagem de Deus.* Ser o portador das boas novas. "*Torna-te, pessoalmente, padrão de boas obras*" (Tt. 2.7). Não há outro jeito de falar sobre as Boas Novas senão pelo exemplo. Quando nos convertemos a Cristo, coisas novas começam a acontecer dentro do nosso coração, e essas coisas fluem de nós - são parte do fruto do Espírito Santo (Gl. 5.22-23). O crente precisa buscar com fervor, pela leitura da Bíblia e oração, andar com Jesus. A vida dele deve espelhar tudo o que ele traz no coração.
- *Respeito pela opinião dos outros.* O mais importante ao visitar uma pessoa enferma é não esperar que ela se torne membro de nossa igreja (talvez se torne um dia), mas sim levá-la ao conhecimento de Jesus. O próprio Mestre falava com amor sobre o Reino de Deus e permitia que as pessoas refletissem sobre o que Ele havia dito.
- *Boa comunicação e controle a língua.* "*Alguém há cuja tagarelice é como pontas de espada, mas a língua dos sábios é medicina*" (Pv. 12.18).
- *Postura otimista.* O visitador não pode aparecer diante do paciente com uma fisionomia de preocupação e pessimismo. Ele deve manter uma fisionomia alegre, simpática e comunicativa. É claro que ele não deve ser um artista. Ele não pode exagerar na sua apresentação de alegria e otimismo. Ao apresentar-se ao paciente, ele fará com seriedade e compenetração, mas o seu interior deve revelar-se numa face de otimismo e esperança.
- *Equilíbrio emocional.* É o auto controle. O visitador não pode ser aquela pessoa que fica muito tangida diante de um quadro chocante de doença. Ele deve ter total controle sobre suas emoções, pois situações chocantes surgirão inesperadamente e com frequência.
- *Capacidade de relacionamento.* Afável com qualquer pessoa
- *Capacidade para conviver* com opiniões religiosas contrárias às suas.
- *Conversação com raciocínio claro,* discernimento fácil das ideias, respeitando as ideias dos outros.
- *Paciência* para ouvir o paciente e até seus familiares que estão por perto.

VISITANDO CRIANÇAS ENFERMAS

Irmã Denize de Oliveira
Visitadora Hospitalar Infantil

Quem está preparado para visitar crianças hospitalizadas? Esta pergunta deve ser respondida com cuidado. É preciso levar em conta quem é o paciente, seu estado emocional, sua fragilidade e suas necessidades, para formarmos o perfil dele. A criança, quando internada,

sofre alterações profundas de humor e torna-se ainda mais sensível e carente. Mesmo assim, ela continua sendo uma criança com todas as características próprias da sua idade.

No período de internação, a vida da criança passa por uma mudança radical. Ficar internada num hospital prejudica tanto o seu desenvolvimento físico quanto psicológico; daí a importância do visitador conhecer as características das crianças em diferentes idades.

Ela sabe o que está acontecendo, mesmo que os adultos não lhe digam claramente do que se trata.

Ela tem compreensão da situação e dos limites que deve enfrentar como, por exemplo, não poder brincar, não poder ir à escola, deixar de fazer coisas que tanto gosta, afastar-se da família (irmãos, tios, avós e não raras vezes até mesmo dos pais).

Além disso, por um tempo ela fica num lugar desconhecido e nada atraente para uma criança; recebe cuidados de pessoas estranhas, o que gera sentimento de abandono e insegurança. Ela terá ainda que obedecer a rotina e comer a comida do hospital, tudo isto às vezes por um longo período.

Todas essas circunstâncias provocarão reações significativas, como, por exemplo, recusa em entrar em contato com as pessoas; depressão (ela ficará chorosa, insegura e com medo de ficar sozinha); algumas vezes poderá rejeitar a medicação e os exames de rotina, dificultando o trabalho da equipe hospitalar.

Outros aspectos importantes também precisam ser levados em conta; o período de internação, a doença, o tipo de tratamento, e como a família está reagindo a esse período de enfermidade.

1 - Quem É o Visitador para a Criança?

Diante de tudo que falamos, fica clara a importância de um visitador para uma criança enferma. O visitador deverá ser uma pessoa sensível, flexível, e capaz de perceber cada situação e a condição da criança, pois nem sempre poderá fazer o que programou para a visita.

A criança internada não é a mesma que temos na igreja, que frequenta a escola dominical; portanto, a maneira de falar e os materiais a serem usados serão bem diferentes.

2- Não Se Esqueça

1. Valorize o contato individual - acompanhe cada criança individualmente. O melhor que se pode fazer é estar com ela constantemente, para que tenha confiança em você;
2. Avalie sempre suas próprias condições emocionais — você está bem para fazer visitas em hospital? Não carregue seus problemas para lá;
3. Observe as condições emocionais da criança para saber como você fará o acompanhamento. Você deve ser um *agente de esperança*;
4. Não exerça o papel de *solucionador* dos problemas do paciente ou da família, mesmo que peçam sua opinião. Mantenha-se ao lado da família e do paciente, fazendo com que busquem suas próprias soluções. Possibilite a todos a oportunidade de expressar livremente seus sentimentos, ressentimentos e questionamentos sem criticá-los. Seja sábio;
5. Não faça diferença entre as crianças - todas são importantes;
6. Valorize o contato físico — segurar na mão, colocá-la no colo (se permitido, e segundo as normas hospitalares);
7. Mostre interesse, e não curiosidade, a respeito da doença da criança;
8. Seja ouvinte fiel; seja observador;

9. Saiba o momento certo de falar sobre o amor e o cuidado de Deus;
10. Tenha sempre em mente a situação delicada enfrentada pela família. Isto fará com que seu modo de agir seja coerente, sensível, e cheio de bom senso;
11. Não faça promessa como “Deus vai curar você” ou “tudo vai terminar bem”, pois nem sempre acontecerá o que queremos. Em vez disso, ore com a criança para que ela sinta conforto e paz. Tenha convicção clara de seu papel — o visitador deve consolar e falar de JESUS aos que sofrem.

3 - Desenvolvendo Atividades na Enfermaria Infantil

- A primeira coisa a ser feita é conhecer as condições do hospital: confira tudo o que é oferecido;
- As atividades devem ser *leves e estimulantes*, sempre realizadas com a autorização da equipe responsável pelo tratamento;
- Os programas especiais devem ser comunicados com antecedência, evitando transtornos;
- A equipe que vai participar de sua programação deve estar bem preparada, e não pode ser composta de muitas pessoas;
- Verifique com os responsáveis pelo tratamento se o material escolhido (literatura e brinquedos) pode ser usado;
- Use de prudência o tempo todo;
- Escreva os pontos importantes que o visitador não pode esquecer;
- Imagine que, no próximo sábado, vocês entrarão na parte infantil do hospital pela primeira vez, para visitar crianças doentes. Reuna-se com o seu grupo e responda:
 1. Quais providências devem ser tomadas?
 2. Qual tipo de material vocês usarão?
 3. Como planejam fazer a visita?
 4. Quais os cânticos escolhidos?
 5. Qual a história bíblica? Como contá-la?

Sugestões de Atividades

- Visitação leito a leito;
- Acompanhamento aos familiares;
- Ajuda à família que perdeu uma criança;
- Aconselhamento à enfermagem e distribuição de folhetos;
- Programas especiais na Páscoa, Dia das Mães, Dia das Crianças, Natal;
- Usar bonecos;
- Contar histórias da Bíblia para ensinar verdades espirituais;
- Usar músicas de consolo, ou também para ensinar a Palavra de Deus.