



David Peças

## **Relatório de Trabalho de Projeto**

Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem para  
a Consulta de Otorrinolaringologia

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para  
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção  
do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica,  
realizado sob a orientação científica da Professora  
Doutora Alice Ruivo

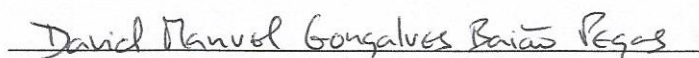
Junho de 2014



## [DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

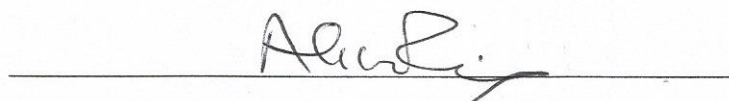


David Manuel Gonçalves Baias Regas

Setúbal, 30 de Junho de 2014

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),



\_\_\_\_\_

Setúbal, 30 de Junho de 2014





## **DEDICATÓRIA**

Dedico a conclusão deste Relatório de Trabalho de Projeto, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

À minha querida esposa e filhos, Dina, Maria e Manuel, a quem tantas horas e dias privei da minha presença e atenção, devido ao trabalho, empenho e dedicação a este projeto académico, profissional e de vida, e que sempre me retribuíram com todo o seu apoio, compreensão e incentivo incondicionais, sem os quais não teria sido possível ser tão significativo.

Aos meus pais, Manuel e Maria José, e à minha avó Emília, pelo apoio e incentivo intermináveis, sem os quais este “caminho” não teria sido possível desde o primeiro dia do percurso académico e profissional, e que mais uma vez estiveram sempre a meu lado.



## AGRADECIMENTOS

À Sra. Professora Doutora Alice Ruivo, incansável no apoio e disponibilidade na orientação do Relatório de Trabalho de Projeto do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, contribuindo decisivamente para o sucesso deste percurso.

À Sra. Professora Doutora Lurdes Martins pela sua orientação, apoio e disponibilidade contínua durante os Estágios do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que contribuíram determinadamente para o desenvolvimento dos projetos de intervenção em serviço e de aprendizagem clínica.

À Sra. Enfermeira Chefe Herculana Carvalho pelo seu apoio e disponibilidade.

À Sra. Enfermeira Diretora Odília Neves pela sua disponibilidade, apoio, e pela valorização do projeto de intervenção em serviço.

Ao Enfermeiro Hugo Franco, colega que tive o privilégio de conhecer no Curso de Especialização, colega no Grupo SAPE Ambulatório, pelo seu valor humano e pelo trabalho em conjunto que tornou possível a conquista de uma grande amizade e a concretização de um projeto profissional de sucesso para o presente e para o futuro.

Aos restantes colegas do Grupo SAPE Ambulatório, Enfermeiro Chefe António Rocha, Enfermeiro Chefe Mário Cavaleiro e Enfermeira Fernanda Neto, pelo apoio, disponibilidade e aconselhamento.

A todos aqueles que contribuíram, de forma direta ou indireta, para o sucesso deste projeto.

Muito obrigado.



## RESUMO

O presente relatório de trabalho de projeto surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no ano letivo 2013/2014, e a sua apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de mestre nesta área científica. Descrevemos o percurso efetuado desde o 2º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC), enquanto programa formativo com equivalência parcial ao Mestrado, até à conclusão do 3º Curso de MEMC, analisando o contributo do percurso, dos projetos e dos trabalhos realizados para o desenvolvimento de competências especializadas e de mestre.

No âmbito do CPLEEMC realizámos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) sobre “Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) para a Consulta de Otorrinolaringologia (ORL)”, cuja realização nos permitiu concluir e operacionalizar informaticamente este RMDE. Ainda no âmbito do CPLEEMC realizámos um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) orientado para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No âmbito do MEMC elaborámos uma revisão integrativa da literatura sobre o “Desenvolvimento de um RMDE”, cuja elaboração contribuiu para a análise das estratégias utilizadas no desenvolvimento do RMDE para a Consulta de ORL.

Os objetivos do relatório de trabalho de projeto são os seguintes: (1) – Descrever o PIS; (2) – Descrever o PAC; (3) – Apresentar uma revisão integrativa da literatura e analisar os seus contributos para este relatório; (4) – Descrever a análise ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; (5) – Analisar o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A prossecução dos objetivos definidos permitiu-nos adequar a *práxis* às competências de Mestre nesta área científica, percorrendo um caminho significativo na busca da excelência no exercício profissional e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados através de uma prática baseada na evidência.

**Palavras-chave:** Competências; Mestre; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Trabalho de Projeto; Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem; Otorrinolaringologia.



## ABSTRACT

This project work report comes in the scope of the 3<sup>rd</sup> *Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica* (MEMC) from *Escola Superior de Saúde* of the *Instituto Politécnico de Setúbal*, school year 2013/2014, and its presentation and public discussion aims to reach the master's degree in this scientific area. We describe the journey made since the 2<sup>nd</sup> *Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica* (CPLEEMC), while training program with partial equivalence of this master's degree, until the conclusion of the 3<sup>rd</sup> MEMC, and the contribution of our journey, works and projects to the development of specialist's and master's skills.

During the CPLEEMC we made a Service Intervention Project (SIP) about "Nursing Minimum Data Set (NMDS) for the Otorhinolaryngology (ORL) Consultation", whose implementation allowed us to complete and informatically operationalize this NMDS. Still during the CPLEEMC we did a Clinic Learning Project (CAP) aimed at developing the skills of the Medical-Surgical Nursing Specialist Nurse.

In the master's course we carried out an integrative literature review about "Development of a NMDS", whose production contributed to the analysis of the strategies used in the development of the NMDS for the ORL's Consultation.

The project work report's objectives are the following: (1) – To describe the SIP; (2) – To describe the CAP; (3) – To present an integrative literature review and to analyze its contribution to this report; (4) – To describe the analyzes of the development of the Medical-Surgical Nursing Specialist Nurse's skills; (5) – To analyze the development of the Medical-Surgical Nursing Master's skills.

The pursuit of the objectives set allowed us to adapt our practice to the Master's skills in this scientific area, following a significant journey for pursuing the professional practice's excellence and leading to the continuous care quality's improvement through an evidence-based practice.

**Key words:** Skills; Master's Degree; Medical-Surgical Nursing; Project Work; Nursing Minimum Data Set; Otorhinolaryngology.





## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde  
ANA – American Nurses Association  
ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil  
CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
Cit. por – citado por  
CPLEEMC – Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
DGS – Direção Geral de Saúde  
Dra. – Doutora  
ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System  
EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros  
ESS – Escola Superior de Saúde  
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde  
ICN – International Council of Nurses  
IPS – Instituto Politécnico de Setúbal  
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
MS – Ministério da Saúde  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
ORL – Otorrinolaringologia  
PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica  
PBE – Prática Baseada em Evidência  
PC – Prestador de Cuidados  
PEI – Plano de Emergência Interno  
PIS – Projeto de Intervenção em Serviço  
PNCI – Programa Nacional de Prevenção de Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros  
RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem  
SI – Sistema de Informação  
SIE – Sistema de Informação de Enfermagem  
Sra. – Senhora  
SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats  
UC – Unidade Curricular  
UC's – Unidades Curriculares  
UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados  
UT – Unidade Temática  
UT's – Unidades Temáticas



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – O processo de Transição .....	31
Figura 2 – Fases da aprendizagem transformativa.....	37
Figura 3 – Experienciar transições: uma teoria de médio alcance .....	40

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Análise SWOT.....	77
Quadro 2 – Execução do PIS.....	84
Quadro 3 – Execução e Avaliação do PAC.....	102



# ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>21</b>
1.1. DE ENFERMAGEM .....	21
1.1.1. Da Teoria das Transições .....	30
1.2. DOS PADRÕES DE QUALIDADE .....	42
1.3. DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM .....	62
1.3.1. Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem.....	66
1.4. DO CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	68
1.5. DA INTERVENÇÃO EM CATÁSTROFE E EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMA.....	70
1.6. DOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	72
<b>2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....</b>	<b>75</b>
2.1. SÍNTESE DA METODOLOGIA UTILIZADA .....	75
2.1.1. Diagnóstico de Situação .....	76
2.1.2. Planeamento .....	78
2.1.3. Execução.....	81
2.1.4. Avaliação.....	89
2.2. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS .....	91
2.3. CONFRONTO COM A EVIDÊNCIA .....	93
2.3.1. Contributos para os Resultados do PIS.....	95
<b>3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA.....</b>	<b>99</b>
3.1. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO .....	100
<b>4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>115</b>
4.1. COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	116
4.2. ESPECÍFICAS DO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....	125
4.2.1. Pessoa em Situação Crítica.....	125
4.2.2. Pessoa em Situação Crónica e Paliativa .....	130
4.3. DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....	134
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>141</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>145</b>

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>150</b>
Apêndice I – Artigo: Desenvolvimento de um RMDE para a Consulta de ORL.....	151
Apêndice II – RMDE e Core de Indicadores da Consulta de ORL.....	159
Apêndice III – Cronograma da Execução do PIS.....	173
Apêndice IV – Cronograma da Execução do PAC.....	176
Apêndice V – Prevenção de Quedas.....	179
Apêndice VI – Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse.....	191
Apêndice VII – Avaliação, Controlo e Tratamento da Dor.....	200
Apêndice VIII – Ações Paliativas.....	223
Apêndice IX – Plano de Evacuação / Plano de Emergência Interno.....	240
Apêndice X – Supervisão de Cuidados: A Pessoa Laringectomizada.....	254
Apêndice XI – Norma de Procedimento Geral da CCI sobre Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse.....	372
Apêndice XII – Formação Realizada sobre SAPE Consulta Externa.....	381
Apêndice XIII – Impresso de Avaliação da Formação Realizada.....	400
Apêndice XIV – Desenvolvimento de um RMDE: Uma Revisão Integrativa da Literatura.....	402

# INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório de trabalho de projeto foi-nos proposta durante a frequência do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS IPS), enquanto documento a apresentar para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre, constituindo-se, assim, como elemento de avaliação da adequação da *práxis* às competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Relativamente à estrutura do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da ESS IPS, evidenciamos a sua conformidade com a deliberação do Conselho Técnico Científico da ESS IPS de 23 de Fevereiro de 2011, que prevê a atribuição para este Curso da equivalência a 83 ECTS aos mestrandos portadores de diplomas do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC) realizado na ESS IPS.

Relevamos, ainda, o cumprimento do previsto no nº 1 do artigo 20º do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, que assegura pela metodologia de trabalho de projeto na realização dos Estágios (I, II e III) do Mestrado um total de 32 ECTS. Neste sentido, considerando que no CPLEEMC da ESS IPS realizámos 25 ECTS neste âmbito, remanesceram por realizar 7 ECTS para conclusão deste Mestrado, os quais concluímos com a realização do presente relatório.

A sua orientação científica foi assegurada pela Sra. Professora Dra. Alice Ruivo, docente da ESS IPS, tendo como coordenadoras do curso de Mestrado a Professora Dra. Lucília Nunes e a Professora Dra. Alice Ruivo.

A realização deste relatório considerou a finalidade de promover o desenvolvimento de um conhecimento aprofundado no domínio especializado de enfermagem médico-cirúrgica, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a este campo de intervenção.

Com a elaboração deste documento procuramos dar visibilidade ao processo de aprendizagem e aos projetos desenvolvidos, analisando a *práxis* e refletindo sobre as competências adquiridas, desenvolvidas e aperfeiçoadas nas diferentes etapas, relacionadas com a área de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para este relatório foram definidos os seguintes objetivos:

- Descrever o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) do CPLEEMC;
- Descrever o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) do CPLEEMC;
- Apresentar uma revisão integrativa da literatura e analisar os seus contributos para este relatório;
- Descrever a análise ao desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa);
- Analisar o desenvolvimento de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De modo a facilitar a leitura, o presente trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos. O primeiro correspondente ao enquadramento conceptual, onde contextualizamos, entre outros, a Enfermagem, a teoria das transições de Meleis, os padrões de qualidade dos cuidados especializados, os sistemas de informação e os resumos mínimos de dados em enfermagem (RMDE), de modo a enquadrar o ponto de partida de todo o trabalho desenvolvido nos projetos.

No segundo capítulo descrevemos o PIS, onde expomos o trabalho desenvolvido, avaliamos o trabalho realizado e os resultados atingidos no âmbito deste projeto e, ainda, onde apresentamos uma revisão integrativa da literatura e os seus contributos para análise das estratégias utilizadas no PIS.

No terceiro capítulo descrevemos o PAC, onde expomos o trabalho desenvolvido neste âmbito e onde avaliamos o percurso realizado, o trabalho concretizado e, ainda, o contributo do mesmo para a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências especializadas.

No quarto capítulo descrevemos a análise do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando ambas as áreas de especialização de Pessoa em Situação Crítica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, e, ainda, a análise do desenvolvimento de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O quinto e último capítulo é a conclusão do relatório, onde descrevemos uma síntese do trabalho realizado, a avaliação dos objetivos definidos, a apresentação dos aspetos facilitadores e constrangedores do relatório em si e do percurso percorrido, e, ainda, as perspetivas de futuro.



# 1. ENQUADRAMENTO CONCEITUAL

No presente capítulo apresentamos o enquadramento conceitual que orientou e fundamentou os projetos desenvolvidos ao longo do percurso realizado.

De forma sumária expomos a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis, enquanto teoria de médio alcance à qual nos filiámos, assim como todo o restante enquadramento de suporte aos projetos desenvolvidos e à reflexão de competências.

As reflexões e posições adotadas por Meleis (2005, 2007, 2010, 2012) quanto à natureza e desenvolvimento do conhecimento e da teoria de enfermagem funcionam como elemento transversal na nossa abordagem, tendo em consideração o rigor, criatividade e profundidade da sua teoria. Apesar disso, sempre que julgamos oportuno, recorremos a outros autores como forma de enriquecer as abordagens e as reflexões realizadas.

Passamos ao enquadramento conceitual de enfermagem onde começamos por evidenciar a epistemologia e o domínio da disciplina como ponto nuclear para o desenvolvimento do conhecimento e da teorização em enfermagem.

## 1.1. DE ENFERMAGEM

Enquanto ramo da Filosofia, a Epistemologia foca-se na reflexão e investigação sobre a natureza e a base do conhecimento (Meleis, 2012). As questões sobre a definição, desenvolvimento, verificação, acreditação e validação do conhecimento são, por isso, questões do foro epistemológico (Przylebski, 1997; Meleis, 2012).

A epistemologia aborda também noções sobre a medida em que o conhecimento é limitado ou expansivo, sendo descrita como a teoria do e sobre o conhecimento, e também sobre os métodos através dos quais o conhecimento é desenvolvido (White, 1999; Meleis, 2012).

Todas as disciplinas do conhecimento têm um domínio ou território teórico nuclear caracterizado pela estabilidade em redor dos seus conceitos centrais, e por uma dinâmica produtiva envolta nas questões e formas como eles são desenvolvidos e teorizados (Meleis, 2005).

O domínio é a perspetiva e o território da disciplina, incluindo o objeto de interesse, os valores e crenças consensuais, os conceitos centrais, os fenómenos de

interesse, os principais problemas e os métodos utilizados no fornecimento de respostas da disciplina (*Idem*).

O domínio da disciplina de enfermagem é a sua essência, aquilo que lhe confere identidade e singularidade (Pereira, 2009). É balizado por aspetos relacionados com a sua prática, formação, política, gestão e, numa lógica mais alargada, com aquilo que é o conhecimento de outras disciplinas que com ela se relacionam (Meleis, 2005).

O domínio do conhecimento em enfermagem é um componente essencial que define a enfermagem enquanto disciplina, pois todas as disciplinas são desenvolvidas em torno de um domínio do conhecimento, o qual representa o seu cerne (Meleis, 2012).

Relativamente à esfera do conhecimento, consideremos também a teoria de Barbara Carper que, em 1978, identificou quatro tipos de conhecimento em enfermagem aos quais, ao longo do tempo, acrescentou os dois últimos:

1. “**Conhecimento empírico**” – conhecimento do que é verificável, objetivo, factual e baseado na investigação. Em certa medida, o mais tradicional, lógico, positivista: mede, prediz, generaliza. Inclui o desenvolvimento de teorias;
2. “**Conhecimento ético**” – conhecimento sobre princípios e valores, o bom e desejável, ética de enfermagem, princípios éticos em investigação, princípios da prestação de cuidados (nomeadamente, respeito pelos direitos humanos);
3. “**Conhecimento estético**” – conhecimento tácito e intuitivo; focalizado na “arte de enfermagem”, na exploração do qualitativo;
4. “**Conhecimento pessoal**” – conhecimento subjetivo, centrado na autoconsciência, sabedoria pessoal e relacionado com o existencial, a autenticidade, a natureza de ser e tornar-se;
5. “**Conhecimento reflexivo**” – referente à incerteza, à reflexão sobre a experiência, a suspensão de julgamento, a análise de situações a um nível mais profundo; a *práxis*, reflexão sobre a ação, o teste de forças e fraquezas, a abertura à aprendizagem e ao desenvolvimento;
6. “**conhecimento socio-político**” – relacionado com o poder, o contexto, vozes ouvidas e silenciosas, a compreensão de quando e onde os enfermeiros devem agir em contexto de enfermagem e saúde (Carper, 1978; cit. por Nunes, 2010).

O conhecimento em enfermagem é ainda classificado e estruturado do maior para o menor grau de abstração (Fawcett, 2005; Meleis, 2005, 2007, 2012). Neste sentido, Fawcett (2005) refere que o conhecimento em enfermagem, estando classificado e

estruturado em ordem decrescente de abstração, pode ser definido em metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos, sendo o metaparadigma a perspectiva mais global e abstrata da disciplina.

Na estrutura conceitual da disciplina de enfermagem Fawcett (2005) identifica quatro diferentes conceitos metaparadigmáticos: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem.

Meleis (2005, 2007, 2012) não apresenta uma classificação para a estrutura do conhecimento em Enfermagem. Neste sentido, a autora refere que alguns teóricos que diferenciam teoria, metaparadigma e modelo conceitual forneceram análises que tendem a sobrepor as propriedades de cada um desses conceitos, acrescentando ainda que as diferenças entre os diversos rótulos (teoria, metaparadigma, modelos conceituais, e outros) são diferenças de ênfase e não de substância, e que pode não valer a pena o debate contínuo ou a criação de novas entidades esotéricas para descrever as imagens mentais dos teóricos de enfermagem.

Os conceitos metaparadigmáticos que clarificam a disciplina e que marcam as concepções de enfermagem em Portugal encontram-se descritos no Enquadramento Conceitual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e são os seguintes: **Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados de Enfermagem** (OE, 2001).

Meleis (2005, 2007, 2012) descreve sete conceitos centrais que, do seu ponto de vista, caracterizam o domínio da enfermagem, nomeadamente: **cliente, transições, interação, ambiente, processo de enfermagem, intervenções de enfermagem e saúde**. Estes conceitos, ainda que descritos como de nível de abstração diferente (menor), têm paralelismo com os conceitos metaparadigmáticos definidos pela OE no enquadramento conceitual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Como primeiro elemento central da disciplina de enfermagem Meleis (2005, 2007, 2012) identifica o conceito de **cliente**, que define como um ser humano com necessidades e que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas alterações mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio.

Este conceito evidencia-se no core do domínio da enfermagem pela singularidade que define cada pessoa e que a distingue de todas as outras, nas necessidades dinâmicas que apresenta e na sua capacidade para se ajustar de forma eficaz às alterações que o meio

lhe provoca e que implicam modificações nos seus papéis ou comportamentos (Pereira, 2009).

Os desequilíbrios que o cliente pode experimentar manifestam-se pela dificuldade ou incapacidade para satisfazer as suas necessidades, na incapacidade para tomar conta de si próprio ou dos que lhe são significativos, ou ainda, em respostas não adaptativas ou sentimentos de perda de controlo (Meleis, 2005, 2007, 2012).

Outro conceito central proposto por Meleis et al. (2000; Meleis, 2010) são as **transições**, as quais referem ser resultado e resultarem em modificações na vida, saúde, relações e ambiente das pessoas, traduzindo uma alteração no estado de saúde, nos papéis desempenhados, nas expectativas, nas habilidades e conhecimentos do paciente, o que envolve a integração de novos conhecimentos, a mudança de comportamentos e, ainda, alteração da visão de si no contexto social (Meleis, 2005, 2007, 2012).

A **interação** é outro dos conceitos centrais do domínio da disciplina de enfermagem proposto por Meleis (2005, 2007, 2012). Na perspetiva da autora, sem interação entre o enfermeiro e o cliente não existem cuidados de enfermagem. Este conceito foi explorado na enfermagem, face ao seu carácter terapêutico, do seu sentido ou intencionalidade, dos seus componentes e da necessidade de partilha de informação entre quem cuida e quem é cuidado (*Idem*).

Meleis (2005, 2007, 2012) refere também o conceito de **ambiente**, enquanto elemento definidor do domínio da enfermagem, o qual relaciona diretamente com o conceito de interação. Este conceito está relacionado com a família, os grupos e comunidades com quem o cliente interage, assim como com as condições físicas (naturais e artificiais) e energias, nas quais este vive e se desenvolve (*Idem*).

Na ótica de Meleis (2005, 2007, 2012) o desenvolvimento teórico acerca do ambiente e das interações deve estar focalizado nos seguintes aspetos:

- Nos padrões de interação humana com o ambiente envolvente;
- Na explicação e descrição das interações estabelecidas e as suas consequências em relação às transições e aos resultados das mesmas;
- Na exploração de modelos de interação entre enfermeiro e cliente que se mostrem promotores da saúde;
- Na descrição das propriedades dos ambientes promotores da saúde;
- Na exploração das terapêuticas de enfermagem capazes de modificar os ambientes que se mostrem constrangedores para a saúde.

O **processo de enfermagem** é também um dos conceitos centrais do domínio da enfermagem proposto por Meleis (2005, 2007, 2012), sendo descrito como uma ferramenta que sustenta os processos de pensamento na prática para a tomada de decisão do enfermeiro. De uma forma geral, este conceito é transversal às diversas escolas de pensamento às quais cada um dos diferentes teóricos de enfermagem se filia, sendo consensual que este conceito aborda os processos de avaliação, diagnóstico e intervenção de enfermagem, sem negligenciar a dinâmica de definição e avaliação dos resultados obtidos, e que o conjunto destes processos é denominado por processo de enfermagem (*Idem*).

Outro conceito central proposto por Meleis (2005, 2007, 2012) são as **intervenções de enfermagem**, designadas pela autora por terapêuticas de enfermagem. A autora refere que enquanto o processo de enfermagem visa padrões de avaliação, diagnóstico e intervenção, as terapêuticas de enfermagem dirigem-se para o conteúdo e objetivos das intervenções de enfermagem. A definição proposta identifica uma distinção subtil, mas fundamental, entre terapêuticas e intervenções de enfermagem. A designação das terapêuticas de enfermagem, enquanto um dos conceitos centrais do domínio da enfermagem, está centrada na natureza profunda e substantiva das ações / intervenções realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado (ICN, 2002; Meleis, 2005, 2007, 2012). Por outras palavras, as terapêuticas de enfermagem buscam o sentido e o propósito colocado nas intervenções e atividades de enfermagem (Meleis, 2005, 2007, 2012).

Neste sentido, Meleis (2005, 2007, 2012) defende que o desenvolvimento teórico acerca das terapêuticas de enfermagem deve centrar-se na intenção dos cuidados de enfermagem e nos resultados previstos pelos mesmos, de modo a ajudar o cliente a responder aos desafios que as transições lhes colocam, tendo como horizonte a promoção da saúde.

A **saúde** é também um elemento central da disciplina de enfermagem proposto por Meleis (2005, 2007, 2012). A autora não propôs uma definição para este conceito mas incorporou-o transversalmente em todas as reflexões que empreendeu, relacionando-o com todos os outros conceitos propostos, de forma a clarificar o domínio da enfermagem. Por este motivo integrou este conceito como parte do core da disciplina.

Todos estes conceitos propostos por Meleis (2005, 2007, 2012) estão estreitamente relacionados, assim como as prioridades de investigação que deles resultam e

das relações que criam entre si. Neste sentido, relativamente às prioridades de investigação e ao desenvolvimento teórico de enfermagem neste âmbito, a autora aponta a necessidade de aumentar o conhecimento de enfermagem sobre:

- Os princípios que governam a visão e abordagem dos clientes e que sejam congruentes com os valores e crenças que caracterizam o domínio da enfermagem;
- Os padrões de resposta dos clientes às alterações do ambiente, dos seus papéis e à doença;
- Os padrões de resposta dos clientes às intervenções de enfermagem;
- As estratégias que os enfermeiros utilizam para melhorar o conforto, o bem-estar e o auto controlo dos clientes.

Do ponto de vista das teóricas que abordamos, o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem e o balizamento dos metaparadigmas que enquadram a disciplina promovem a teorização de enfermagem.

A **Teoria de Enfermagem** é definida como uma concetualização de algum aspeto da realidade da enfermagem comunicado com o objetivo de descrever os fenómenos, explicar as relações entre os fenómenos, prever consequências ou prescrever os cuidados de enfermagem (Meleis, 2012). As teorias de enfermagem são reservatórios onde são armazenadas essas conclusões que estão relacionados com os conceitos de enfermagem tais como conforto, cura, recuperação, mobilidade, descanso, cuidar, fadiga e cuidados à família. Eles também são reservatórios de respostas relacionadas com fenómenos de enfermagem significativos, tais como os níveis de cognição após um acidente vascular cerebral, o processo de recuperação, a recusa de um regime de reabilitação para pacientes com enfarte do miocárdio e reinternamentos (*Idem*).

A definição de teoria de enfermagem tem sido algo problemática, como demonstrado pelas muitas alterações na literatura de enfermagem. Muitos conceitos têm sido usados de forma variável com o termo teoria, como a estrutura concetual, modelo conceitual, paradigma, metaparadigma, teorema e perspectiva. O uso múltiplo de conceitos para descrever o mesmo conjunto de relações resultou em mais confusão e talvez em menor uso de teoria de enfermagem (*Ibidem*).

As teorias de enfermagem, enquanto enunciados, permitem ao enfermeiro considerá-las e incorporá-las na sua prática profissional. Constituem-se como instrumentos de trabalho que destacam o conhecimento científico, evidenciando as tendências da intervenção do enfermeiro no processo de saúde/doença e promovendo outras atitudes do

cuidar em enfermagem, lógicas e apropriadas à promoção de qualidades humanas (Tomey e Alligood, 2004).

Relativamente às teorias de enfermagem Meleis (2012) descreve três tipos de teorias, considerando os seus níveis de abstração, nomeadamente: *grand theories*, teorias de médio alcance e teorias de situação específica (ou de curto alcance).

As *grand theories* são construções sistemáticas da natureza da enfermagem, da missão da enfermagem e dos objetivos dos cuidados de enfermagem. São construídas a partir de uma síntese de experiências, observações, perceções e resultados da investigação, refletindo o objetivo mais amplo e descrevendo relações entre um grande número de conceitos abstratos. Apresentam o maior nível de abstração e não se prestam a testes empíricos. As recentes teorizações em enfermagem são consideradas *grand theories*, como por exemplo a teoria de Roger sobre os campos de energia e a teoria sobre realização de objetivos de King (Meleis, 2012).

As teorias de médio alcance são menos abrangentes, têm menor abstração, envolvem fenómenos ou conceitos específicos e refletem a prática. Os fenómenos ou conceitos tendem a cruzar diferentes campos da enfermagem e refletem uma ampla variedade de situações dos cuidados de enfermagem. As teorias de médio alcance prestam-se a testes empíricos, pois os conceitos são mais específicos e podem ser facilmente operacionalizados. São exemplos de teorias de médio alcance a teoria da incerteza de Mishel e a teoria do conforto de Kolcaba (*Idem*).

As teorias específicas de situação, enquanto teorias de curto alcance, concentram-se nos fenómenos de enfermagem específicas que refletem a prática clínica e são limitados a populações específicas ou a um determinado âmbito da prática. Essas teorias são contextualizadas social e historicamente, sendo desenvolvidas para incorporar o tempo ou as estruturas sociais ou políticas, e não para os transcender. O seu alcance e as questões que acionam são, por isso, limitados e englobam o contexto. São exemplos as experiências da menopausa de imigrantes coreanas, experiências vividas por mulheres americanas / asiáticas que tomavam conta dos seus parentes idosos, e modelos de prevenção da infeção por VIH entre adolescentes (*Ibidem*).

Meleis (2012) classifica também as teorias em descritivas ou prescritivas, de acordo com os seus objetivos. As teorias descritivas descrevem a relação entre fenómenos, bem como a relação entre os pacientes e o enfermeiro. Relativamente às teorias

prescritivas, estas descrevem as terapêuticas de enfermagem e as consequências das suas intervenções, como normas de orientação (*Idem*).

Na perspectiva de Meleis (2012), as teorias são estruturas que incluem suposições, conceitos, descrições narrativas, proposições e exemplares. Os componentes estruturais das teorias descritivas e prescritivas são ligeiramente diferentes. Os componentes estruturais das teorias descritivas incluem:

- Condição ou estado do cliente;
- Padrões de resposta às condições, situações ou eventos;
- Análise dos contextos das respostas;
- Análise dos fatores promotores e/ou inibidores dos contextos;

As teorias prescritivas incluem como componentes estruturais:

- Definição da condição ou estado do cliente;
- Terapêuticas ou intervenções de enfermagem;
- Processo de implementação das intervenções de enfermagem;
- Padrões desejados dos *status* a atingir;
- Contexto dos *status* desejados / indesejados e das intervenções de enfermagem (Meleis, 2012).

O objetivo da teoria é formular um conjunto mínimo de generalizações que permitem explicar um número máximo de relações entre as variáveis observáveis num determinado campo de investigação. As teorias definem limites sobre as perguntas a fazer e sobre quais os métodos a utilizar para acalçar as respostas às perguntas (Meleis, 2012).

As relações entre as teorias e a investigação são cíclicas por natureza. Os resultados da investigação podem então ser usados para verificar, modificar, contradizer ou apoiar uma proposição teórica. As teorias de enfermagem têm, por isso, proporcionado aos pesquisadores de enfermagem novas proposições para a investigação em enfermagem que não estariam tão bem articuladas se fossem utilizadas teorias de outras disciplinas (*Idem*).

No passado, a investigação em enfermagem foi mais impulsionada por teorias educacionais, sociológicas e psicológicas, e menos pelo pensamento de enfermagem (*Ibidem*).

De acordo com Meleis (2012), as teorias de enfermagem estimulam os cientistas de enfermagem a explorar respostas significativas no campo da enfermagem como comer, alimentar, monitorização da dor, dormir e descansar. Esta ação permite aumentar o



potencial de desenvolvimento do conhecimento que fortalece as atividades diárias dos pacientes e dos enfermeiros.

A teoria capacita os enfermeiros com a estrutura e os objetivos para a avaliação, diagnóstico e intervenção. Desta forma, os enfermeiros que trabalham integrados em equipas de saúde focam-se sobre os aspetos dos cuidados que são descritos teoricamente para uma avaliação mais eficaz da situação e das condições dos pacientes (Meleis, 2012).

A autonomia e responsabilidade profissional são suportadas pelo uso da teoria na prática. A capacidade de praticar através do uso de princípios científicos possibilita ao enfermeiro a oportunidade de prever com precisão os padrões de respostas que são consequência dos cuidados. Da mesma forma, a articulação de ações, objetivos e consequências das ações capacita os enfermeiros e aumenta a sua responsabilidade (*Idem*).

Em suma, a teoria ajuda a identificar o foco, os meios e os objetivos da prática. Usar teorias comuns melhora a comunicação, aumentando assim a autonomia e a responsabilidade do cuidar. A teoria ajuda os seus seguidores a ganhar controlo sobre os assuntos (Barnum, 1998; Meleis, 2012) e, por sua vez, todos estes promovem o aperfeiçoamento da teoria e melhores relações entre teoria, investigação e prática (Meleis, 2012).

Em conclusão, Meleis (2005, 2007, 2012) refere que a ciência de enfermagem e as suas teorias enfocam o seu estudo nos *padrões das respostas humanas*, perante os desafios ou transições que cada pessoa vivencia. Desta forma, a enfermagem enquanto *ciência do cuidar* fundamenta-se na valorização do conhecimento e dos recursos da pessoa em relação aos fenómenos que as influenciam nas transições que experienciam e, nesse sentido, na partilha de fenómenos entre a pessoa cuidadora e a pessoa cuidada.

Nesta perspetiva, Meleis (2005, 2007, 2012) defende a importância de produzir conhecimento aplicável de enfermagem em áreas como:

- Caracterização das pessoas e das suas necessidades em cuidados;
- Estratégias para melhorar o bem-estar e satisfação dos clientes e proporcionar ganhos em conhecimento às pessoas para lidarem com as suas atividades diárias;
- Métodos e estratégias para melhorar a capacitação das pessoas para cuidarem de si próprias e dos seus familiares, através do uso e otimização dos recursos disponíveis e da mobilização de recursos novos.

Foi com base nos pressupostos que expusemos anteriormente que Meleis et al. (2000; Meleis, 2010) desenvolveram e aperfeiçoaram a sua teoria das transições, enquanto

teoria de médio alcance, assim como algumas teorias de curto alcance para situações específicas, baseadas na sua teoria principal, que desenvolvemos seguidamente.

### **1.1.1. Da Teoria das Transições**

De acordo com Meleis (2010), as mudanças na saúde e doença dos indivíduos criam um processo de transição, e os clientes em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que, por sua vez, podem afetar a sua saúde. A descoberta desses riscos pode ser melhorada através da compreensão do processo de transição.

Enquanto conceito central da enfermagem, a transição foi analisada, os seus componentes identificados e foi definido um quadro para articular e refletir a relação entre esses componentes. A análise concetual das transições foi estendida e refinada, através dos resultados de cinco estudos diferentes que examinaram transições usando uma abordagem integrada para o desenvolvimento da teoria (*Idem*).

A palavra Transição deriva do latim ‘transitio–ōnis’, que significa o ato, efeito ou modo de passar lenta e suavemente de um lugar, estado ou assunto para outro, passagem, fase ou período intermédio num processo evolutivo (Chick e Meleis, 1986; Meleis, 2012).

Na evolução do conhecimento da disciplina de enfermagem desenvolveu-se o conceito de transição, enquanto processo que leva à inclusão das mudanças na forma de viver, com consequente reorientação e redefinição da forma de ser e de estar do indivíduo que a vive (Chick e Meleis, 1986; Bridges, 2004; Kralik et al., 2008; Meleis, 2012).

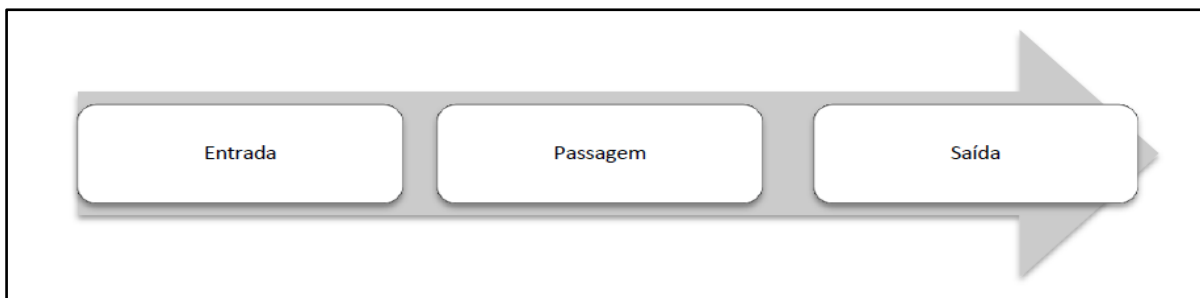
Quando interfere com a saúde, ou quando as respostas à transição são exteriorizadas através de comportamentos relacionados com a saúde, a transição é assumida como área de atenção dos enfermeiros (Chick e Meleis, 1986; Meleis, 2012).

As transições são experiências humanas, representando o conjunto de respostas, ao longo do tempo, influenciadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e perceções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, assim como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis, 2012).

A experiência da transição impõe, desta forma, que cada pessoa integre novos conhecimentos, que mude comportamentos, que redefina os significados relacionados com os eventos e que, consequentemente modifique a definição de si mesmo no contexto social (Chick e Meleis, 1986; Meleis, 2012).

Os autores apontam como características universais da transição o **processo**, a **percepção** e a **rutura** (*disconnectedness*), caracterizando-a como um processo organizado numa determinada sequência e composto por diversas fases, como evidenciamos na Figura 1 (*Idem*).

Figura 1 – O processo de Transição



(Chick e Meleis, 1986; Meleis, 2012; Brito, 2012).

O princípio e o fim do **processo** de transição não são simultâneos, verificando-se uma ideia de movimento que abrange a rutura com a vida tal como era conhecida e as respostas da pessoa ao acontecimento que despoletou a transição (*Ibidem*). Esta conceção define a transição como processo que acontece num tempo, com direção de fluxo e movimento e sem limites claramente definidos (Canaval, 2007; Meleis, 2007, Brito, 2012).

Na perspetiva de Chick & Meleis (1986; Meleis, 2012), a ordem não se altera. Contudo, a duração e o efeito da rutura de cada fase podem alterar-se. A duração da transição é o período de tempo (*time span*) que acontece entre a antecipação, quando possível, da necessidade de mudar e o equilíbrio na nova condição.

A **percepção** está estreitamente relacionada com o significado que a transição assume para quem a vivencia. É influenciada pelo ambiente e pelas características do indivíduo, condiciona as respostas aos eventos e, por esse motivo, os resultados da transição (*Idem*).

A **rutura** (*disconnectedness*) é outra das características elementares da transição, exprimindo a noção de quebra nas relações, nos compromissos ou com o anteriormente definido. De fato, quem vivencia uma transição confronta-se com a rutura com os laços que sustentam e fortificam os sentimentos de segurança no mundo como o conhece. A rutura pode acontecer em vários níveis, designadamente, a perda de pontos de referência habituais, da incongruência entre as expectativas do passado e as percepções do presente; do desencontro entre as necessidades e a disponibilidade; e a acessibilidade a recursos para a sua satisfação (*Ibidem*).

Partindo de uma revisão de estudos de investigação desenvolvidos em torno das transições, Meleis et al. (2000; Meleis, 2010) desenvolveram a Teoria de Médio Alcance das Transições. Esta teoria foi organizada em torno de três conceitos centrais: a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta, que descrevemos seguidamente.

No que concerne à **Natureza das Transições**, estas podem distinguir-se de acordo com o **tipo**, o **padrão** e as **propriedades** (Meleis, 2007, 2010, 2012).

Relativamente ao tipo de transição, esta pode ser de **saúde / doença**, de **desenvolvimento**, **situacional** e **organizacional** (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis, 2010, 2012).

A transição **saúde / doença** relaciona-se com uma modificação abrupta no desempenho de papel que resulta da alteração repentina da situação de saúde, da mudança de um estado saudável para vivenciar uma doença crónica ou o agravamento do estado da condição de saúde (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis, 2010, 2012).

A transição **desenvolvimental** está relacionada com processos de desenvolvimento individual ou familiar. Apontamos como exemplos deste tipo de transição a passagem da infância para a adolescência (que pode trazer potenciais problemas de saúde, nomeadamente abuso de substâncias e gravidez na adolescência) e o envelhecimento (que pode determinar o aparecimento de problemas de saúde relacionados com a identidade, reforma e doenças crónicas) (Canaval, 2007; Meleis, 2007; Brito, 2012).

A transição **situacional** associa-se a acontecimentos que impõem a definição ou a alteração de papéis do cliente (pessoa ou família) (Meleis, 2007, 2010, 2012). São exemplos de transições situacionais a mudança de um papel “não parental” para um papel parental, a alteração do desempenho de papel parental de mãe e pai para monoparental, a perda de um membro da família por morte ou o nascimento de uma criança no seio familiar, e, ainda, a assunção do papel de prestador de cuidados (Brito, 2012).

A transição **organizacional** está relacionada com mudanças no ambiente, incluindo o ambiente social, político e económico, assim como com as alterações na estrutura e dinâmica das organizações (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis, 2007, 2010, 2012).

No que concerne às **Propriedades das Transições**, incluem-se a **consciencialização**, o **envolvimento**, a **mudança** e **diferença**, o **período de tempo** e os **eventos críticos** (Meleis et al., 2000; Meleis, 2012).

A **consciencialização** evidencia-se como uma propriedade chave de todo o processo, porque está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. O grau de concordância entre o conhecimento do processo, das respostas e das percepções da pessoa para lidar com transições similares traduz o nível de consciencialização (Meleis et al., 2000; Meleis, 2012).

A pessoa precisa reconhecer o fim da vivência passada e a ameaça da realidade atual, como resposta a eventos de rutura nos relacionamentos e na vida diária. Neste sentido, Bridges (2004; Meleis, 2012) defende o caráter imperativo da consciencialização da mudança para que a transição se inicie. Nesta ótica, o autor refere que o processo consciencialização implica o reconhecimento da mudança e da sua dimensão.

As dimensões a explorar, neste âmbito, envolvem a natureza, a duração e direção da mudança, a percepção da sua importância e severidade, e o seu impacto na vida pessoal, familiar e social (Meleis et al., 2000; Meleis, 2012).

A relação entre a consciencialização da realidade e o início da transição não é consensual entre autores. O motivo da discórdia reside na dúvida sobre se a pessoa que não consciencializa a transição estará efetivamente a vivenciá-la (*Idem*).

Na perspetiva de Chick e Meleis (1986; Meleis, 2012), a consciencialização das mudanças atuais é fundamental para se considerar o início de uma transição. Por outro lado, Meleis et al. (2000; Meleis, 2012) defendem precisamente o oposto, propondo que a não consciencialização das mudanças não significa que não se tenha iniciado a transição.

Este conflito concetual remete a reflexão para a possibilidade de a consciencialização da necessidade da transição poder ser antecipada pelo enfermeiro, antes do cliente tomar consciência dessa necessidade de se ajustar à nova condição. Surge, por isso, a questão se, no cuidar em enfermagem, a antecipação da percepção, do conhecimento e do reconhecimento das mudanças para iniciar a transição parte do cliente e/ou do enfermeiro (Brito, 2012).

Esta questão tem promovido o desenvolvimento de investigação no âmbito dos processos de transição, designadamente, sobre a avaliação do nível de consciencialização face às mudanças e diferenças impostas pelos episódios causadores da transição, e identificação das terapêuticas de enfermagem mais adequadas para a sua promoção (*Idem*).

O conceito de **envolvimento** exprime a noção de participação ativa e empenhada no processo de transição. Assim, entende-se por envolvimento o grau de implicação da pessoa nos processos intrínsecos à transição, podendo desencadear-se devido a

circunstâncias fora do controlo do indivíduo, envolver mais do que uma pessoa e ser condicionado pelo contexto e pela situação (Chick e Meleis, 1986; Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis, 2012).

O grau de envolvimento é condicionado pelo nível de consciencialização, ficando este comprometido se não houver consciencialização, porque ninguém se envolve em algo que para si não existe (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Outros fatores que influenciam o nível de envolvimento são a condição de saúde da pessoa, os recursos disponíveis e o suporte social. Como exemplos de envolvimento no processo de transição evidenciam-se a procura de informação ou de recursos, a preparação prévia para enfrentar o evento e a adaptação pró-ativa para o autocuidado, aprendendo novos modos de viver e de ser (*Idem*).

A **mudança** resulta em transições e esta resulta em mudanças, pelo que a mudança e a diferença evidenciam-se como propriedades fundamentais da transição (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Durante a transição, a pessoa pode vivenciar mudanças significativas em si própria, no seu ambiente e no modo como percebe as mudanças e a transição (Canaval, 2007; Meleis, 2007; Brito, 2012).

Enquanto propriedade da transição, a mudança engloba diversas dimensões, nomeadamente a natureza, a temporalidade, a importância compreendida da gravidade da situação e as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais. A exploração da natureza da mudança suporta-se nas questões sobre o impacto de uma alteração da condição de saúde física ou mental, na condição social ou económica, na autoimagem, nas expectativas ou na rede de suporte. No que concerne à temporalidade é importante compreender quando a pessoa ou família identificam a necessidade de mudança (Brito, 2012).

Relativamente às normas e expectativas da pessoa e família, releva-se a importância de apurar o quanto a mudança estava prevista e compará-las com as normas e as expectativas da sociedade. A diferença revela-se quando se compara a realidade com as expectativas. A pessoa pode sentir-se diferente, pode ser visto de forma diferente ou ela própria ver o mundo e os outros de forma diferente. Neste sentido, as mudanças de comportamento e de perceções são desencadeadas pela diferença percebida. (*Idem*).

Desta forma, no sentido de ajudar no processo de transição, o enfermeiro avalia o grau de conforto com a situação, o impacto da mudança e da diferença no bem-estar da pessoa e a sua capacidade para gerir essas mudanças e diferenças (*Ibidem*).

O **período de tempo** decorrido é um aspeto fundamental na transição (Chick e Meleis, 1986; Meleis, 2010). O processo de adaptação à nova forma de ser e estar precisa

de um tempo específico, o qual decorre desde a rutura com os hábitos e rotinas anteriores e a vivência atual das alterações intrínsecas à transição e ao ajuste à nova condição, em que se atinge um novo ponto de equilíbrio (Kralik 2008; Meleis).

O nascimento, a menopausa ou o diagnóstico de uma doença são alguns exemplos transições associadas a eventos. Podem também acontecer outros tipos de transições sem que os eventos relacionados sejam tão óbvios (Meleis, 2010).

Nos processos de transição identificam-se pontos ou eventos de viragem, períodos durante os quais, tendo em consideração a natureza da transição, podem verificar-se pontos críticos caracterizados pela instabilidade, incerteza e rutura com o real (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Os **eventos e pontos críticos** influenciam o desenrolar da transição pois afetam a rapidez do processo, da consciencialização e do envolvimento. Durante a evolução do processo o enfermeiro deve ser capaz de identificar os pontos e eventos críticos potencialmente relacionados com a ocorrência de incómodo, maior vulnerabilidade, maior consciencialização da mudança e diferença, envolvimento mais ativo ou procura de mais informação. Nos processos de transição podem também identificar-se pontos críticos de fim, originalmente denominados “*final critical points*”, quando estes significam a estabilização de novas rotinas, competências, estilo de vida e atividades de autocuidado (*Idem*).

Neste sentido, o reconhecimento e descrição dos eventos e pontos críticos são etapas imprescindíveis para o planeamento e implementação das terapêuticas de enfermagem, para que o enfermeiro possa apoiar a pessoa durante o processo de transição (Meleis, 2010).

A gestão da transição é influenciada por diversos componentes do processo, do período de tempo e da perceção individual da vivência, que representam as **condições facilitadoras e inibidoras**. Efetivamente, a pessoa concede diferentes significados às situações de saúde e doença, considerando os seus próprios valores, crenças e desejos que distinguem o seu projeto de saúde (Meleis et al. 2000; OE, 2001). Desta forma se explica como os significados e as perceções são influenciados e influenciam o percurso da transição (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Importa, por isso, determinar as condições pessoais, da comunidade e da sociedade, que facilitam ou dificultam uma transição saudável, para melhor compreender as experiências da pessoa ao longo da transição (*Idem*).

As condições pessoais abrangem os seguintes aspectos: significados, crenças e atitudes culturais, estatuto socioeconômico, nível de preparação e nível de conhecimento / habilidade (*Ibidem*).

O significado está relacionado com a percepção e representa o valor ou a importância atribuídos a alguma coisa. O significado dado a algo constrói-se a partir da representação que cada pessoa faz da sua realidade envolvente, apreendida através da sua percepção (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

A atitude representa a predisposição da pessoa para responder ou atuar de uma forma característica sobre o que o meio envolvente, ou seja, como que uma predisposição ou tendência característica do comportamento. Distingue-se em atitude cognitiva, afetiva e comportamental. A cognitiva relaciona-se com o desenvolvimento de crenças sobre a sua realidade, sendo construída a partir da informação observada. A afetiva abrange os sentimentos positivos ou negativos relativamente a um qualquer objeto ou situação. A comportamental diz respeito aos comportamentos verbais que demonstram a predileção e a repulsa (Kendler, 1985; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

As crenças resultam da educação, da cultura, do ambiente, das pessoas significativas e das experiências, quer sejam positivas ou negativas, influenciando a forma como cada pessoa lida com a transição. (*Idem*).

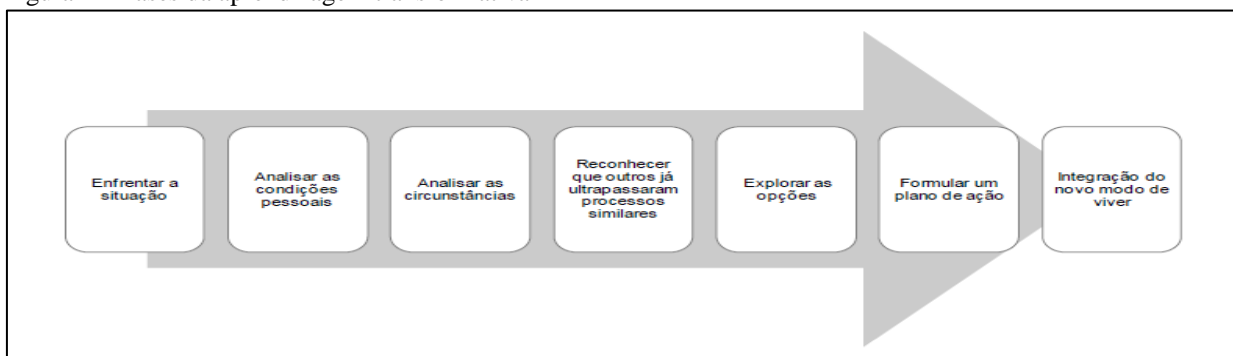
Independentemente do tipo de transição, a reconstrução de papéis é um elemento crítico, influenciado pela rutura com as rotinas diárias e os hábitos de vida conhecidos. A reformulação da identidade inclui os conhecimentos para tomar decisões e as habilidades para lidar com a nova condição, que se traduzem na capacitação para lidar com as novas situações (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

A preparação antecipada constitui-se como um fator facilitador e, inversamente, a falta de preparação constitui-se como um fator inibidor da transição. Desta forma, evidencia-se a importância de reconhecer antecipadamente o que se espera durante uma transição, assim como as estratégias essenciais para lidar com as mudanças, sendo este reconhecimento potenciador de uma transição saudável (*Idem*).

O conhecimento facilita a construção de significados, pelo que o processo de aprendizagem é uma parte importante da transição (Mezirow, 2000; Meleis, 2010). Os autores definiram um conjunto de fases que as pessoas precisam passar ao longo do processo de aprendizagem, como ilustramos na Figura 3 (Mezirow, 2000; Meleis, 2010; Brito, 2012).



Figura 2 – Fases da aprendizagem transformativa



(Mezirow, 2000; Meleis, 2010; Brito, 2012).

Os recursos da comunidade constituem-se também como condições facilitadoras ou inibidoras da transição. Quanto melhor for a organização, preparação e acessibilidade aos recursos disponíveis, maior a probabilidade de ocorrer uma transição saudável (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

As pessoas em transição evidenciam respostas similares ao longo da transição, excetuando as diferenças individuais, pelo que se pode falar em **padrões de resposta**. A monitorização destes pode ser realizada através de indicadores que traduzam, entre outros aspetos, o nível de conhecimentos e o nível de desempenho necessários para enfrentar as novas situações e contextos, assim como o impacto de um evento na saúde. Os resultados da monitorização traduzem o desenvolvimento da transição (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

As transições podem classificar-se em saudáveis ou não saudáveis. A transição não saudável, ou ineficaz, caracteriza-se pelo défice no desempenho de papel, ou seja, pela dificuldade na compreensão e / ou desempenho de um papel, ou nos sentimentos e objetivos associados ao comportamento, tal como a própria pessoa ou as pessoas significativas o percecionam (*Idem*).

A transição saudável caracteriza-se pela observância de mestria nos comportamentos e nos sentimentos relacionados com o novo papel e identidade. Numa transição saudável os sentimentos de stresse iniciais dão lugar a sentimentos de bem-estar. A mestria representa, assim, a capacitação para lidar com a nova condição de forma adequada e eficaz (*Ibidem*).

Meleis et al. (2000; Meleis, 2010) descrevem como indicadores de sucesso da transição: o bem-estar emocional, as relações interpessoais e a mestria. Noutra perspetiva, Meleis e Trangenstein (1994; Meleis, 2010, 2012) descrevem também como indicadores de uma transição saudável: a adaptação, a qualidade de vida, a capacidade funcional, a auto-

atualização, o maior nível de consciencialização, energia disponível e a transformação pessoal.

O reconhecimento do fim da transição é assinalado, por um lado, pelo nível de mestria evidenciado nas competências e nos comportamentos adquiridos para lidar com a situação e, por outro lado, pela própria percepção de satisfação com o equilíbrio atingido (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Os indicadores correspondem às respostas das pessoas ao longo da transição e podem distinguir-se em indicadores de processo ou de resultado (Brito, 2012).

Os **indicadores de processo** representam aspetos que possibilitam a caracterização das respostas à transição e do seu desenvolvimento. Tendo em consideração a natureza da transição, é imprescindível avaliar e definir as dimensões relacionadas com a sua evolução, de forma a obter dados comparáveis com os resultados esperados ao longo do tempo (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010, 2012). Na teoria das transições de Meleis são considerados indicadores de processo: o sentir-se ligado, o interagir, o sentir-se situado e o desenvolver confiança e coping (*Idem*).

Os indicadores representam parâmetros que medem a diferença entre um estado atual e um estado que se espera atingir. Especificamente, os **indicadores de resultado** identificam os resultados esperados, permitindo, por um lado, identificar o final da transição e, por outro, avaliar a evolução do desenvolvimento de competências, em comparação com os resultados finais esperados. Os indicadores de resultado podem classificar-se em patamares intermédios, ao longo do tempo, possibilitando a avaliação, faseada e final, dos ganhos em saúde (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010, 2012).

De acordo com Meleis et al. (2000; Meleis, 2010, 2012) identificam-se dois indicadores de resultado: a mestria e uma nova identidade. Neste sentido evidencia-se a importância de desenvolver competências para gerir a nova condição e desenvolver novos padrões de pensamento e ação face à situação atual.

O término de uma transição dá-se quando a pessoa evidencia domínio dos conhecimentos, habilidades e comportamentos fundamentais para gerir as suas novas circunstâncias (Canaval, 2007; Meleis, 2007; Brito, 2012). O desempenho de papel com estas características é designado de **mestria** (Brito, 2012).

A **mestria** é desenvolvida ao longo do processo de transição através da integração de capacidades, da reformulação das relações com as novas capacidades e dos novos equilíbrios nas relações (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010, 2012).

A vivência de uma transição origina uma reformulação da identidade, como que uma reorganização que a pessoa faz da realidade social. A reformulação da identidade advém de um processo de integração, que se caracteriza pela aquisição do equilíbrio entre a pessoa e o contexto e pela reorganização dos papéis antigos e novos (Chick e Meleis, 1986; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010, 2012).

Na gestão das mudanças e diferenças a pessoa precisa de reestruturar a sua forma de viver, integrando novas formas de ser e de estar na sua identidade, sendo este um processo dinâmico e fluido (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010, 2012).

Saber as respostas reais e potenciais à transição, possibilita a valorização do conhecimento demonstrado pela pessoa que a está a vivenciar, nomeadamente no que concerne aos seus próprios recursos e à forma como conseguirá gerir as situações críticas que possam despontar ao longo do processo (*Idem*)

O final de uma transição, que seja saudável, manifesta-se, assim, pela mestria no desempenho dos papéis, evidenciando-se a capacidade de integrar de forma fluida e dinâmica as novas circunstâncias e condições na sua identidade (*Ibidem*).

As **terapêuticas de enfermagem** são ações implementadas propositadamente para cuidar das pessoas, abrangendo o conteúdo das próprias intervenções e dos objetivos de enfermagem (Meleis, 2007, 2010, 2012). Podem apresentar diversos propósitos, estando centradas em três eixos de ação: promoção, prevenção e intervenção, relacionados com o desempenho de papéis (*Idem*). O desempenho de um papel surge através da interação e forma-se a partir das respostas, das interpretações e das interações com os outros. Assim, no desenvolvimento de um novo papel é pertinente partilhar, observar e treinar a pessoa tendo como referência os modelos que existem (*Ibidem*).

O desempenho de um papel, ou *role supplementation*, como descrito por Meleis (2007, 2007, 2012), evidencia-se como o componente de maior relevância das terapêuticas de enfermagem face à necessidade em cuidados que resulta da ineficácia no desempenho do papel, potencial ou real. O *role supplementation* tem, assim, como finalidade ajudar a adaptação à nova condição, através do ensino, instrução e treino de novas competências, sendo que a integração dos novos conhecimentos e capacidades é fundamental para desempenhar o novo papel.

Pode desencadear-se insuficiência no desempenho do papel se ocorrerem perturbações no processo de integração do novo papel. Esta caracteriza-se por comportamentos e sentimentos de incapacidade para dar resposta efetiva às obrigações e às

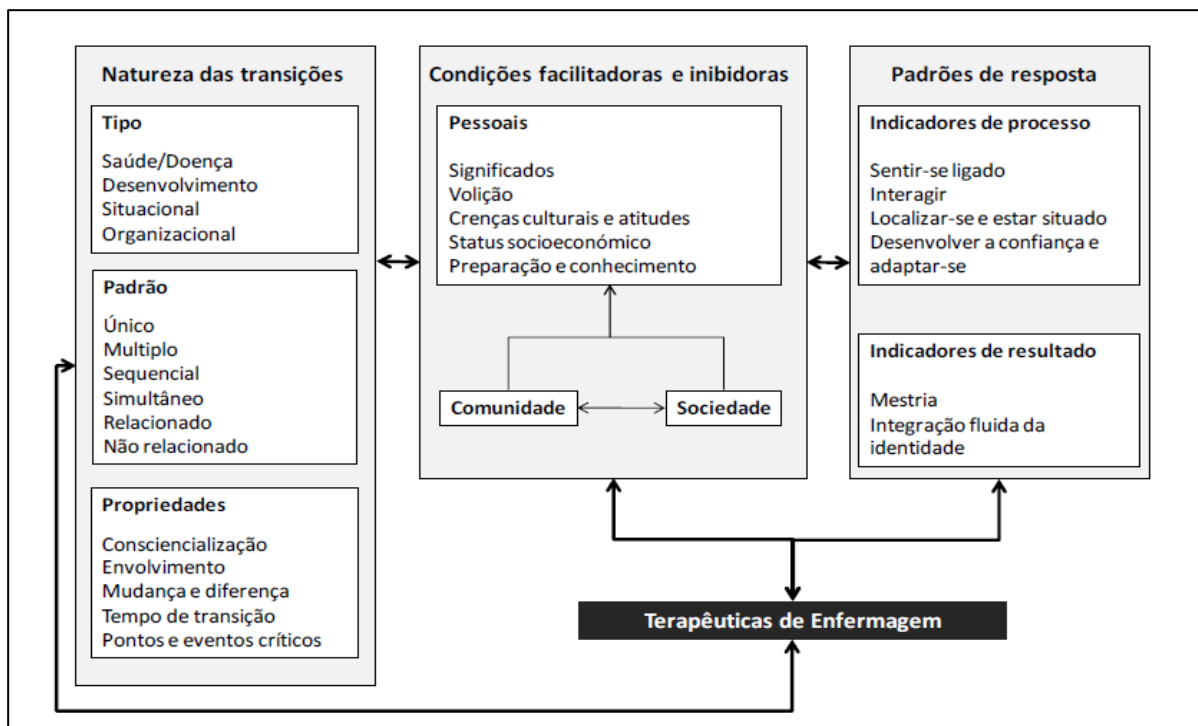
expectativas relacionadas com os novos papéis, ao longo da transição. Pode acontecer devido a um défice de compreensão do que se espera da pessoa, a um défice de conhecimento do seu papel ou à interpretação errada das recomendações sobre o esperado (*Idem*).

A ocorrência de insuficiência do papel exige correção. Nesta terapêutica de enfermagem identificam-se componentes, estratégias e processo, donde, respetivamente, enquanto componentes se evidenciam a clarificação do papel (*role clarification*) e o *role taking*, enquanto estratégias evidenciam-se o treino do papel (*role rehearsal*) em ambiente seguro e a modelagem do papel (*role modeling*), e enquanto processo evidencia-se a comunicação que possibilita a ocorrência de todas as estratégias (*Ibidem*).

Em conclusão, a vivência de transições alude tanto ao processo como ao resultado da complexidade das interações da pessoa com o ambiente.

Na abordagem das transições, o enfermeiro deve reconhecer e caracterizar a sua natureza, as condições que a facilitam e inibem, e os padrões de resposta (*Idem*), como procuramos esquematizar pela Figura 4 (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Brito, 2012).

Figura 3 – Experienciar transições: uma teoria de médio alcance



(Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Brito, 2012).

A aplicação desta teoria na descrição das necessidades em matéria de cuidados de enfermagem auxilia a identificação de padrões, das respostas, dos significados, das

propriedades, dos contextos e dos resultados, com o objetivo de planejar e executar cuidados de enfermagem competentes (Brito, 2012). Neste sentido, o enfermeiro deve promover a simplificação da transição e colaborar para a manutenção e / ou para a promoção de melhores níveis de saúde (Meleis, 2007, 2010, 2012). Assim, na promoção da evolução do conhecimento relacionado com as terapêuticas de enfermagem, o enfermeiro deve ter em consideração a sua dimensão temporal, os padrões, o tipo de transição e o momento mais adequado para a sua concretização (*Idem*).

O estudo das transições é do interesse de outras disciplinas, contudo, apenas a enfermagem as estuda numa lógica multidimensional bio-psico-socio-cultural. Nesse sentido, importa desenvolver o conhecimento da disciplina no âmbito das terapêuticas de enfermagem promotoras de transições saudáveis, que possibilitem, simultaneamente: elevar a consciencialização e o envolvimento durante as transições; promover a preparação antecipatória e facilitar a aquisição de conhecimentos e capacidades; reconhecer os significados, as crenças e as atitudes pessoais e sociais relacionadas com transições; identificar pontos e acontecimentos críticos chave (*Ibidem*).

Relativamente às prioridades de desenvolvimento teórico no âmbito das transições, Meleis (2010, 2012) acrescenta a impreteribilidade de desenvolver trabalhos orientados para:

- A compreensão da diversidade e complexidade das experiências de transição;
- A compreensão dos níveis de vulnerabilidade experimentados durante as transições;
- A relação entre a natureza das transições e os eventos que as desencadeiam;
- O desenvolvimento de guias orientadores que melhorem a perceção de bem-estar e autocontrolo nas transições;
- A influência dos recursos comunitários e dos valores culturais sobre a forma como as transições são vividas e os resultados são obtidos;
- O desenvolvimento e refinamento dos indicadores associados aos padrões de resposta às transições.

A teorização descrita constitui-se como um ponto de partida, de uma perspetiva mais ampla, para a exploração dos conceitos mais específicos relacionados com a problemática dos sistemas de informação, do desenvolvimento dos resumos mínimos de dados de enfermagem e, ainda, da reflexão das competências do Especialista e do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Após o desenvolvimento do enquadramento concetual de enfermagem de suporte aos projetos desenvolvidos, evoluímos para o enquadramento dos padrões de qualidade, determinantes para a regulação e observância da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

## 1.2. DOS PADRÕES DE QUALIDADE

Uma das competências da OE consiste em definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, configurando-se esta competência como um enorme desafio, quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

De acordo com o estatuto da OE (Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro) compete ao Conselho de Enfermagem definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, competindo respetivamente aos Colégios de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente (*Idem*).

Da efetivação das competências sobressai o papel conceptual intrínseco à definição dos padrões de qualidade e o papel de acompanhamento da prática, de forma a promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade. Por outro lado, compete às instituições de saúde criar as estruturas e adequar os recursos que promovam o exercício profissional de enfermagem de qualidade. Concretamente, as instituições de saúde devem desenvolver esforços para criar condições e promover um ambiente propício ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros (*Ibidem*).

O enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem identifica quatro conceitos metaparadigmáticos, já descritos antes, nomeadamente **Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem**, a partir dos quais emergiram os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

Os cuidados de enfermagem visam a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa. Desta forma, o enfermeiro pretende, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, proporcionar a satisfação das

necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, possibilitar a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, muitas vezes através de processos de aprendizagem da pessoa. Relativamente à gestão dos recursos de saúde, o enfermeiro desempenha um papel de *pivô*, promovendo a capacitação da pessoa para gerir os recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (*Idem*).

Noutra perspetiva, pela análise do enquadramento conceptual dos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem, o foco de atenção do enfermeiro no exercício da profissão é o suporte às respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza a produção de um processo de cuidados em parceria com a pessoa/alvo dos cuidados, sendo o processo de intervenção baseado na relação interpessoal. Neste ponto de vista, a enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como às transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida (OE, 2009b).

Relativamente às **intervenções de enfermagem** a sua otimização depende de tomar toda a unidade familiar por alvo do processo de cuidados, designadamente quando as intervenções de enfermagem objetivam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (OE, 2001).

O enfermeiro exerce a profissão num contexto de atuação multiprofissional. Desta forma, diferenciam-se dois tipos de intervenções de enfermagem, nomeadamente as iniciadas por outros técnicos da equipa (**intervenções interdependentes**), como sejam as prescrições médicas, e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (**intervenções autónomas**). No que concerne às intervenções interdependentes, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação, sendo que no caso das intervenções autónomas é responsável pela sua prescrição e implementação técnica (OE, 2001).

Relativamente à **tomada de decisão** que orienta o seu exercício profissional autónomo, o enfermeiro utiliza uma abordagem sistémica e sistemática, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa ou do grupo (família e comunidade) e implementando as intervenções de enfermagem adequadas para a prevenção riscos, deteção precoce de problemas potenciais e resolução ou minimização dos problemas reais identificados (*Idem*).

O enfermeiro deve incorporar na sua prática os resultados da investigação, no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das

intervenções. No que respeita às atitudes que determinam o seu exercício profissional, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões, assim como todos os demais previstos no código deontológico, são os que contribuem para uma boa prática de enfermagem (*Ibidem*).

Nesta ótica, os enfermeiros reconhecem que a qualidade dos cuidados significa coisas diferentes para diferentes pessoas, pelo que, o seu exercício profissional demanda sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (OE, 2001).

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros têm como objetivo esclarecer a natureza da profissão de enfermagem e englobar os diferentes aspetos do seu mandato social. Neste sentido, a OE pretende que estes se constituam num importante instrumento de apoio na determinação do papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos (*Idem*).

Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definem que o enfermeiro, independentemente do contexto em que presta cuidados, norteia a sua prática pelos padrões de qualidade, designadamente, no que diz respeito **à satisfação do cliente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e o autocuidado, à readaptação funcional e à organização dos cuidados de enfermagem** (*Ibidem*).

Assim se determina que o enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional, relativamente:

- **À satisfação do cliente** – Persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, sendo elementos importantes da sua satisfação, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros:
  - O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
  - A procura constante da empatia nas interações com o cliente;
  - O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
  - O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;



- O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde (OE, 2001).
- **À promoção da saúde** – Ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, sendo elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros:
  - A identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade;
  - A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
  - A promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento;
  - O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente (OE, 2001).
- **À prevenção de complicações** – Previne complicações para a saúde dos clientes, sendo elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros:
  - A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;
  - A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;
  - O rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem;
  - A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde;
  - A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
  - A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega (OE, 2001).
- **O bem-estar e o autocuidado** – Maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente, sendo elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado, entre outros:

- A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;
  - A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados;
  - O rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem;
  - A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde;
  - A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
  - A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega (OE, 2001).
- **À readaptação funcional** – Conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, sendo elementos importantes face à readaptação funcional, entre outros:
- A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;
  - O planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;
  - O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;
  - A otimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito;
  - O ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional (OE, 2001).
- **À organização dos cuidados de enfermagem** – Contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, sendo elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros:
- A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
  - A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;

- A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;
- A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- O número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (OE, 2001).

Tendo em consideração a definição de enfermeiro especialista presente no REPE, que é descrito como tendo “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua Especialidade” (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril), de forma semelhante os enunciados descritivos dos padrões de qualidade cuidados especializados evoluem a partir dos padrões da qualidade dos cuidados gerais.

O enquadramento concetual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais (OE, 2001) constitui-se como uma base de trabalho da qual emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional do **enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica**.

Evidenciam-se os seguintes elementos do enquadramento concetual dos cuidados especializados à pessoa em situação crítica:

- **A pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica** – definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, Regulamento n.º 124/2011; OE, 2011b).
- **Situação de catástrofe ou emergência multi-vítima** – em que a catástrofe é definida, como um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho). A Emergência é definida como a situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe origina a perda de saúde,

brusca e violenta e que afetando-lhe, ou podendo potencialmente afetar-lhe, algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida (Leiva, 2005; cit. por Andrade, 2010; OE, 2011b). A Emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente alto para condicionar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com a intenção de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, otimizando o uso dos recursos disponíveis (OE, 2011b).

- **Prevenção e controlo da infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica** – A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. (DGS, 2008; OE, 2011b). A IACS, não sendo um problema novo, reveste-se de particular relevância na pessoa em situação crítica. A maior disponibilidade de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas contribui para o aumento da esperança de vida, do número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, aumentando também o risco de infeção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis (DGS, 2007; OE 2011b).

- **Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica** – Estes são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se, em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas” (OE, 2011b)

Na sua proposta para os padrões de qualidade dos cuidados especializados à pessoa em situação crítica, a OE (2011b, p.4) evidencia a frequência crescente de doenças com início súbito e as crónicas que agudizam, o aumento e a complexidade dos acidentes,

o aumento da violência urbana e das catástrofes naturais, nos quais a falência ou risco de falência de funções vitais podem ser fatais se não forem implementadas, atempadamente, medidas de suporte de vida, exigem um corpo de profissionais de enfermagem qualificados para incorporar equipas de atendimento em contextos intra e extra hospitalar à pessoa/família em situação crítica.

Simultaneamente, tendo em conta a diversidade dos problemas de saúde cada vez mais complexos e, também, uma exigência crescente da qualidade assistencial na saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica assume, em função das suas competências, um papel primordial na implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português. Neste sentido, Os enfermeiros especialista em pessoa em situação crítica (atualmente Médico-Cirúrgica) são reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica (OE, 2011b).

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros têm como objetivo esclarecer a natureza e abarcar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem (*Idem*). Relativamente aos enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, estes descrevem sete categorias relativamente: **à satisfação do cliente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e auto cuidado, à readaptação funcional, à organização dos cuidados e à prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados** (*Ibidem*). Comparativamente com os enunciados dos cuidados de enfermagem gerais acresce a última categoria mencionada, assim como as competências especializadas específicas em cada uma das restantes categorias supracitadas.

Assim, relativamente a cada uma das categorias de enunciados descritivos assumem-se, como elementos importantes dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, acrescidos aos dos cuidados gerais, os seguintes:

- **À satisfação do cliente** – Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, sendo elementos importantes da satisfação da pessoa em situação crítica, relacionada com os cuidados de enfermagem especializados, entre outros:

- “5 - o empenho do enfermeiro especialista, tendo em vista minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde;
  - 6 - a intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica;
  - 7 - a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica;
  - 8 - a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica” (OE, 2011b, p.5).
- **À promoção da saúde** – Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista promove a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, sendo elementos importantes face à promoção da saúde da pessoa em situação crítica, entre outros:
    - “3 - a promoção do potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
    - 4 - o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa em situação crítica;
    - 5 - a avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica” (OE, 2011b, p.5).
  - **À prevenção de complicações** – Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, sendo elementos importantes face a prevenção de complicações na pessoa em situação crítica, entre outros:
    - “1 - a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;
    - 2 - a prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados;
    - 3 - o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas;

- 4 - a referenciação das situações problemáticas identificadas, para outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica;
  - 5 - a referenciação para outros enfermeiros especialistas de acordo com área de intervenção e perfil de competências de cada especialidade;
  - 6 - a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro especialista;
  - 7 - a responsabilização do enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega;
  - 8 - a correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade;
  - 9 - a apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida;
  - 10 - a gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2011b, p.6).
- **O bem-estar e o auto cuidado** – Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente, sendo elementos importantes face ao bem-estar e auto cuidado da pessoa em situação crítica, entre outros:
- “3 - o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas;
  - 4 - a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica;
  - 5 - a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro especialista;
  - 6 - a responsabilização do enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega;
  - 7 - a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos - medidas farmacológicas e não farmacológicas - para alívio da dor;
  - 8 - a gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família;
  - 9 - a gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação crítica;

- 10 - a utilização de habilidades de relação de ajuda facilitadoras dos processos de luto e morte digna” (OE, 2011b, p.6).
- **À readaptação funcional** – Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, sendo elementos importantes face à readaptação funcional da pessoa em situação crítica, entre outros:
  - “1 - a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem especializados;
  - 2 - o planeamento da alta da pessoa em situação crítica internada em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;
  - 5 - o ensino, a instrução e o treino da pessoa em situação crítica sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional;
  - 6 - a divulgação dos recursos da comunidade para complementar a readaptação funcional da pessoa em situação crítica” (OE, 2011b, p.7).
- **À organização dos cuidados especializados** – Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, sendo elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem especializados, entre outros:
  - “1 - a existência de um quadro de referências para o exercício profissional do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica;
  - 2 - a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado;
  - 3 - a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica;
  - 4 - a satisfação dos enfermeiros especialistas relativamente à qualidade do exercício profissional;
  - 5 - a dotação de enfermeiros especialistas face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica;



- 6 - a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada;
  - 7 - a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade;
  - 8 - a revisão de guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica;
  - 9 - a existência de um sistema de triagem promotor do atendimento sustentado em prioridades clínicas;
  - 10 - a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade, tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima” (OE, 2011b, p.8).
- **À prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados** – Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção, sendo elementos importantes face à prevenção e controlo da infeção, entre outros:
- “1 - a participação na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção atualizado com base na evidência científica;
  - 2 - a participação na definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção a implementar no serviço/unidade;
  - 3 - a liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infeção nomeadamente no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos, requeridos na prevenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica;
  - 4 - a capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo da infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica” (OE, 2011b, p.9).

O enquadramento concetual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais (OE, 2001) constitui-se como uma base de trabalho da qual também emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional do **enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa**, apresentados sob a forma de Proposta de Projeto de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2013), e que foram

aprovados integralmente na assembleia do colégio da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 25 de Janeiro de 2014.

Nestes, além dos metaparadigmas Saúde, Pessoa e Ambiente, que transitam integralmente do enquadramento concetual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais, evidenciam-se os seguintes elementos do enquadramento concetual destes cuidados especializados:

- **Cuidados Paliativos** – Enquanto abordagem que visa melhorar a qualidade de vida da pessoa e família, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas físicos (como a dor), psicossociais e espirituais (OMS, 2002; cit. por OE, 2013). Estão centrados na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio às pessoas e às suas famílias, sempre que associado a doença grave e/ou incurável, em fase avançada e progressiva, devendo haver respeito pela autonomia, vontade, individualidade, dignidade da pessoa e inviolabilidade da vida humana (OE, 2013).

- **Situação Paliativa** – Os Cuidados Paliativos devem integrar-se de forma tão precocemente possível em articulação com os outros serviços e níveis de assistência, devendo a perspectiva curativa e a perspectiva paliativa ser sincrónicas e complementares ao longo do processo de doença crónica, e não apenas nas últimas semana e dias de vida. Os seus pilares fundamentais assentam no controlo da dor e de todos os sintomas; no suporte psicológico, emocional e espiritual, através de uma comunicação eficaz e terapêutica; no cuidado à família, devendo esta ser incorporada nos cuidados prestados e, por sua vez, ser ela própria, objeto de cuidados, quer durante na vivência da doença, quer durante o luto; e, ainda, no trabalho em equipa, onde todos se focam na mesma missão e objetivos. Significam uma filosofia centrada na pessoa doente e não na doença, que aceita a morte como uma etapa da vida, sempre que o tratamento curativo falha nos seus objetivos (OE, 2013).

O conceito de pessoa em fim de vida ou terminal abrange uma série de critérios que o caracterizam, nomeadamente: a existência de uma doença incurável, avançada e terminal; a pouca ou nenhuma possibilidade de resposta ao tratamento ativo, específico para a patologia de base; a possibilidade do uso, em certas circunstâncias, de recursos específicos pelo seu contributo benéfico sobre a qualidade de vida; a existência de problemas, sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais; a presença de um grande impacto

emocional na pessoa, família, amigos e equipa de saúde, relativamente ao sofrimento e ao processo de morte; a evidência de evolução no sentido da degradação progressiva e falência multiorgânica; a evidência de um prognóstico de vida limitado (mais ou menos 6 meses, ou raramente anos) (Gómez Sancho, 1999; Gonzalez Barón, 1996; SECPAL, 1999; cit. por OE, 2013).

Apresenta-se como uma situação particular de saúde, de imensa instabilidade como outras fases de transição do ciclo de vida, mas com a particularidade de se referir ao seu fim. Os resultados terapêuticos desejados nesta fase são, prioritariamente, estabelecidos na busca de conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, estando toda a ação terapêutica centrada nas necessidades individuais identificadas pela pessoa doente e pelos seus familiares. A intenção terapêutica não é a cura ou a recuperação, mas sim conferir dignidade, aceitação dos limites e da morte com a maior tranquilidade e serenidade possíveis, permitindo despedir-se em paz, consigo própria e com os outros (Doyle, Hanks & Macdonald, 1998; Twycross, 2000, 2003; Ferrel & Coyle, 2006; cit. por OE, 2013).

- **Situação Crónica** – O aumento da esperança média de vida leva ao aumento da incidência de doenças crónicas incapacitantes, de evolução prolongada. Estas carregam uma complexidade que ultrapassa a vertente curativa da assistência dos cuidados de saúde e retrata, inevitavelmente, um problema de grande impacto social e de máxima importância em termos de Saúde Pública (OE, 2013).

A doença crónica não é apenas uma entidade nosológica em si, consiste num termo inclusivo de doenças prolongadas, frequentemente relacionadas com um grau variável de incapacidade, de longa duração e, usualmente, de progressão lenta (*Idem*).

Todas as doenças são únicas e apresentam um impacto diferente em cada pessoa, onde desencadeiam um núcleo comum de problemas e complicações. Estendem-se no tempo (mais de 3 meses), geram incapacidades ou deficiências residuais e envolvem a necessidade de adaptação a vários níveis (físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual). As recomendações ao nível dos estilos de vida, da promoção de processos de adaptação, da adesão ao regime terapêutico, são aspetos centrais na intervenção do enfermeiro, na capacitação da pessoa para a vivência de uma situação de doença crónica, assim como para a reconfiguração do seu projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na sua autonomia (*Ibidem*).

- **Família** – Constitui-se como um grupo de seres humanos vistos enquanto unidade social ou como um todo coletivo, composto por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, abrangendo pessoas que são importantes para a pessoa doente (CIPE, versão 1.0; OE, 2013).

- **Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa** – “São cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com doença crónica avançada ou em fase final de vida e aos seus familiares/cuidadores, seja em contexto hospitalar, seja em serviços de saúde da comunidade” (OE, 2013).

Estes cuidados de enfermagem obrigam ao diagnóstico de necessidades, em que importa a relevância de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional, promovendo a consecução da máxima satisfação da pessoa doente. Que exigem a conceção, implementação e (re) avaliação dos planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com o objetivo de preservar a sua dignidade, maximizar a sua qualidade de vida e diminuir o seu sofrimento. Que respeitam a singularidade e a autonomia individual, nas respostas às vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto (*Idem*).

Visam, ainda, a otimização de resultados em pessoas com doença crónica avançada com necessidades complexas, pela construção de um clima de confiança, sentimentos de solidariedade e capacitação para além do desempenho de tarefas de cuidar. A relação terapêutica daí resultante deve ser simplificada por limites mutuamente ajustados, através de parcerias terapêuticas com a pessoa doente, cuidadores e família. Esta relação é possível de desenvolver num espaço de tempo curto e é adaptável a diversos contextos, verificando-se sempre em estreita colaboração com outros membros da equipa multidisciplinar de saúde e/ou serviços de apoio (*Ibidem*).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa é, assim, o profissional de referência que assegura a assistência à pessoa com doença incurável, crónica avançada ou em fim de vida, e à sua família, tanto em contexto hospitalar, como em serviços de saúde da comunidade, procurando a maximização do seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, a diminuição do sofrimento, preservando a sua dignidade, e com uma atuação de colaboração estreita com a restante equipa interdisciplinar (OE, 2013).

Nesta área de especialidade, tendo em consideração as competências definidas, os descritivos e unidades de competência, identificam-se cinco categorias de enunciados descritivos, nomeadamente: satisfação do doente e família; a promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento; a prevenção de complicações; a (re) adaptação funcional às perdas sucessivas; a organização dos cuidados de enfermagem especializados (*Idem*).

Assim, relativamente a cada uma das categorias de enunciados descritivos assumem-se como elementos importantes dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crónica e paliativa, integrado cumulativamente a aspetos padrão de cuidados gerais, os seguintes:

• **À satisfação do doente e família** – Persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa doente e família:

- 1. Explora, conhece e respeita as capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual da pessoa doente e da família;
- 2. A gestão da comunicação interpessoal e da informação com a pessoa doente, família e restante equipa, criando um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica;
- 3. O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo na pessoa doente e na sua família, provocado pelo processo de adaptação à doença, às perdas sucessivas e à proximidade da morte;
- 4. O estabelecimento de parcerias com a pessoa doente e sua família no planeamento dos cuidados, onde informa, explica e os envolve no processo de tomada de decisões e no processo de cuidados;
- 5. Desenvolvimento de atitudes culturalmente sensíveis, apropriadas à multidimensionalidade da vivência, de modo a respeitar as particularidades de cada pessoa doente e família e a personalizar os cuidados;
- 7. Respeito pela singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de perdas, de morrer e de luto;
- 8. Avaliação e ajuste das expectativas da pessoa doente e da família face evolução da doença, plano de cuidados e cuidados prestados pela equipa;
- 9. Promoção de reuniões periódicas com cuidadores e/ou familiares, reavaliando as suas necessidades e o seu grau de satisfação (OE, 2013).

• **À promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento** – Maximiza a qualidade de vida, o seu bem-estar e complementa as atividades de vida relativamente às

quais a pessoa doente é dependente, promovendo o autocuidado dentro das suas possibilidades e o alívio do sofrimento:

- 1. A identificação das necessidades de cuidados paliativos na pessoa com doença crónica avançada ou em fim de vida, dos seus cuidadores e familiares, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar /complementar atividades de vida relativamente às quais o doente é dependente; valorizando a importância de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional;
- 2. A avaliação do grau de dependência, dos sintomas descontrolados das pessoas com doença incurável, crónica avançada ou em fim de vida, segundo a sua intensidade e prioridade para o indivíduo, utilizando instrumentos de avaliação adequados, assim como o conhecimento científico mais atual;
- 3. A avaliação da qualidade de vida, conforto e sofrimento com instrumentos de avaliação adequados e estabelece intervenções autónomas para a promoção da dignidade e da esperança;
- 4. Adoção de uma filosofia de objetivos centrada na promoção da sua autonomia, maximizando a sua qualidade de vida, diminuindo o seu sofrimento, em consonância e respeito pela perspetiva do próprio e dos direitos que o assistem;
- 5. Defesa, sistemática, de objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, dentro de limites mutuamente acordados com a pessoa doente e restante equipa multidisciplinar;
- 6. A conceção e implementação de um plano de intervenção individualizado para a pessoa doente, incluindo medidas farmacológicas e não farmacológicas, segundo a evidência científica mais recente;
- 7. Gestão da comunicação interpessoal com o uso apropriado de estratégias de comunicação facilitadoras da relação terapêutica; de trabalho em equipa e cumprimento dos princípios éticos no processo de tomada de decisões, que permitam a proporcionalidade no uso de terapêuticas invasivas e/ou diagnósticas, prevenindo sofrimento desnecessário;
- 8. O rigor técnico-científico na implementação das intervenções de enfermagem, que reavalia e ajusta;

- 9. A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde;
  - 10. A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
  - 11. A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega;
  - 12. Mantém colaboração e articulação com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio, como prestador direto de cuidados (OE, 2013).
- **À prevenção de complicações** – Previne complicações para a saúde das pessoas doentes:
- 1. A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa doente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;
  - 2. A prescrição de intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;
  - 3. O rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem;
  - 4. A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde;
  - 6. A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
  - 7. A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega;
  - 8. Identificação, atuação atempada, e por antecipação, nas situações de agudização da pessoa doente;
  - 9. Identificação de fatores de risco e situações problemáticas, associadas a esgotamento físico e emocional no doente crónico, avançado ou terminal, seus cuidadores, familiares e na equipa de saúde;
  - 10. O apoio à família no reforço da prestação de cuidados adequados e na prevenção de luto complicado ou patológico.
  - 11. A educação e treino à pessoa doente e família na adequada gestão do regime terapêutico, sobretudo em ambulatório;

- 12. A utilização de estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte, à pessoa doente, cuidadores e seus familiares e na equipa de saúde;
- 13. A gestão segura no uso, manipulação e conservação de medicamentos, equipamentos e de materiais;
- 14. A utilização de estratégias eficazes para prevenção de eventos adversos como quedas e úlceras de pressão (OE, 2013).

• **A (re) adaptação funcional às perdas sucessivas** – Conjuntamente com a pessoa doente desenvolve processos eficazes de (re) adaptação funcional aos problemas de saúde e às perdas sucessivas:

- 1. A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;
- 2. O planeamento da alta dos doentes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos doentes e os recursos da comunidade;
- 3. O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;
- 4. A otimização das capacidades da pessoa doente e conviventes significativos para gerir o regímen terapêutico prescrito;
- 5. O ensino, a instrução e o treino sistemáticos da pessoa doente, cuidadores e familiares, sobre a adaptação individual requerida, maximizando a sua autonomia, promovendo o seu empowerment;
- 6. Suporte e consolidação de recursos pessoais, pontos fortes das pessoas com doença crónica, avançada e terminal, cuidadores e família, facilitando a tomada de decisão, centrada na pessoa, a realização de objetivos/metapas definidas em confronto com necessidades de cuidados.
- 7. Utilização de estratégias e ferramentas de comunicação adequadas com pessoas com doença incurável, crónica avançada ou em fim de vida, com cuidadores e familiares, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas;
- 8. Alcançar resultados qualificados, individualizados e atempados de comunicação com a pessoa doente, cuidadores, familiares e membros da equipa de saúde, salvaguardando necessidades individuais, desejos expressos e respetivos cuidados;
- 9. A ajuda à pessoa doente, cuidadores e familiares para completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, durante as perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório, complicado e patológico) (OE, 2013).



• **A Organização dos Cuidados de Enfermagem Especializados** – Assegura e garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados:

- 1. Contributos e reflexão crítica na construção do quadro de referências para o exercício profissional enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa;
- 2. Contributos e reflexão crítica e inovação no sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crónica e paliativa;
- 3. Contributos para a reflexão crítica e inovação no sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do doente, as intervenções de enfermagem especializadas e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo doente;
- 4. Empenho na avaliação da satisfação dos enfermeiros, relativamente à qualidade do exercício profissional especialista em pessoa em situação crónica e paliativa;
- 5. Avaliação e ajuste do número de enfermeiros face às necessidades de cuidados de enfermagem;
- 6. Contributo para a definição da política de formação contínua dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crónica e paliativa, promotora do desenvolvimento pessoal, profissional e da qualidade;
- 7. Planeamento, organização e implementação de planos de formação e de investigação, em articulação com a restante equipa multidisciplinar;
- 8. A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crónica e paliativa, promotoras da qualidade;
- 9. Elaboração e revisão de protocolos de atuação e guias de boas práticas nas diferentes áreas assistenciais (guia de acolhimento, critérios de admissão e de transição para serviços de cuidados paliativos, comunicação, controlo de sintomas, avaliação sociofamiliar, conferência familiar, luto, etc.);
- 10. Atuação como enfermeiro de referência, na gestão de casos, assessor e/ou consultor na articulação com outras equipas de cuidados de saúde;
- 11. Contributo para disseminar a filosofia de cuidados paliativos junto de outros profissionais de saúde e do cidadão, em geral” (OE, 2013).

Na persecução da qualidade dos cuidados especializados consideramos fundamental dotar a prática e a investigação em enfermagem de sistemas de informação em saúde e de enfermagem que promovam a continuidade, visibilidade e comparabilidade

dos cuidados de enfermagem. Desta forma, no sentido de enquadrar a intervenção que propusemos realizar no âmbito do PIS, nomeadamente do desenvolvimento do sistema de informação em enfermagem, de uma forma geral, e de um resumo mínimo de dados de enfermagem, em particular, evoluímos agora para o seu enquadramento concetual e teórico.

### 1.3. DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Frequentemente classifica-se a sociedade atual como uma sociedade da informação. Progredimos de sociedades que possuíam como componentes estruturais o trabalho, a terra e o capital, para sociedades que valorizam particularmente a informação e em que esta representa poder e influência (Pereira, 2009).

Na enfermagem, a riqueza da informação produzida, enquanto profissão que assenta na interação humana, fundamenta a importância da reflexão sobre a base da informação que lhe está associada, assim como o valor que pode traduzir para a gestão dos recursos e sistemas utilizados no seu processamento, gestão e armazenamento (Pereira, 2009).

A problemática da informação associada aos cuidados de enfermagem tem sido colocada em evidência por diversos autores (*Idem*). Neste sentido, Silva (2006), refere que o destaque aplicado à produção da informação assistencial de enfermagem passa pela promoção da continuidade dos cuidados e adiciona uma nova dimensão centralizada no melhoramento dos processos de gestão da qualidade dos cuidados.

No que respeita à enfermagem, o desenvolvimento de informação para produção de conhecimento processa-se em duas dimensões, nomeadamente ao nível da tomada de decisão clínica e ao nível da gestão organizacional da informação que, decorrendo da prestação de cuidados, é documentada nos sistemas de informação em enfermagem (SIE) (Pereira, 2009).

De acordo com Silva (2006), os enfermeiros, enquanto produtores do conhecimento, necessitam de soluções que lhes permitam armazenar dados clínicos, traduzir dados em informação, estabelecer a ligação dos dados aos domínios do conhecimento e agregação os dados produzidos. Estas soluções devem ser regulares e sistemáticas, de modo a criar uma cultura de antecipação (Pereira, 2009).

Relativamente à informação em enfermagem, Pereira (2009) refere que a anterior perspetiva centrada nas questões associadas ao processamento, documentação e armazenamento da informação que resulta dos cuidados de enfermagem, deu lugar a uma perspetiva direcionada sobre a forma como a gestão da informação pode contribuir para a melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros e, conseqüentemente, da qualidade dos cuidados de saúde em saúde.

De acordo com a OE (2007a) “A opinião de que a “Informação de Enfermagem” é importante para a governação na saúde é, hoje em dia, consensual. Tal relevância resulta não apenas dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação como dos que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados (na perspetiva individual ou de grupo), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão”.

Apesar do reconhecimento atribuído à informação de enfermagem, é real que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente. Deste modo, inviabiliza-se a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações (*Idem*).

Por tudo isto, a OE (2007a) defende a evidência da necessidade de garantir que os sistemas de informação da saúde incluam os dados relativos aos cuidados de enfermagem, sendo que esta é uma necessidade cada vez mais premente numa área em que o cidadão necessita de ser acompanhado ao longo do ciclo vital, de mobilidade geográfica e local ou do contexto da prestação de cuidados, incluindo outros setores tradicionalmente não integrados na saúde, como é o caso do sector social.

Neste sentido, o desenvolvimento de SIE com capacidade para corresponder ao paradigma atual da informação na saúde no geral, e na enfermagem em particular, constitui-se como um importante desafio.

Os sistemas de cuidados de saúde encontram-se, em pleno século XXI, em permanente evolução, sendo influenciados por variadas mudanças, que relevam a necessidade de disponibilizar sistemas de informação capazes, que se configurem como instrumentos impulsionadores de uma utilização da informação orientada para a qualidade e otimização dos processos de gestão (Pereira, 2009).

Os SIE representam a fração dos sistemas de informação da saúde que lida com os aspetos de enfermagem, particularmente a manutenção dos seus registos (Goossen, 2000; Pereira, 2009).

De acordo com Sousa (2006), subsistem alguns limites ao desenvolvimento de um SIE, tais como, o pouco à-vontade dos enfermeiros com a tecnologia, o seu escasso envolvimento no processo de decisão na obtenção da tecnologia, a sua ausência no desenvolvimento dos sistemas, o alto custo da implementação das tecnologias, as desigualdades entre o conhecimento formal e informal, a escassez de estruturação dos dados, a inexistência de um conjunto mínimo de dados e o acesso parcial dos enfermeiros a estes dados. Nesta ótica, o mesmo autor reforça a iminente necessidade de desenvolver uma base de dados de saúde de âmbito nacional e de uniformizar as classificações ou vocabulários de enfermagem, com o objetivo de estabelecer uma comunicação mais efetiva (*Idem*).

Há vários anos que os enfermeiros demonstram preocupação relativamente à documentação decorrente da prestação de cuidados, recolhendo dados, estabelecendo objetivos, definindo ações e avaliando o impacto dessas intervenções na saúde das populações. Neste contexto, a prática diária do enfermeiro está diretamente relacionada com a aquisição, análise e interpretação de informação, com a contínua necessidade de documentar todos os dados intrínsecos à prestação de cuidados (Pinto, 2009). Assim, considera-se a informação como essencial para os cuidados de enfermagem, sendo incontestável que os sistemas de informação, antigos ou recentes, apoiados em suporte de papel ou informatizados, influenciam a prática de enfermagem (Sousa, 2006).

O desenvolvimento dos SIE constitui-se como uma mais-valia devido a: servir de base legal aos cuidados de enfermagem prestados (documentação legal); contribuir para a visibilidade dos cuidados de enfermagem em contraponto com os cuidados de saúde de uma forma geral, nomeadamente para os ganhos em saúde das populações; auxiliar a gestão e formação; promover a investigação e promover a continuidade nos cuidados (Sousa, 2006).

A informação adquirida através dos resultados constitui a evidência do trabalho do enfermeiro, melhor ou pior realizado, com o desígnio de promover a melhoria dos cuidados (Pinto, 2009). Por um lado os resultados podem demonstrar os erros cometidos e por outro podem possibilitar a demonstração do real valor e contributo da enfermagem para o processo de cuidados de saúde (*Idem*). Neste sentido, é impreterível que os enfermeiros adquiram a capacidade de obter, analisar e exhibir a informação pertinente para a gestão dos cuidados de saúde, assim como, contribuir para manter e/ou melhorar a visibilidade da profissão (*Ibidem*).

Desta forma, Pinto (2009) refere que os SIE devem ser compreendidos como os constituintes do contexto da assistência de enfermagem que são, assim como uma ferramenta crucial para a obtenção de dados, geração de nova informação e conhecimento.

Neste sentido, é indispensável desenvolver a organização deste recurso, definindo de forma clara que tipo de informação deve ser documentada e partilhada, de modo a sedimentar um SIE adequado (Sousa et al., 2005; cit. Pinto, 2009).

Deste modo, parece unânime a necessidade de maximizar do potencial dos registos eletrónicos de saúde, nomeadamente ao nível da produção de indicadores, do desenvolvimento da investigação, da monitorização da qualidade, da formação, no contributo para o financiamento e para a tomada de decisão em relação às políticas de saúde (Pinto, 2009).

A OE (2007a, p.2) refere que, “tendo em vista maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde, designadamente a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional e, ainda, os requisitos de uma prática cada vez mais baseada na evidência, o sistema de informação e os registos eletrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)”.

Assim, o desenvolvimento das aplicações informáticas deve ter em conta a impreteribilidade de permitirem a documentação da prática de enfermagem, atender às diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados (legais, éticas, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade dos atos de enfermagem praticados) e, concomitantemente, deve incluir a reengenharia e a inovação dos registos eletrónicos de enfermagem, de modo a assegurar o desenvolvimento, a descrição e a monitorização dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática (*Idem*).

Constituem-se como aspetos centrais associados ao conteúdo e à estruturação do modelo de SIE os seguintes:

- “1. A CIPE como referencial de linguagem no SIE;
2. A possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados;
3. A articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada;
4. A organização das intervenções de enfermagem a implementar;

5. A integridade referencial entre diagnósticos, *status*, intervenções, dados da observação / vigilância do cliente e os resultados face aos diagnósticos de enfermagem;
6. A capacidade de resposta a resumos mínimos de dados de enfermagem” (*Ibidem*).

O SIE deve permitir a extração de resumos mínimos que, de acordo com a OE (2007a, p.5), devem permitir a obtenção de três tipos de benefícios:

- “1. Descrever as necessidades em cuidados de enfermagem em diferentes contextos, populações, áreas geográficas e momentos; identificar diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem que estão a ser implementadas; observar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem; e avaliar os recursos que estão a ser utilizados;
2. Comparar dados sobre as práticas de enfermagem em diferentes níveis; oferecer um testemunho sobre os aspetos críticos da enfermagem e da saúde; desenvolver bases de dados necessárias para conduzir a investigação clínica; avaliar o custo / a eficácia das intervenções de enfermagem face a diferentes diagnósticos de enfermagem; e avaliar o custo dos recursos, fornecendo dados que influenciem as políticas de saúde;
3. Através de ligações entre bases de dados de enfermagem e de outras áreas da saúde, pode partilhar-se informação com os vários prestadores de cuidados e investigadores e, ao mesmo tempo, avaliar a informação que está a ser produzida a partir da documentação de enfermagem”.

Neste contexto, a utilização da CIPE nos modelos de SIE, enquanto vocabulário controlado para o processamento de dados, assim como o facto de as estruturas concebidas hospedarem a informação produzida, permitindo distinguir as entidades (diagnósticos, *status*, objetivos, resultados esperados e intervenções de enfermagem), reforça a sua utilidade no fornecimento de informação a resumos mínimos de dados de enfermagem (RMDE) nacionais e internacionais (*Idem*).

### **1.3.1. Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem**

No enquadramento realizado acerca dos SIE verificamos a consensualidade de que, por um lado, os dados de enfermagem que emergem da documentação dos cuidados consistem em matéria-prima que importa ser otimizada, e, por outro lado, que a otimização da informação de enfermagem exige o desenvolvimento e implementação de modelos de agregação e análise dos dados (Pereira, 2009).

Vários investigadores em enfermagem defendem a solução da adição de informação com qualidade às bases de dados da saúde, relativa aos cuidados de enfermagem, que seja sustentada e idealizada pela definição e implementação de RMDE (*Idem*).

De acordo com Werley et al. (1991, p.421), cit. por OE (2007b, p.5), entende-se por RMDE “o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde”.

Um RMDE deve representar um conjunto específico de dados que integram e fazem parte da documentação de enfermagem. Assim, tal como refere Silva (2006) devem criar-se modelos de dados de enfermagem, tendo por objetivo responder a todas as questões relativas à documentação de enfermagem, e que permitam viabilizar a recolha de RMDE.

Conclui-se, portanto, que os RMDE constituem uma fração dos conteúdos dos SIE, recolhidos, analisados e interpretados de forma regular e sistemática, visando atender às necessidades específicas de informação de enfermagem de múltiplos utilizadores (Pereira, 2009). Neste prisma, o RMDE não significa a documentação de enfermagem, mas sim um mínimo de dados essenciais que, de forma sistemática, é documentada, no contexto da informação total registada nos SIE, e que melhor descreva os cuidados de enfermagem (*Idem*).

A implementação de um RMDE pressupõe a existência de determinados requisitos sem os quais não é permitido perspetivar qualquer modelo de gestão da informação relativa às práticas de enfermagem (Pereira, 2009). A American Nurses Association (ANA) resumiu, em 1995, esses requisitos em três categorias:

- Uso de uma linguagem comum classificada de enfermagem;
- Sistemas de informação de enfermagem consistentes;
- Sistemas de informação de enfermagem integrados nos sistemas de informação da saúde (ANA, 1995; cit. por Pereira, 2009).

A OE (2007b, p.5) descreve as seguintes recomendações relativamente à conceção, implementação, desenvolvimento e monitorização dos RMDE:

“1) Os resumos mínimos de enfermagem deverão ser alimentados a partir da documentação diária, regular e sistemática dos cuidados de enfermagem; o que obriga à sua incorporação nos conteúdos em uso nos SIE.

- 2) O painel de indicadores de enfermagem devem corresponder a um produto do RMDE.
- 3) No caso dos hospitais, os indicadores deverão ser calculados por episódio de internamento. No caso dos centros de saúde, serão calculados por “utente / período”. Deverão, além disto, fundamentar-se nas relações entre a primeira e a última opinião clínica (juízo) respeitante ao intervalo estipulado, não traduzindo, por isso, as variações intercalares.
- 4) Os requisitos básicos de comparabilidade da informação assentam em três elementos: a) partilha da mesma linguagem classificada de enfermagem, utilizada na composição dos elementos clínicos do RMDE; b) partilha dos mesmos enunciados que descrevem os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que integram o RMDE; c) partilha do mesmo modelo de leitura do material e fórmulas de cálculo dos indicadores.
- 5) Para efeitos de proteção dos dados pessoais dos cidadãos, o material que resulta do RMDE deve ser centralizado nos serviços do Ministério da Saúde. Este deverá ainda incorporar instrumentos de recodificação dos dados, que não permitam a posterior relação dos dados com a respetiva origem (nominal).
- 6) Os dados deverão ser agregados dando conta do nível mais atómico (serviços hospitalares, centros de saúde, unidades de saúde familiar, cuidados continuados etc.), até à escala nacional”.

O enfermeiro especialista desempenha um papel preponderante na idealização, criação e desenvolvimento dos SIE, no geral, e dos RMDE, no particular, sustentado nas suas competências especializadas comuns, nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade. Por outro lado, o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço neste âmbito traduz uma mais-valia para a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências especializadas e do Mestre em Enfermagem.

Concluído o enquadramento de suporte à problemática dos RMDE, evidenciamos agora o restante enquadramento de suporte à análise das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa.

## 1.4. DO CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR

A infeção hospitalar foi alvo de intervenção pela primeira vez em Portugal em 1930, pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) e, posteriormente, em 1979, pela Direcção-



Geral dos Hospitais, através da Circular Informativa N.º6/79, de 9/2/79, quando foi conhecida a Resolução (72) 31 do Conselho da Europa e divulgada a todos os serviços e unidades de saúde (DGS, 2007).

O controlo da infeção foi recomendado pela Direcção-Geral dos Hospitais a todas as unidades de saúde pela Circular Informativa N.º 8/86 de 25/3/86, ao ter dado a conhecer a Recomendação n.º R (84) 20 de 25 de Outubro do Conselho da Europa, que abordava a temática da prevenção das infeções hospitalares” (DGS, 2007, p.3).

Em 1993, a Circular Normativa N.º4/93 de 10/2/93, da Direcção-Geral dos Hospitais, divulgou a necessidade da criação de comissões de controlo da infeção nos hospitais, já previstas na Resolução (72) 31 acima referida, enquanto iniciativa inovadora para a minimização do risco e operacionalizar o controlo da infeção nos hospitais. (*Idem*)

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), enquanto programa integrado na Divisão da Segurança Clínica da Direcção da Qualidade Clínica, visa a melhoria da qualidade dos cuidados e a promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde, assentando em quatro grandes linhas estratégicas de atuação e de suporte, nomeadamente: a organização; o desenvolvimento individual e organizacional; o registo e a monitorização; a comunicação – procurando dotar as unidades de saúde de instrumentos facilitadores da melhoria da organização dos serviços, da prestação de cuidados e da medição dos resultados (*Ibidem*).

Os cuidados de saúde, tanto em meio hospitalar, como em ambulatório, podem originar a transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Este fenómeno está amplamente documentado e, relativamente à sua etiologia, pode ser devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subseqüentes, quer nas Unidade de Cuidados Intensivos, quer noutras unidades (DGS, 2007).

De acordo com o PNCI, a inadequada comunicação e articulação intra e interinstitucional na referenciação dos casos de IACS tem implicações na adoção de medidas de prevenção e controlo, contribuindo para o aumento da sua incidência. Por outro lado, uma atuação nacional planeada e bem estruturada (que mobilize profissionais especializados e disponibilizados para o efeito) contribui para evitar cerca de 33% destas infeções (*Idem*).

A DGS identifica as IACS como um problema nacional de grande relevância, com implicações na qualidade de vida dos doentes, na qualidade da prestação dos cuidados e na

segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando significativamente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde (*Ibidem*).

Desta forma, é fundamental assegurar o registo contínuo, a análise, a interpretação e a informação de retorno relativamente às IACS, no quadro de sistemas bem estruturados de vigilância epidemiológica (de estrutura, de processo e de resultado) e apoiados pela divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, nomeadamente através de recomendações de boas práticas, formação e informação dos profissionais (DGS, 2007), onde se enquadram as competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, que desempenha um papel crucial na maximização da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde.

## 1.5. DA INTERVENÇÃO EM CATÁSTROFE E EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMA

De acordo com a Diretiva Operacional Nacional nº 01/2009 da Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC), as operações de proteção civil e socorro constituem-se como atividades multidisciplinares desenvolvidas pelos organismos, serviços e entidades de nível nacional, distrital e municipal, convenientemente organizados no Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro. Desta forma, todos os agentes de proteção civil atuam, no plano operacional, articuladamente sob um comando único, sem prejuízo da respetiva dependência hierárquica e funcional, atuação esta assegurada através de um conjunto de estruturas, normas e procedimentos, de natureza permanente e conjuntural (ANPC, 2009).

Esta Diretiva apresenta-se como um instrumento de planeamento, organização, coordenação e comando operacional do Dispositivo Integrado das Operações de Proteção e Socorro e ainda como documento padrão para os planos e diretivas das outras entidades públicas ou privadas da área da proteção e socorro (*Idem*).

A ANPC define que a identificação prévia, à escala local, de áreas historicamente mais sensíveis a determinados fenómenos, bem como a análise e avaliação dos riscos, permanente e atempada, permitirão a difusão de alertas específicos e a adoção de comportamentos de prevenção adequados, assim como uma apropriada gestão integrada dos meios e recursos de proteção e socorro para fazer face, coordenada e oportunamente,

às consequências dos sinistros, com vista a garantir a proteção das pessoas, do património e ambiente, prevenindo as situações que os coloquem em perigo ou limitando as consequências destes (*Ibidem*).

Assim, se considerarmos que vivemos num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes dimensões, evidencia-se a necessidade de as Unidades de Saúde realizarem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a sua envolvente interna e externa, que se altera constantemente, e planearem, integradamente e de forma sistemática, uma resposta de emergência aos cenários acima referidos, ou a outro, que pela sua natureza ou extensão, possam condicionar, no momento ou de forma permanente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (DGS, 2010).

Os estabelecimentos de tipo hospitalar, como quaisquer outros, estão sujeitos a numerosos tipos de acontecimentos, que podem originar situações de emergência. A principal preocupação, no que se refere à segurança destes edifícios, deve ser a prevenção de todo o tipo de acidentes e a minimização das respetivas consequências, ou, no caso de tal não ser possível, limitar ao máximo as suas consequências, estando previstas as estratégias de intervenção nos Planos de Emergência Interno (PEI) (*Idem*).

Tendo em conta a atual realidade das Unidades de Saúde, concretamente do funcionamento quotidiano que atinge já o máximo das suas capacidades ou perto deste, a elaboração de um PEI torna-se essencial como ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reação da Unidade de Saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto (*Ibidem*).

Neste contexto, é fundamental a intervenção do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, que desempenha um papel crucial na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, intervindo na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima, e que, perante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, tem a capacidade de gerir equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.

## 1.6. DOS CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), “a complexidade do sofrimento e a combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, obrigam a que a sua abordagem, com o valor de cuidado de saúde, seja sempre uma tarefa multidisciplinar, que congrega, além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade” (UMCCI, 2010).

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde definiu os Cuidados Paliativos como uma prioridade das políticas de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planeada, numa perspetiva de apoio global aos múltiplos problemas das pessoas que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida, e às suas famílias (*Idem*).

De acordo com a UMCCI (2010), os Cuidados Paliativos são definidos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais. Os Cuidados Paliativos são cuidados intensivos de conforto prestados de forma multidimensional e sistemática por uma equipa multidisciplinar, cuja prática e método de tomada de decisões são baseados na ética clínica (*Ibidem*).

Os Cuidados Paliativos são prestados com base nas necessidades identificadas e não apenas no diagnóstico ou no prognóstico, podendo ser introduzidos de forma estruturada em fases mais precoces de uma doença, mesmo quando estejam a ser utilizadas outras terapêuticas com a finalidade de prolongar a vida (UMCCI, 2010). Constituem-se, assim, numa resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes com prognóstico de vida limitado, sendo prestados por equipas e unidades específicas de Cuidados Paliativos, em internamento ou no domicílio, de acordo com níveis de diferenciação, e têm como componentes essenciais: **o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade** (*Idem*).

Nos cuidados prestados à pessoa deve ser incorporada ativamente a família e, por sua vez, deve ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o

luto. A família necessita de apoio, informação e educação, contribuindo estas ações para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam (*Ibidem*).

A UMCCI (2010) define **Palição** como o alívio do sofrimento do doente e, ainda, **Ação Paliativa** como qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minimizar, em internamento ou no domicílio, as consequências negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As ações paliativas são identificadas como parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução. Por outro lado define ainda **Futilidade Diagnóstica e Terapêutica**, como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desadequados e inúteis, face à situação evolutiva e irreversível da doença, e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família (*Idem*).

A **Ação Paliativa** é nível básico de palição, correspondendo genericamente à prestação de ações paliativas, sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas. Desta forma, pode ser prestada em internamento, em ambulatório ou no domicílio, por qualquer profissional clínico e em todos os níveis de instituições e cuidados de saúde, constituindo-se como fundamentais para dar resposta à maioria das situações não complexas que os doentes e/ou as suas famílias apresentam. São particularmente relevantes nos serviços com elevada frequência e prevalência de doentes em idade avançada ou prognóstico de vida reservado, como são os cuidados de saúde primários, os serviços de oncologia, de medicina interna, unidades da dor, unidades e equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (*Ibidem*).

Na operacionalização da avaliação dos sintomas da pessoa em situação crónica, incapacitante e terminal, o instrumento de eleição é a escala de avaliação de sintomas de Edmonton. De acordo com a UMCCI (2011), na sua Diretiva N°2/UNCCI/2011, a aplicação desta escala nos doentes em regime de cuidados paliativos / ações paliativas é de aplicação obrigatória. Esta escala quantifica de 0 a 10 os sintomas dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar, devendo ser avaliada semanalmente, preferencialmente respondida pelo próprio doente, o que possibilita avaliar a eficácia do controlo de sintomas.

Nos serviços que se enquadram nas tipologias descritas anteriormente, e que apresentam uma elevada prevalência de doentes em situação crónica, incapacitante e terminal, de que é exemplo o contexto onde prestamos cuidados, é fundamental capacitar

as equipas de enfermagem para cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, através do estabelecimento de uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, facilitadora do processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Neste contexto, é fundamental a intervenção do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, que desempenha um papel crucial na prestação de cuidados a este nível, por força das suas competências especializadas específicas.

Após o enquadramento concetual de suporte aos projetos desenvolvidos durante o CPLEEMC e o MEMC avançamos para o segundo capítulo onde apresentamos o PIS.

## **2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO**

O Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) foi realizado no âmbito dos Estágios I, II e III das Unidades Curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II do 2º CPLEEMC da ESS IPS, no ano letivo 2011-2012.

No âmbito do 3º MEMC elaborámos um artigo científico acerca do PIS, colocado em Apêndice I, que sintetiza cada uma das etapas deste projeto, o qual confrontamos com a evidência produzida através da revisão integrativa da literatura.

### **2.1. SÍNTESE DA METODOLOGIA UTILIZADA**

Empregando a metodologia de projeto, o PIS foi desenvolvido em duas fases. No 2º semestre (Estágio I e II) foram desenvolvidos o diagnóstico de situação e o planeamento do projeto e no 3º semestre decorreram as fases de execução e avaliação do mesmo em contexto do Estágio III.

A metodologia de projeto define-se como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Guerra, 1994; cit. por Ruivo et al., 2010, p. 3), ou seja, possibilita prever uma mudança. “É uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do(s) projeto(s) numa situação real” (Idem).

De acordo com o definido pelo grupo coordenador do 2º CPLEE Médico-Cirúrgica, a elaboração do PIS apresentou a finalidade de contribuir de forma mais decisiva para a mobilização de competências comuns do enfermeiro especialista.

O presente PIS, além da supressão da necessidade de intervenção identificada, possibilitou também a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, que analisaremos mais adiante neste relatório.

Seguidamente apresentamos, de forma breve, o diagnóstico de situação realizado, o planeamento (donde constam objetivos, atividades e estratégias, recursos e indicadores de avaliação e o cronograma), a execução e a avaliação do trabalho realizado.

### **2.1.1. Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico da situação de saúde apresenta um papel justificativo das atividades executadas nos serviços, representando um padrão de comparação a quando da avaliação e, conseqüentemente, como ponto de balanço no sucesso ou avanço atingido com as mudanças implementadas (Imperatori, 1982; cit. por Ruivo et al., 2010).

Caracteriza-se por ser “suficientemente alargado, suficientemente aprofundado, sucinto, suficientemente rápido, suficientemente claro e por corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento” (Tavares, 1990; Cit. por Ruivo et al., 2010, p.11). Nesse sentido, deve apresentar determinados requisitos, nomeadamente “a descrição preferencialmente quantitativa da situação, o conhecimento dos fatores que a determinam, a análise da sua evolução e perspetivas e a avaliação” (Imperatori, 1982; cit. por Ruivo et al., 2010, p.11).

A inexistência de registos de enfermagem na Consulta de Otorrinolaringologia (ORL), de uma forma geral, e a existência de um suporte de registo em papel e desatualizado para a consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada, no particular, foram identificados como problemas concretos do SIE do Serviço.

À data do diagnóstico de situação, os registos de enfermagem existentes eram diminutos e desprovidos da sua essência. A título de exemplo, intervenções como a execução de um penso (enquanto tratamento de uma ferida), a extração de material de sutura de uma ferida cirúrgica, a consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada (codificada erradamente como um Meio Complementar de Diagnóstico), entre outros, eram apenas registados pela Assistente Técnica enquanto ato de produção / faturação.

Os registos de enfermagem devem constituir-se, naturalmente, na forma de comunicar de uma equipa, promovendo a individualização e continuidade dos cuidados prestados, e em que a possibilidade de acompanhar a pessoa num processo de “360”, como é o caso da pessoa laringectomizada, permite maximizar o papel do enfermeiro na programação precoce da alta, na promoção da saúde e prevenção de complicações, na reabilitação funcional e reinserção social, contribuindo de forma sistemática para os



ganhos em saúde desta população. Por outro lado, a existência de registos de enfermagem possibilita a melhoria contínua das práticas, assim como contribuir para dar visibilidade aos resultados do trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem na consulta de ORL.

De forma a dar sustentabilidade ao presente diagnóstico foi elaborada uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats), a qual nos permitiu identificar as forças internas e externas que influenciaram o desenvolvimento do projeto e, ainda, refletir e confrontar os fatores positivos e negativos, e que justificaram a pertinência da intervenção, perante a situação analisada, que apresentamos descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Análise SWOT

<b>Análise Interna</b>	
<b>Pontos Fortes (S)</b>	<b>Pontos Fracos (W)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criatividade e inovação da equipa de enfermagem;</li> <li>• Experiência da equipa na utilização da linguagem CIPE no internamento;</li> <li>• Experiência da equipa na prestação de cuidados na consulta de ORL e, especificamente, na consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada;</li> <li>• Motivação da equipa para o desenvolvimento de um suporte de registos de enfermagem para a consulta de ORL Externa, em particular da consulta de enfermagem ao laringectomizado;</li> <li>• Melhoria da comunicação na equipa;</li> <li>• Criação de um suporte autónomo de registo do enfermeiro na consulta;</li> <li>• Criação de indicadores da qualidade;</li> <li>• Motivação da equipa para a eliminação de registos de enfermagem em suporte de papel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade de operacionalização de todos os fenómenos de enfermagem identificados nos registos da consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada;</li> <li>• Pouco conhecimento sobre a parametrização e funcionamento do SAPE Consulta Externa.</li> </ul>
<b>Análise Externa</b>	
<b>Oportunidades (O)</b>	<b>Ameaças (T)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) Consulta Externa já disponibilizado na instituição;</li> <li>• Melhoria e inovação do SIE na instituição;</li> <li>• Reconhecimento da pertinência do presente PIS pela Enfermeira Diretora, através da promoção do mesmo a um nível institucional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero reduzido de computadores na área de consulta de ORL para realização dos registos de enfermagem;</li> <li>• Pouco apoio informático numa futura parametrização do SAPE Consulta Externa.</li> </ul>

Atendendo à observação e análise efetuadas, definimos como problema central a inexistência de registos de enfermagem na consulta de ORL.

Enquanto problema central para a realização do presente projeto dividimo-lo nos seguintes problemas parcelares:

- Inexistência de um padrão documental para os registos dos cuidados de enfermagem à pessoa em consulta de ORL;
- Inexistência de um padrão documental de avaliação inicial e processo de enfermagem específico que dê resposta a todo o acompanhamento efetuado à pessoa laringectomizada,

em contexto de consulta de ORL, desde a avaliação pré-operatória até ao acompanhamento em consulta de enfermagem após alta do internamento para laringectomia total.

Apoiadas, em parte, na investigação realizada e na reflexão das análises efetuadas e, por outro lado, nas potencialidades de intervenção analisadas anteriormente, definimos as seguintes prioridades para a realização do presente projeto:

- Desenvolver o RMDE para todo o contexto de cuidados de enfermagem da Consulta de ORL;
- Realizar formação à Equipa de Enfermagem.

### **2.1.2. Planeamento**

A fase de planeamento do projeto caracteriza-se pelo levantamento dos recursos, bem como das limitações condicionantes do próprio trabalho. Nesta fase são, também, definidos os objetivos, as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e, ainda, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma (HUNGLER et al, 2001; cit. por Ruivo et al., 2010), respeitando sempre os procedimentos formais e éticos.

Para cumprimento destes, explicámos a todos os elementos a observação programada e o projeto planeado, sendo que todos os elementos consentiram e participaram livremente no mesmo.

Realizámos também um pedido de autorização à Sra. Enfermeira-Chefe para desenvolver o projeto no Serviço, e, ainda, por carta à Sra. Enfermeira Diretora, onde explicámos os objetivos do projeto e um breve resumo da metodologia escolhida. Antes mesmo de recebermos autorização escrita para desenvolver o projeto, vimo-lo integrado no projeto da instituição de desenvolvimento de registos informatizados nas áreas de ambulatório, consistindo-se desde logo como autorização expressa para o mesmo, reforçado pelo pedido de alargamento da metodologia às restantes áreas de consulta.

No planeamento do nosso projeto, exposto adiante, evidenciamos os objetivos estabelecidos, as atividades e estratégias planeadas e calendarizadas, os recursos previstos e os indicadores de avaliação, não esquecendo a vinculação à teoria das transições de Meleis (2000, 2010), na qual suportámos algumas das análises às necessidades de cuidados e à prática de enfermagem desenvolvida relativamente à pessoa cuidada na Consulta de ORL, que vivencia diferentes tipos de transição, e donde se destacam as transições

vivenciadas pela pessoa laringectomizada, pelo seu prestador de cuidados e pela sua família.

O recurso à teoria de médio alcance das transições, tal como referem Meleis et al. (2000; Meleis, 2010) revela-se importante no reconhecimento dos limites da Enfermagem, no aperfeiçoamento de fenómenos específicos da disciplina, no estabelecimento de prioridades e no desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem coerentes. A aplicação desta teoria na descrição das necessidades de cuidados de enfermagem ajudou-nos a identificar os padrões, as respostas, os significados, as propriedades, os contextos e os resultados, com a finalidade de planear e executar cuidados de enfermagem competentes.

O estudo das transições é do interesse de outras disciplinas, contudo, apenas a enfermagem as estuda numa lógica multidimensional bio-psico-socio-cultural (Brito, 2012). Nesse sentido, procurámos também promover o desenvolvimento do conhecimento da disciplina no âmbito das terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010) promotoras de transições saudáveis nas pessoas cuidadas no contexto da consulta de ORL, que lhes possibilitam, simultaneamente: elevar a consciencialização e o envolvimento durante as transições; promover a preparação antecipatória e facilitar a aquisição de conhecimentos e capacidades; reconhecer os significados, as crenças e as atitudes pessoais e sociais relacionadas com transições; identificar pontos e acontecimentos críticos chave (Meleis, 2007).

A vinculação à teoria das transições teve um contributo muito importante para análise do contexto, das necessidades de cuidados, da identificação dos focos sensíveis aos cuidados e no desenvolvimento dos conteúdos clínicos do RMDE, donde constam as intervenções altamente sensíveis para a resolução dos diagnósticos associados aos focos de alta sensibilidade e a proposta de indicadores de processo e resultado (Meleis, 2010, 2012).

Apesar desta vinculação, optámos por apresentar no presente relatório uma terminologia mais ancorada à CIPE, considerando o desenvolvimento de um RMDE para o qual é impreterível a utilização desta linguagem classificada, na realidade portuguesa (OE, 2007a), evitando também a duplicação de informação produzida apenas para exploração da vinculação à teoria de Meleis (2010).

Relativamente aos objetivos, estes indicam os resultados que se procuram alcançar e podem incluir diferentes níveis, hierarquizados desde o geral ao mais específico (Mão de Ferro, 1999; cit. por Ruivo et al., 2010).

Enquadrando os objetivos na metodologia de projeto, estes assumem-se como assunções antecipatórias focalizadas na intervenção a desenvolver, ou seja, o estabelecimento dos objetivos finais é um ponto fundamental na elaboração de projetos de ação (Barbier, 1996; cit. por Ruivo et al., 2010).

Para o presente projeto de intervenção estabelecemos os seguintes objetivos:

### **Objetivo Geral**

- Desenvolver um RMDE para a Consulta de ORL.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar os focos sensíveis aos cuidados de enfermagem na Consulta de ORL;
- Elaborar o padrão documental da avaliação inicial, atitudes terapêuticas, processo de enfermagem (conteúdos clínicos) e o core de indicadores de enfermagem para a Consulta de ORL;
- Realizar formação à equipa de enfermagem.

A implementação do projeto de intervenção no Serviço foi desenvolvida sob orientação da Sra. Enfermeira Especialista Paula Paramés e da Sra. Professora Dra. Lurdes Martins e, ainda, com o apoio e supervisão da Sra. Enfermeira Chefe Herculana Carvalho, procurando envolver continuamente a equipa de enfermagem do Serviço no desenvolvimento do mesmo.

O envolvimento da equipa de enfermagem demonstrou-se crucial para o desenvolvimento deste projeto, não só pela experiência que possuem na prestação de cuidados à pessoa em Consulta de ORL, mas também porque esta ação foi ainda fundamental para o desenvolvimento de algumas das competências comuns do enfermeiro especialista.

Inicialmente foi estabelecido contacto com a Informática no sentido de averiguar os recursos disponíveis, especificamente da versão de ambulatório do SAPE, para a concretização da futura parametrização do RMDE. Contámos com a colaboração total do Serviço de Informática.

A existência da aplicação informática na instituição e o reconhecimento desta temática enquanto área prioritária a desenvolver, reforçaram a pertinência deste projeto.

Durante a etapa inicial de planeamento do projeto, como reconhecimento da sua pertinência e da motivação pessoal para o desenvolvimento desta temática, surgiu-nos a oportunidade de integrar o grupo de trabalho institucional de implementação dos registos informatizados de ambulatório, a convite da Sra. Enfermeira Diretora, pelo que o presente

PIS possibilitou também ao Serviço o papel de piloto na implementação do projeto institucional.

Assim, o apoio do Conselho de Administração para o desenvolvimento do projeto, na pessoa da Sra. Enfermeira Diretora, foi também uma mais-valia para a sua concretização, constituindo-se, ainda, como um ponto forte emergente na análise diagnóstica realizada.

No sentido de esquematizar as atividades e estratégias de intervenção, os recursos humanos, materiais e de tempo, bem como os indicadores de avaliação dos objetivos estabelecidos, foi elaborado um quadro descritivo do planeamento do PIS, complementado por um cronograma representativo do mesmo, que disponibilizamos em Apêndice III.

Além do trabalho desenvolvido enquanto responsáveis pelo projeto de intervenção no Serviço, promovemos o contributo dos seguintes recursos humanos:

- Equipa de Enfermagem do Serviço;
- Restantes membros do Grupo SAPE Ambulatório e Técnicos de Informática.

Procurámos maximizar a rentabilização de recursos multimédia, internet e intranet (página de e-learning), em detrimento de recursos físicos, numa ótica de contenção de custos da instituição. De entre os restantes recursos materiais utilizados destacamos os seguintes: computador, impressora, papel, sala de formação da informática, projetor multimédia.

### **2.1.3. Execução**

De acordo com Ruivo et al. (2010), a etapa da execução da metodologia de projeto materializa a concretização, aplicando tudo o que foi planeado. Os mesmos autores referem que esta fase assume uma importância significativa para o(s) participante(s) do projeto tendo em consideração a possibilidade de realizar as suas vontades e necessidades através das ações planeadas.

Ramos (2008; cit. por Ruivo et al., 2010) refere que, quando se verificam modificações ao planeamento efetuado, estas devem ser analisadas com vista à implementação de medidas de recuperação de forma que não sejam comprometidos os objetivos do projeto. Desta forma, a pertinência das alterações promovidas ao planeamento

inicial será tanto maior, quanto melhor contribuirão para o cumprimento dos objetivos definidos.

Durante os estágios I, II e III foram executadas as atividades programadas para a prossecução dos objetivos traçados para o PIS, donde salientamos a adequação do planeamento realizado, evidente no cumprimento de todas as intervenções preconizadas, que descrevemos e avaliamos adiante.

O envolvimento da equipa de enfermagem do Serviço foi crucial para a evolução deste projeto, sendo esta ação fundamental para o desenvolvimento de algumas das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no âmbito da adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

O contacto inicial com o Serviço de Informática foi também determinante para aferirmos os recursos disponíveis e estreitar laços de colaboração, donde destacamos a disponibilidade e colaboração do seu Diretor e dos Técnicos de Informática. O reconhecimento desta temática enquanto área prioritária de desenvolvimento na instituição reforçou a pertinência deste projeto. A comprová-lo, destacamos a oportunidade de integrar o grupo de trabalho institucional de implementação dos registos informatizados de ambulatório, a convite da Sra. Enfermeira Diretora, tendo o presente projeto possibilitado também ao Serviço o papel de piloto na implementação do projeto a nível institucional.

Na sua execução tivemos em consideração a análise SWOT realizada, o que nos permitiu potenciar as forças positivas internas e externas, assim como minimizar, ou mesmo ultrapassar, as forças negativas internas e externas identificadas, principalmente como resultado da pertinência do projeto a nível do Serviço e da instituição.

Concretamente, o primeiro ponto fraco foi ultrapassado através da identificação de todos os focos de enfermagem e da sua frequência, identificados na totalidade dos processos da consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada, e transformação dos mesmos em linguagem CIPE (versão Beta 2), em dois momentos de observação (1º aos processos existentes e 2º à observação das consultas de primeira vez realizadas no período observado), em vez de testar apenas a sua frequência nas consultas de enfermagem que decorressem durante o tempo disponível para as fases de diagnóstico e planeamento do projeto, e que podiam verificar-se em número insuficiente para atingir resultados significativos. O segundo ponto fraco foi minimizado pelo contacto precoce com a aplicação SAPE – Módulo Consulta Externa, que entretanto foi possível obter com o apoio

da Informática, de forma a desenvolver atempadamente conhecimento e habilidade no uso e parametrização da aplicação.

A integração no grupo institucional permitiu também a realização de uma visita para formação e observação da aplicação e utilização do SAPE Ambulatório no Centro Hospitalar do Porto – Hospital de S. António, contribuindo fundamentalmente para a capacitação na utilização do SAPE neste contexto, e, conseqüentemente, minimizando o impacto deste ponto fraco.

A existência de um número reduzido de computadores na área de consulta externa, enquanto primeira ameaça externa identificada, verificou-se pouco significativa, tendo em consideração os coincidentes melhoramentos em curso para a dotação de pelo menos um computador por área de trabalho, em desenvolvimento por indicação do Diretor Clínico, para fazer face às novas orientações legais e estratégicas para os registos clínicos.

Após o primeiro contacto com a aplicação verificámos que os ecrãs de parametrização eram similares à versão anterior do SAPE, o que reduziu as necessidades de apoio informático e o impacto desta última ameaça externa identificada. Para este facto, também contribui o apoio disponibilizado pela Informática. Além disso, o surgimento de novos pontos fortes para a realização deste projeto, nomeadamente a nomeação para o Grupo SAPE Ambulatório, assim como a disponibilização de novos recursos por parte da instituição, contribuíram determinadamente para concretizar os objetivos do mesmo.

O presente projeto foi executado de forma a atingir integralmente os objetivos propostos, nomeadamente, o objetivo geral de “Desenvolver um RMDE para a Consulta de ORL” e os objetivos específicos de “Identificar os focos sensíveis aos cuidados de enfermagem na Consulta de ORL”, “Elaborar o padrão documental da avaliação inicial, atitudes terapêuticas, processo de enfermagem (conteúdos clínicos) e o core de indicadores de enfermagem para a Consulta de ORL” e “Realizar formação à equipa de enfermagem”. Além dos já referidos, permitiu ainda, extra planeamento, “Solicitar parametrização do RMDE e das configurações de especialidade” e “Preparar a operacionalização dos registos informatizados para a Consulta de ORL”, que foram iniciados a 1 de Junho de 2012.

No Quadro 2 apresentamos a descrição pormenorizada da execução do PIS onde, relativamente aos objetivos, descrevemos as atividades e estratégias desenvolvidas, assim como a gestão dos recursos humanos, materiais e de tempo. Como complemento, apresentamos em Apêndice III um cronograma que ilustra a execução do PIS durante os Estágios I, II e III do CPLEE Médico-Cirúrgica.

Quadro 2 – Execução do PIS

OBJECTIVOS DELINEADOS					
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos			Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1. Identificar os focos sensíveis aos cuidados de enfermagem na Consulta de ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina, Health Technology Assessments, entre outras) sobre RMDE e SIE;</li> <li>• Elaboração de grelha de observação para registo dos focos de enfermagem CIPE (Versão Beta 2) na consulta de ORL;</li> <li>• 1ª Observação dos cuidados de enfermagem à pessoa em consulta de ORL:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de todos os focos de atenção de enfermagem observados na consulta de ORL (CIPE Versão Beta 2) e registo dos mesmos na grelha criada;</li> </ul> </li> <li>• 2ª Observação dos cuidados de enfermagem à pessoa em consulta de ORL:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registo na grelha da frequência com que os focos de enfermagem foram observados (número de unidades verificadas);</li> </ul> </li> </ul>	Equipa de Enfermagem do Serviço	Computador; Impressora; Papel.	8 h de Contexto de Estágio (CE) 8 h de Trabalho de Formando (TF)  4 h de CE 4 h de TF	<p>Todas as atividades programadas foram desenvolvidas dentro dos <i>timings</i> estabelecidos.</p> <p>Todos os recursos previstos foram rentabilizados, demonstrando-se adequados para o desenvolvimento do projeto.</p> <p>Houve pequenas alterações na gestão do tempo, relativamente ao planeado, sem prejuízo para a concretização do PIS.</p>
		Equipa de Enfermagem do Serviço	Grelha de observação elaborada;	20 h de CE 20 h de TF	
			Grelha de observação elaborada;	50 h de CE 50 h de TF	





**OBJECTIVOS DELINEADOS**

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos			Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
2. Elaborar o padrão documental da avaliação inicial, atitudes terapêuticas e processo de enfermagem (conteúdos clínicos) e core de indicadores de enfermagem para a Consulta de ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração do protótipo da avaliação inicial para a consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada;</li> <li>• Definição dos diagnósticos de enfermagem (<i>status</i> dos focos), tendo em consideração o RMDE desenvolvido para a realidade portuguesa por Pereira (2009), para garantia da integridade e comparabilidade do RMDE produzido;</li> <li>• Definição do conjunto de atitudes terapêuticas necessárias;</li> <li>• Definição das intervenções de enfermagem de alta sensibilidade para os focos identificados, e que possibilitam dar resposta aos diagnósticos definidos e às atitudes terapêuticas identificadas, tendo em consideração o RMDE desenvolvido para a realidade portuguesa por Pereira (2009) e os pressupostos de Johnson, Maas e Moorhead (1997, 2000);</li> <li>• Concretização do protótipo final do RMDE para a Consulta de ORL.</li> <li>• Elaboração de lista dos principais indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem como produto resultante dos focos de alta sensibilidade do RMDE, também considerando Pereira (2009) e Johnson, Maas e Moorhead (1997, 2000).</li> </ul>	Equipa de Enfermagem do Serviço	Lista definitiva dos focos; Computador; Impressora; Papel.	8 h de CE 8 h de TF  16 h de CE 16 h de TF  4 h de CE 4 h de TF 20 h de CE 20 h de TF  12 h de CE 8 h de TF  6 h de CE 6 h de TF	<p>Todas as atividades programadas foram desenvolvidas dentro dos <i>timings</i> estabelecidos.</p> <p>Todos os recursos previstos foram rentabilizados, demonstrando-se adequados para o desenvolvimento do projeto.</p> <p>Houve pequenas alterações na gestão do tempo, relativamente ao planeado, sem prejuízo para a concretização do PIS.</p> <p>Foi produzido o RMDE de suporte aos registos (padrão documental dos conteúdos clínicos) e o core de indicadores de enfermagem daí extraídos, disponibilizado em <b>Apêndice II</b>, pelo que se atingiu o <b>2º</b> objetivo proposto.</p>

**OBJECTIVOS DELINEADOS**

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Recursos			Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
3. Realizar formação à equipa de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração da apresentação de diapositivos;</li> <li>• Divulgação da sessão de formação à equipa de enfermagem;</li> <li>• Execução da formação (2 sessões), com a realização de uma parte teórica e outra prática sobre a aplicação SAPE Consulta Externa;</li> <li>• Avaliação da formação.</li> </ul>	Equipa de Enfermagem	Computador	6 h de CE 6 h de TF	<p>Foi realizada a sessão de formação à equipa de enfermagem na qualidade de formador do Departamento de Formação, em conjunto com o Enf. Hugo Franco – <b>Apêndice XII.</b></p> <p>A formação foi avaliada em formulários próprios do Departamento – <b>Apêndice XIII.</b></p> <p>A equipa atingiu os objetivos da sessão, estando capacitada para a realização de registos na aplicação SAPE, Módulo Consulta Externa.</p> <p>O 3º objetivo foi assim atingido.</p>
			Computador; Projetor multimédia; Sala de Informática.	4 h de CE	
			Impresso próprio do Departamento de Formação	1 h de CE 1 h de TF	

**OUTROS OBJECTIVOS DEFINIDOS / ATINGIDOS**

Outros Objetivos Atingidos	Atividades/Estratégias	Recursos			Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p><b>4.</b> Solicitar parametrização do RMDE e das configurações de especialidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedido de validação institucional do RMDE ao Grupo SAPE Ambulatório e ao Grupo de Parametrizadores;</li> <li>• Definição das definições de configuração de especialidade</li> <li>• Envio do RMDE validado e das configurações de especialidade definidas para o Grupo de Parametrizadores e Informática para concretização da parametrização;</li> <li>• Colaboração no processo de parametrização.</li> </ul>	<p>Grupo SAPE Ambulatório e Grupo de Parametrizadores</p> <p>Técnicos de Informática</p>	<p>Computador; RMDE em papel; Impressora; Papel; Lista de configurações de especialidade.</p>	<p>6 h de CE 6 h de TF</p>	<p>A parametrização foi finalizada pela Informática e pelo Grupo de Parametrizadores a 14 de Maio de 2012.</p>
<p><b>5.</b> Preparar a operacionalização dos registos informatizados para a Consulta de ORL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitação de acesso informático à aplicação SAPE para todos os enfermeiros do Serviço;</li> <li>• Disponibilização da formação realizada em e-learning para ajudar a ultrapassar eventuais dificuldades durante a prática;</li> <li>• Participação no arranque dos registos informatizados.</li> </ul>		<p>Computador; Apresentação de slides realizada.</p>	<p>2h de CE 4 h de TF</p>	<p>Acesso concedido pela Informática em 14 de Maio de 2012.</p> <p>A disponibilização da formação realizada, em <i>e-learning</i>, contribuiu para o esclarecimento de dúvidas do dia-a-dia, permitindo ultrapassar dificuldades nos registos.</p> <p>Os registos informatizados na consulta de ORL tiveram início a 1 de Junho de 2012.</p>

#### **2.1.4. Avaliação**

O resultado final deste projeto superou as nossas expectativas, tendo em consideração o diagnóstico e planeamento efetuados numa perspetiva concordante com a realidade e os recursos disponíveis no contexto no início do projeto.

A sua pertinência e, fundamentalmente, a oportunidade de desenvolver este projeto institucionalmente, com o apoio do Conselho de Administração, foram determinantes para potenciar os seus pontos fortes e minimizar os seus pontos fracos, atingindo um resultado final que supera os objetivos propostos inicialmente.

Por outro lado, o percurso realizado durante o diagnóstico, planeamento, execução e avaliação do PIS contribuiu também, de forma determinante, para atingir o objetivo fundamental da sua realização, nomeadamente a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências comuns do enfermeiro especialista.

Neste sentido, o papel central do PIS, em conjunto com concretização e implementação de normas de procedimento assentes no respeito pelos direitos humanos e promotoras da melhoria contínua das práticas (incorporadas no PAC), promoveu o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nos seguintes domínios:

- No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, em que com a realização do PIS promovemos o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção e promovemos práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, através de:
  - Demonstração de tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;
  - Suporte da decisão em princípios, valores e normas deontológicas;
  - Liderança de forma efetiva dos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na área de especialidade;
  - Avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão;
  - Promoção da proteção dos direitos humanos;
  - Gestão na equipa, de forma apropriada das práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente, donde

evidenciamos a orientação clínica da *práxis* consumada através do desenvolvimento dos conteúdos clínicos do RMDE para a Consulta de ORL.

- No domínio da melhoria contínua da qualidade, em que com a realização do PIS evidenciámos o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte do RMDE enquanto iniciativa estratégica institucional na área da governação clínica, promovemos a conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e promovemos a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, através de:
  - Participação em projetos institucionais na área da qualidade, onde se enquadra o desenvolvimento de um RMDE;
  - Incorporação de diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática, evidenciados no PIS;
  - Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado, através da criação de um *core* de indicadores de enfermagem desenhados a partir do RMDE;
  - Planeamento do PIS enquanto programa de melhoria contínua;
  - Liderança de programas de melhoria, onde se enquadra o trabalho desenvolvido com o PIS;
  - Promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo, proporcionado pela definição da orientação clínica de enfermagem desenvolvida no RMDE;
  - Gestão do risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.
- No domínio da gestão dos cuidados, em que com a realização do PIS evidenciámos a promoção da gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, através de:
  - Otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, consumada pela orientação clínica promovida pelo RMDE;
  - Orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade, promovida pela liderança no desenvolvimento do PIS;
  - Otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;

- Adaptação do estilo de liderança e adequação deste ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos, durante o desenvolvimento do PIS.
- No domínio das aprendizagens profissionais, em que com a realização do PIS promovemos o desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade, promovemos uma praxis clínica especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento orientados por uma prática baseada na evidência, através de:
  - Evidência de uma elevada consciência enquanto pessoa e enfermeiro, através da reflexão e análise de competências e promoção de atividades e estratégias para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista;
  - Geração de respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional, através do PIS;
  - Responsabilização enquanto elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;
  - Suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade, pelo recurso a metodologias de investigação, onde se enquadra o PIS;
  - Liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, em que se insere a orientação da prática clínica definida pelo RMDE desenvolvido no PIS.

Desta forma, a realização do PIS, enquanto projeto de melhoria contínua, utilizando a metodologia de projeto, respeitando os aspetos éticos e deontológicos, tendo o tema central focalizado na conceção, gestão e implementação de boas práticas no contexto, promovendo a valorização do exercício autónomo do enfermeiro, assumiu-se como ferramenta fundamental para o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista.

## 2.2. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados atingidos pela implementação de um projeto é uma etapa essencial, pelo fato de divulgar o mesmo, a sua pertinência e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema (Ruivo et al., 2010).

A divulgação faz parte do desenvolvimento de um projeto, pelo que deve ser corretamente planeada, com o objetivo de informar o público, promover o *feedback* da informação fornecida, da abordagem realizada ou do método usado, assim como da transferência e adaptação das metodologias e materiais a outros setores, contextos e línguas. Desta forma, a divulgação garante o conhecimento externo do projeto e a hipótese de debater as estratégias utilizadas na resolução do problema (*Idem*).

Os autores defendem que o recurso à metodologia de projeto, enquanto forma de resolver um problema ou colmatar uma necessidade, de uma Instituição em geral ou de um Serviço em particular, é fundamental para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (*Ibidem*).

Neste sentido, após solicitação do Centro Hospitalar Lisboa Central à nossa instituição, partilhámos e divulgámos o nosso projeto em 2013 numa sessão de esclarecimento proporcionada a um grupo de enfermeiros desse Centro Hospitalar, em colaboração com o Conselho de Administração da nossa instituição, de forma a divulgar a nossa experiência, e contribuindo assim para o início do projeto dos nossos colegas.

No decorrer do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizámos a divulgação do presente PIS através da apresentação de uma comunicação livre, integrada no Painel III do 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica que decorreu nos dias 24 e 25 de Janeiro de 2014 em Coimbra, evento promovido pela Ordem dos Enfermeiros / Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, de forma a partilhar o nosso percurso, metodologia, resultados, conclusões e recomendações.

A nossa presença e a divulgação do projeto e da instituição foram previamente autorizadas pelo Conselho de Administração, na pessoa da Sra. Enfermeira Diretora.

Tivemos a honra de ser escolhidos entre centenas de candidaturas, o que de certa forma espelha a aceitação do nosso projeto. Sentimos também que a apresentação reteve a atenção da plateia, para a qual esperamos ter proporcionado uma experiência significativa, na eventualidade de quererem desenvolver projetos similares, o que representava também um dos objetivos da divulgação.

A elaboração de um artigo sobre o PIS, que colocamos em Apêndice I, enquanto exigência a integrar no presente relatório, é, do nosso ponto de vista, uma ótima modalidade de divulgação do projeto futuramente através de revista científica, principalmente considerando os contributos para o reforço da evidência científica da



metodologia utilizada e dos resultados obtidos através da realização de uma revisão integrativa da literatura no âmbito do seu tema central, enquanto informação científica dirigida à população em geral e aos profissionais de saúde em particular.

### 2.3. CONFRONTO COM A EVIDÊNCIA

O PIS foi desenvolvido no decurso do CPLEEMC através de Metodologia de Projeto, a qual se baseia numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência (Ruivo et al., 2010), permitindo-nos atingir os objetivos a que nos propusemos com a sua realização.

No âmbito do MEMC foi-nos solicitada a realização de uma revisão sistemática ou integrativa da literatura, através da qual pretendemos reforçar a evidência das atividades realizadas, das estratégias utilizadas e dos resultados atingidos no desenvolvimento do RMDE concretizado no PIS.

A Prática Baseada em Evidência (PBE) incita ao recurso a resultados de pesquisa nos cuidados de saúde prestados a diferentes níveis, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica (Mendes et al., 2008). Consiste numa abordagem de solução de problemas para a tomada de decisão que integra a pesquisa da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências da pessoa cuidada (Melnik, 2003). Envolve a definição de um problema, a pesquisa e a análise crítica das evidências disponíveis, a implementação das mesmas na prática e a avaliação dos resultados obtidos. Desta forma, esta abordagem estimula cuidados de saúde fundamentados em conhecimento científico (Galvão et al., 2003).

A utilização de evidências científicas exige competências do enfermeiro, na medida em que exige a associação de resultados provenientes de investigação na prática clínica para a resolução de problemas (Stetler, 1998). Nesta perspetiva, o recurso a resultados de investigação é identificado como um dos pilares da PBE, e em que, na implementação desta metodologia, o enfermeiro precisa saber como obter, interpretar e integrar as evidências dos dados clínicos obtidos e as preferências da pessoa cuidada na tomada de decisão em enfermagem (Galvão et al., 2003).

A PBE requer a utilização de metodologias de revisão de literatura, que permitem a pesquisa, a análise crítica e a síntese das evidências disponíveis no âmbito do tema central de investigação, podendo ser concretizada através de revisão sistemática ou revisão integrativa (Whittemore, 2005).

Enquanto metodologia de investigação para uma PBE, a revisão integrativa da literatura possibilita a integração de evidências na prática clínica. Tem como finalidade agregar e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema ou questão concretos, de forma ordenada e sistemática, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento no âmbito investigado (Roman, 1998).

De acordo com Silveira (2005), a revisão integrativa delimita ainda o conhecimento atual sobre uma temática específica, considerando que é desenvolvida de forma a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre a mesma temática ou problema, contribuindo, assim, para uma possível melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Neste ponto de vista, evidencia-se o impacto da utilização da metodologia de revisão integrativa no desenvolvimento de políticas, protocolos e normas de procedimento, e ainda na reflexão crítica indispensável à melhoria da prática (Stetler, 1998). O desenvolvimento das metodologias de revisão preconizadas na PBE contribui de forma significativa para a investigação na saúde e na enfermagem (Mendes et al., 2008), cujo alcance pretendemos atingir com a realização da presente revisão integrativa da literatura.

Esta metodologia de investigação possibilita a síntese de múltiplos estudos publicados e permite alcançar conclusões gerais a propósito de uma área de estudo específica. É uma metodologia valiosa para a enfermagem, porque, frequentemente, os profissionais não têm tempo suficiente para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível, devido à grande quantidade de estudos, além da dificuldade decorrente de realizar a análise crítica dos mesmos (Polít et al., 2006).

A escolha da realização de uma revisão integrativa da literatura fundamentou-se no tipo de problemática identificada e no tipo de literatura disponível sobre a temática do desenvolvimento dos RMDE. Neste sentido, considerámos Broome (2000) quando refere que a revisão integrativa tem a vantagem de permitir a inclusão simultânea de estudos experimentais e quase-experimentais, proporcionando uma compreensão mais completa do tema em investigação. Segundo o autor, esta metodologia permite a combinação de resultados de literatura teórica e empírica, podendo, ainda, ser realizada com diferentes

finalidades, nomeadamente, ser orientada para a definição de conceitos, para a revisão de teorias ou para a análise metodológica dos estudos incluídos num tópico específico.

A diversidade na constituição da amostra da revisão integrativa em combinação com a pluralidade de finalidades deste método apresenta como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relacionados com os cuidados de enfermagem (*Idem*).

Neste sentido, propusemos realizar uma revisão integrativa da literatura considerando o tipo de projeto desenvolvido no PIS e as particularidades desta metodologia de investigação, que na perspetiva de Whitemore (2005) é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado. Além disso, combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos, nomeadamente, definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (Whitemore, 2005).

Em virtude da extensão do trabalho produzido na revisão integrativa da literatura, denominada “Desenvolvimento de um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa da Literatura”, e considerando as limitações estabelecidas para a extensão do presente relatório, remetemos a apresentação da revisão elaborada para **Apêndice XIV**, apresentando neste capítulo apenas os contributos da mesma para o reforço da evidência do trabalho desenvolvido no PIS, para os quais evoluímos seguidamente.

### **2.3.1. Contributos para os Resultados do PIS**

A elaboração da presente revisão integrativa da literatura contribuiu para o reforço da evidência científica do projeto desenvolvido no PIS, e, ainda, para o desenvolvimento das competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na sua realização procurámos preservar o rigor metodológico e a clareza na apresentação dos resultados que se exigem num trabalho desta natureza, pelo que incluímos as seis etapas distintas sequenciais que caracterizam uma revisão integrativa, nomeadamente:

1. “Identificação do problema / Elaboração da pergunta de pesquisa;

2. Definição de critérios de inclusão e exclusão dos estudos / Amostragem ou pesquisa na literatura;
  3. Colheita de dados / Categorização dos estudos;
  4. Análise crítica dos estudos incluídos;
  5. Discussão dos resultados;
  6. Apresentação da revisão integrativa / Síntese do conhecimento.”
- (Cooper, 1984; Ganong, 1987; Beyea et al., 1998; Broome, 2000; Whitemore, 2005; Souza et al., 2010; Melnyk e Fineout-Overholt, 2011).

Começamos por identificar como problema de investigação a problemática do “Desenvolvimento de um RMDE”, focando-nos na metodologia utilizada, os pressupostos considerados e os resultados atingidos.

Seguidamente, e considerando o tema central de investigação, formulámos a pergunta de investigação em formato PICOT (Melnyk e Fineout-Overholt, 2011) da seguinte forma **“Como desenvolver (O) um Resumo Mínimo de Dados (I) de Enfermagem (P)?”**.

Realizámos pesquisa em bases de dados amplas e diversificadas, definimos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, em consonância com a pergunta de investigação, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse de forma a garantir a representatividade da amostra, contribuído, assim, para a confiabilidade e a fidedignidade dos resultados (Souza et al., 2010).

Escolhemos para a presente revisão artigos científicos publicados em texto integral e analisados por especialistas, sem restrição do período temporal da realização e indexação, usando como critério de busca as palavras-chave “Desenvolvimento” AND “Resumo” AND “Mínimo” AND “Dados” AND “Enfermagem”, e ainda combinações entre as quatro últimas referidas e os termos “Criação” e “Implementação” em português, inglês e espanhol (traduzidos tecnicamente). Através destas pesquisas foram obtidos um total combinado de 235 (duzentos e trinta e cinco) artigos diferentes, aos quais aplicámos os critérios de inclusão e exclusão definidos, dos quais permaneceram 5 artigos para a presente revisão.

Avaliámos a qualidade dos estudos selecionados através dos instrumentos disponibilizados pelo Critical Appraisal Skills Programme (CASP), disponíveis em “<http://www.caspinternational.org/?o=1012>”, e, ainda, o nível de evidência dos mesmos de acordo com a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

Relativamente aos contributos dos resultados da revisão integrativa, em comparação com o trabalho concretizado no PIS no desenvolvimento do RMDE para a Consulta de ORL, evidenciamos os seguintes:

**1.** Relativamente aos **participantes** no estudo, a escolha de amostras representativas da população, em vez da totalidade das instituições de saúde de contextos nacionais de vários países, foram as que permitiram atingir todos os objetivos dos programas de desenvolvimento dos RMDE descritos.

No trabalho desenvolvido no PIS optámos por analisar todo o contexto de cuidados de enfermagem da consulta de ORL (população) para o desenvolvimento dos conteúdos clínicos do RMDE, tendo em consideração tratar-se de um contexto local de cuidados observáveis na sua totalidade sem constrangimentos para a investigação.

Esta atividade / estratégia vai de encontro aos resultados de Mac Neela et al. (2006) quando evidenciam o potencial da pesquisa de campo para sugerir elementos de dados em vez de os confirmar, o que ainda não foi realizado. Neste sentido, os autores reforçam o fato de a concetualização e validação empírica de elementos "centrais" da enfermagem não terem recebido tanta atenção como o instrumento de desenvolvimento e de qualidade dos dados.

Concluimos, assim, que a estratégia / atividade utilizada se constituiu como uma inovação relativamente aos trabalhos já desenvolvidos, estando de acordo com a mais recente evidência e recomendações neste âmbito.

**2.** No que concerne à **intervenção** para o desenvolvimento dos RMDE, concluimos na revisão integrativa a pertinência da utilização de várias metodologias (multi-método), quer em simultâneo quer por fases, enquanto contributo para atingir os objetivos propostos nos estudos, assim como para a validação dos conteúdos produzidos, donde se evidenciam as seguintes metodologias: **Grupos de discussão focal; Listas de conteúdos clínicos; Análise dos registos de enfermagem; Revisão da literatura.**

No trabalho do PIS utilizámos as seguintes metodologias:

- **Listas de conteúdos clínicos** – como ponto de partida para a validação de conteúdos clínicos, onde registámos as frequências dos focos de atenção de enfermagem utilizando a CIPE;
- **Análise dos registos de enfermagem** – para adequação dos conteúdos clínicos à práxis dos contextos, enquanto contributo para a construção e para a validação do RMDE;

• **Revisão da literatura** – para validação de conteúdos clínicos, enquanto critério de inclusão e exclusão de conteúdos, e, ainda, para uma prática baseada na evidência. Neste âmbito, destacamos a avaliação da sensibilidade aos cuidados de enfermagem dos diferentes focos de atenção da prática com base nos trabalhos de Johnson, Maas e Moorhead (1997, 2000) e (Pereira, 2009);

Não utilizámos a estratégia do **Grupo de discussão focal** pelo fato de desenvolvermos exercício profissional continuado desde há 10 anos no contexto proposto para o projeto, traduzindo-se esta experiência profissional num domínio aprofundado dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto, que, ainda assim, foram aferidos continuamente durante o desenvolvimento do projeto, através do envolvimento da equipa observada.

Concluímos, assim, que as estratégias / atividades utilizadas estiveram de acordo com as mais recentes evidências neste âmbito, nomeadamente considerando as conclusões da presente revisão integrativa da literatura, que reforçaram a pertinência da metodologia desenvolvida e dos resultados atingidos no desenvolvimento do RMDE para a Consulta de ORL.

Após apresentação do PIS avançamos seguidamente para a descrição do PAC, que foi desenvolvido durante o CPLEEMC.

### 3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

A equipa coordenadora do 2º CPLEEMC da ESS IPS considerou, para os estágios do curso (Estágios I, II e III), o objetivo de proporcionar um espaço de aprendizagem que promovesse o desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho, através da realização de um conjunto de estágios articulados entre si, em serviços / unidades expressamente relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem médico-cirúrgica.

No âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II do 2º CPLEEMC, foi solicitada a elaboração de um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), com a finalidade de diagnosticar, planear, executar e avaliar a aquisição de competências do enfermeiro especialista, com particular incidência nas competências especializadas específicas em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, projeto este que foi desenvolvido durante os Estágios I, II e III.

Na nossa perspetiva, a construção deste projeto evidenciou a responsabilização enquanto estudante na orientação do processo de aprendizagem, na medida em que nos permitiu identificar os aspetos úteis a desenvolver e, qual ou quais, as áreas em que onde investir e promover o aperfeiçoamento profissional, de forma a adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências necessárias.

A aprendizagem pode enunciar-se como um processo de aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de competências e mudança de comportamentos, que visam o aperfeiçoamento profissional. O ICN (2011, p.39), na sua versão 2.0 da CIPE, refere que a “Aprendizagem é o processo de adquirir conhecimento ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência.” Neste âmbito, Abreu (2007, p.9) refere que a aprendizagem se consolida através de “processos de assimilação ancorados em aprendizagens significativas anteriores”. Defende ainda que, quer a “aprendizagem quer a análise dos trajetos de formação têm subjacente uma perspetiva ecológica do desenvolvimento” (*Idem*).

Estabelecemos como objetivos para o PAC, os seguintes:

1. Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências comuns do Enfermeiro Especialista;
2. Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:
  - 2.1. Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica;
  - 2.2. Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Seguidamente apresentamos as atividades desenvolvidas, as estratégias utilizadas, os recursos usados e a avaliação do trabalho realizado no âmbito do presente PAC.

### 3.1. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

O ponto de partida para a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista teve em consideração o diagnóstico situacional realizado inicialmente, baseado na reflexão e análise da *práxis* comparativamente com os perfis de competências estabelecidos pela OE para o Enfermeiro Especialista (Regulamento 122/2011), referente às competências comuns, e para o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento 124/2011) e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011e), referentes às competências específicas respetivas.

Assim, identificámos, previamente, as áreas nas quais já evidenciávamos a adequação da *práxis* às competências do especialista, assim como aquelas em que era importante planear um conjunto de intervenções e envolver os recursos, com vista à sua aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento. Nesta identificação de competências já apresentadas, comparativamente às comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, tivemos em consideração o percurso profissional desenvolvido previamente à frequência do CPLEEMC, onde se evidenciaram alguns cargos / funções desempenhados, assim como formação frequentada em serviço e institucional, formação em eventos nacionais como formador e formando, e formação pós-graduada realizada. Neste contexto, entre outros, identificámos como relevantes para a análise das competências do especialista já evidenciadas na *práxis*, os seguintes:



- Dinamizador / Elemento de referência para a Acreditação Hospitalar – Programa de Qualidade da Instituição entre 2004 e 2012;
- Responsável pela Formação em Serviço desde 2011;
- Chefe de Equipa de Enfermagem desde 2005;
- Dinamizador / Elemento de referência para a Pessoa com Diabetes Mellitus entre 2007 e 2010;
- Dinamizador da página de internet da Equipa de Enfermagem do Serviço, entre 2005 e 2010;
- Parametrizador dos Registos de Enfermagem Informatizados - SAPE desde 2006;
- Auditor da Qualidade desde 2006;
- Curso de Pós-Graduação em Gestão em Saúde para Enfermeiros, concluído em 2005;
- Outras formações realizadas numa perspetiva de aperfeiçoamento profissional contínuo:
  - Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores; Comunicação e Assertividade para Enfermeiros; Motivação e Liderança para Chefes de Equipa de Enfermagem; Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde; Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho; Gestão do Risco Hospitalar.

O presente PAC foi realizado sob orientação da Sra. Enfermeira Especialista Paula Paramés e da Sra. Professora Dra. Lurdes Martins. A sua execução respeitou o planeamento realizado nos estágios anteriores, sendo apenas introduzidas ações alternativas relativamente às estratégias e atividades propostas para o desenvolvimento da competência “K.2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”, as quais contribuíram de forma determinante para dar resposta a todos os critérios de avaliação desta competência específica.

O trabalho desenvolvido durante os Estágios permitiu-nos atingir todos os objetivos propostos, nomeadamente a adequação total ao perfil de competências especializadas comuns e específicas a que nos propusemos. No **Quadro 3** apresentamos a descrição pormenorizada da execução e avaliação do PAC, onde, relativamente às prioridades estabelecidas e aos objetivos delineados para a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências especializadas, descrevemos as atividades e estratégias desenvolvidas e a avaliação do trabalho realizado. Como complemento, apresentamos em Apêndice IV um cronograma ilustrativo da execução do PAC.

Quadro 3 – Execução e Avaliação do PAC

Objetivos	Competências	Atividades / Estratégias programadas e desenvolvidas	Avaliação
<p><b>1. Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências comuns do Enfermeiro Especialista</b></p>	<p><b>A. No Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b>                      A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção  <i>A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada</i>  <i>A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas</i>  <i>A1.3. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade</i>  <i>A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão</i></p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p>	<p>- Desenvolver uma prática profissional e ética no nosso campo de intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidenciamos o cumprimento de todos os procedimentos formais e éticos na realização dos projetos desenvolvidos.</li> </ul> <p>- Demonstrar uma tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;</p> <p>- Liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na área de especialidade;</p> <p>- Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão;</p> <p>- Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>- Promover a proteção dos direitos humanos;</p> <p>- Gerir na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que pudessem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade da pessoa e do prestador de cuidados;</p> <p>- Desenvolver e implementar normas de procedimento assentes no respeito pelos direitos humanos e promotoras da melhoria contínua das práticas, nomeadamente sobre: <b>Prevenção de Quedas (Apêndice V), Precauções Básicas em Controlo de Infecção (Apêndice VI), Avaliação, Controlo e Tratamento da Dor (Apêndice VII), Ações Paliativas (Apêndice VIII) e Plano de Evacuação (Apêndice IX)</b>;</p> <p>- Incorporar na prática os contributos lecionados ao longo dos 3 semestres, e ainda os contributos da realização do trabalho de <b>Supervisão de Cuidados (Apêndice X)</b>;</p> <p>- Refletir e analisar estas competências no trabalho de</p>	<p>O diagnóstico realizado nos Estágios I e II permitiu-nos aferir as competências já evidenciadas na <i>práxis</i>, assim como as desenvolvidas através dos contributos lecionados ao longo do curso e da reflexão realizada no âmbito do trabalho de Supervisão Clínica.</p> <p>Além disso, foram desenvolvidas todas as atividades e estratégias programadas para o Estágio III, que visaram o aperfeiçoamento profissional e a <b>adequação total da prática clínica aos critérios de avaliação destas competências comuns do enfermeiro especialista</b>, onde destacamos o papel central do PIS e do desenvolvimento e implementação de normas de procedimento assentes no respeito pelos direitos humanos e promotoras da melhoria contínua das práticas, nomeadamente sobre: Prevenção de Quedas; Precauções Básicas em Controlo de Infecção – Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse; Avaliação, Controlo e Tratamento da Dor; Ações Paliativas; Plano de Evacuação.</p> <p>No final dos estágios realizados, e em</p>

	<p>A2.1. <i>Promove a proteção dos direitos humanos</i></p> <p>A2.2. <i>Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente</i></p>	<p><b>Supervisão de Cuidados.</b></p>	<p>resultado do PAC desenvolvido, consideramos que a <i>práxis</i> atual reflete o desenvolvimento de todas as competências neste domínio.</p> <p>Relativamente a esta competência, os resultados atingidos evidenciam a demonstração de um exercício profissional, seguro e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, assentando esta competência num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.</p> <p>Evidenciamos ainda a demonstração de uma prática clínica que respeita os direitos humanos, a análise e interpretação em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações comprometedoras para os clientes.</p>
	<p><b>B. No Domínio da melhoria contínua da qualidade</b></p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B1.1. <i>Inicia e participa em</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</li> <li>- Participar no Grupo Institucional dos Registos Informatizados – SAPE;</li> <li>- Concluir o PIS com sucesso, atingindo todos os objetivos propostos;</li> <li>- Liderar a realização do Programa de Controlo e Tratamento da Dor no Serviço;</li> </ul>	<p>No final dos estágios realizados, e em resultado do PAC desenvolvido, consideramos que a <i>práxis</i> atual reflete a aquisição de todas as competências neste domínio.</p> <p>Concretamente, no que se refere a estas competências, a <i>práxis</i> que resultou das estratégias utilizadas e projetos concretizados evidencia a colaboração na</p>

	<p><i>projetos institucionais na área da qualidade</i></p> <p><i>B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</i></p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p><i>B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado</i></p> <p><i>B2.2. Planeia programas de melhoria contínua</i></p> <p><i>B2.3. Lidera programas de melhoria</i></p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><i>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo</i></p> <p><i>B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática no âmbito da área de intervenção da especialidade;</li> <li>- Realizar pesquisa e incorporarmos no desempenho de funções de dinamizador da qualidade e da evidência mais recente na área da qualidade, pesquisada e consultada;</li> <li>- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;</li> <li>- Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado, de acordo com as funções desempenhadas de auditor da qualidade no serviço;</li> <li>- Realizar pesquisas da evidência científica na área da qualidade;</li> <li>- Planear programas de melhoria contínua;</li> <li>- Diagnosticar oportunidades de melhoria e implementar melhoria da qualidade na intervenção ao nível da Dor e Queda;</li> <li>- Promover a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro;</li> <li>- Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo;</li> <li>- Promover a melhoria da intervenção ao nível da prevenção de quedas e atualizar a norma de procedimento;</li> <li>- Promover o desenvolvimento de medidas para a segurança dos dados e registos, no âmbito do desempenho das funções de auditor da qualidade no serviço;</li> <li>- Gerir o risco ao nível do Serviço;</li> <li>- Colaborar na avaliação do risco clínico e não clínico, em conjunto com a Enfermeira Chefe e com o Elemento Dinamizador da Gestão do Risco Clínico e Não Clínico do Serviço;</li> <li>- Desenvolver e implementar normas de procedimento assentes no respeito pelos direitos humanos e promotoras da melhoria</li> </ul>	<p>conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e realização da disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.</p> <p>Evidenciamos também a capacidade de avaliação da qualidade, e, partindo dos resultados, de implementação de programas de melhoria contínua, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados.</p> <p>Não menos importante, relevamos a atuação proactiva promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes.</p>
--	--	--	---

		<p>contínua das práticas, nomeadamente sobre: <b>Prevenção de Quedas (Apêndice V), Precauções Básicas em Controlo de Infecção (Apêndice VI), Avaliação, Controlo e Tratamento da Dor (Apêndice VII), Ações Paliativas (Apêndice VIII) e Plano de Evacuação (Apêndice IX);</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporar na prática os contributos lecionados ao longo dos 3 semestres, e ainda os contributos da realização do trabalho de <b>Supervisão de Cuidados (Apêndice X);</b></li> <li>- Refletir sobre o trabalho de <b>Supervisão de Cuidados.</b></li> </ul>	
	<p><b>C. No Domínio da gestão dos cuidados</b></p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p><i>C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</i></p> <p><i>C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade</i></p> <p>C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados</p> <p><i>C2.1. Otimiza o trabalho da</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e dos colaboradores e da articulação na equipa multiprofissional;</li> <li>- Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;</li> <li>- Realizar o melhoramento da informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, as intervenções sensíveis aos cuidados e a avaliação contínua do processo de cuidar, divulgando à equipa;</li> <li>- Orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade;</li> <li>- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;</li> <li>- Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;</li> <li>- Adaptar o estilo de liderança e adequá-lo ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos;</li> <li>- Desenvolver e implementar normas de procedimento assentes no respeito pelos direitos humanos e promotoras da melhoria contínua das práticas, nomeadamente sobre: <b>Prevenção de Quedas (Apêndice V), Precauções Básicas em Controlo de</b></li> </ul>	<p>No final dos estágios realizados, e em resultado do PAC desenvolvido, consideramos que a <i>práxis</i> atual reflete, relativamente a este domínio de competências, uma gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.</p> <p>Nesta perspetiva, relevamos ainda demonstração de uma adaptação eficaz dos recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.</p>

	<p><i>equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados</i></p> <p><i>C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos</i></p>	<p><b>Infeção (Apêndice VI), Avaliação, Controlo e Tratamento da Dor (Apêndice VII), Ações Paliativas (Apêndice VIII) e Plano de Evacuação (Apêndice IX);</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporar na prática os contributos lecionados ao longo dos 3 semestres, e ainda os contributos da realização do trabalho de <b>Supervisão de Cuidados (Apêndice X);</b></li> <li>- Refletir sobre o trabalho de <b>Supervisão de Cuidados.</b></li> </ul>	
	<p><b>D. No Domínio das aprendizagens profissionais</b></p> <p>D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade</p> <p><i>D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro</i></p> <p><i>D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional</i></p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p><i>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade;</li> <li>- Concretizar o PIS com sucesso;</li> <li>- Desenvolver uma elevada autoconsciência enquanto pessoa e enfermeiro;</li> <li>- Gerir respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional;</li> <li>- Intervir proactivamente no reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade;</li> <li>- Utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos;</li> <li>- Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</li> <li>- Responsabilizar-nos enquanto facilitadores da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;</li> <li>- Desempenhar as funções de responsável pela formação em serviço de acordo com os princípios descritos nesta competência, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, avaliando o impacto da formação;</li> <li>- Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;</li> </ul>	<p>Os resultados atingidos com o presente PAC permitem-nos demonstrar, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que esta interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, relevando a dimensão pessoal e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.</p> <p>Neste sentido, a práxis atual evidencia a capacidade de basear os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, onde assumimos um papel facilitador nos processos de aprendizagem e de agente ativo no campo da investigação.</p>

	<p><i>D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade</i></p> <p><i>D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinamizar e gerir a incorporação do novo conhecimento no contexto da prática, identificando lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;</li> <li>- Envolver na investigação e colaboração em estudos de investigação, quando presentes;</li> <li>- Interpretar, organizar e divulgar dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem;</li> <li>- Evidenciar liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho;</li> <li>- Tomar a iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada, enquanto formador informal e formal;</li> <li>- Desenvolver e implementar normas de procedimento assentes no respeito pelos direitos humanos e promotoras da melhoria contínua das práticas, nomeadamente sobre: <b>Prevenção de Quedas (Apêndice V), Precauções Básicas em Controlo de Infecção (Apêndice VI), Avaliação, Controlo e Tratamento da Dor (Apêndice VII), Ações Paliativas (Apêndice VIII) e Plano de Evacuação (Apêndice IX);</b></li> <li>- Incorporar na prática os contributos lecionados ao longo dos 3 semestres, e ainda os contributos da realização do trabalho de <b>Supervisão de Cuidados (Apêndice X);</b></li> <li>- Refletir sobre o trabalho de <b>Supervisão de Cuidados.</b></li> </ul>	
<p><b>2. Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências específicas do</b></p>	<p><b>K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar 8 semanas consecutivas de estágio na Urgência de ORL;</li> <li>- Realizar 48 horas de estágio na prestação de cuidados exclusivamente a pessoas em situação crítica e /ou falência orgânica, no Internamento de ORL;</li> </ul>	<p>O diagnóstico realizado nos Estágios I e II permitiu-nos aferir as competências já evidenciadas na <i>práxis</i>, assim como as desenvolvidas através dos contributos lecionados ao longo do curso e da</p>



<p><b>Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica</b></p> <p><b>2.1. Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica</b></p>	<p><i>K.1.1. – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica</i></p> <p><i>K.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos</i></p> <p><i>K.1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas</i></p> <p><i>K.1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica</i></p> <p><i>K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde</i></p> <p><i>K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;</li> <li>- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente antecipando possível instabilidade e risco de falência orgânica;</li> <li>- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;</li> <li>- Gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e / ou falência orgânica;</li> <li>- Operacionalizar e promover a integração no processo de cuidar da equipa, os procedimentos normalizados no programa de controlo e tratamento da Dor;</li> <li>- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;</li> <li>- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;</li> <li>- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;</li> <li>- Desenvolver e implementar normas de procedimento assentes no respeito pelos direitos humanos e promotoras da melhoria contínua das práticas à pessoa em situação crítica, nomeadamente sobre: <b>Prevenção de Quedas (Apêndice V), Precauções Básicas em Controlo de Infeção (Apêndice VI), Avaliação, Controlo e Tratamento da Dor (Apêndice VII)</b>;</li> <li>- Incorporar na prática os contributos lecionados ao longo dos 3 semestres, e ainda os contributos da realização do trabalho de <b>Supervisão de Cuidados (Apêndice X)</b>;</li> <li>- Refletir e analisar estas competências no trabalho de <b>Supervisão de Cuidados.</b></li> </ul>	<p>reflexão realizada no âmbito do trabalho de Supervisão Clínica.</p> <p>Além disso, foram desenvolvidas todas as atividades e estratégias programadas para o Estágio III, que visaram o aperfeiçoamento profissional e a <b>adequação total aos critérios de avaliação das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica</b>, onde destacamos o papel central do estágios realizados e do desenvolvimento e implementação de normas de procedimento assentes no respeito pelos direitos humanos e promotoras da melhoria contínua da prática especializada, nomeadamente sobre: Prevenção de Quedas; Precauções Básicas em Controlo de Infeção – Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse; Avaliação, Controlo e Tratamento da Dor.</p> <p>Os estágios realizados na Urgência e Internamento de ORL proporcionado a adequação total aos critérios de avaliação desta competência específica, dada a riqueza de experiências proporcionada ao nível da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.</p> <p>No final dos estágios realizados, e em resultado do PAC desenvolvido, consideramos que a <i>práxis</i> atual</p>
--	--	--	---



	<p><i>pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica</i></p>		<p><b>evidencia a mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família.</b> Relativamente a estes aspetos salientamos as experiências e resposta de intervenção nas seguintes situações decorridas no estágio III:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de cuidados no pós-operatório imediato a pessoas submetidas a laringectomia total e parcial, glossectomia total e parcial;</li> <li>• Gestão de protocolos complexos em pessoas com necessidade de ventilação não invasiva;</li> <li>• Prestação de apoio a traqueostomia urgente no internamento à equipa de Cirurgia Interna e Anestesiologia, com identificação precoce dos focos de instabilidade na origem desta intervenção, e que foi realizada no internamento face à situação crítica da pessoa e à impossibilidade de encaminhar para o Bloco Operatório em tempo útil para manutenção da vida.</li> </ul>
--	---	--	---

	<p><b>K2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação</b></p> <p><i>K.2.1 - Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência</i></p> <p><i>K. 2.2 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe</i></p> <p><i>K.2.3 - Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;</li> <li>- Promover contactos com a Comissão de Gestão de Risco Não Clínico da Instituição;</li> <li>- Conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência</li> <li>- Promover reunião com os Serviços do Piso 3 e com a Comissão de Gestão do Risco Não Clínico para concertação de plano setorial de resposta a situação de catástrofe e evacuação;</li> <li>- Planear a resposta perante pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe;</li> <li>- Prever a gestão dos cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe;</li> <li>- Elaborar o <b>Plano de Evacuação / Plano de Emergência Interno</b> do Serviço (<b>Apêndice IX</b>).</li> <li>- Incorporar na prática os contributos lecionados ao longo dos 3 semestres, relacionados com este âmbito da prática.</li> </ul>	<p>Evidenciamos a <b>adequação total aos critérios de avaliação desta competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica</b>, onde destacamos o papel central do estágio realizado e do desenvolvimento e implementação de normas de procedimento assentes no respeito pelos direitos humanos e promotoras da melhoria contínua da prática especializada, nomeadamente sobre: Plano de Evacuação / Plano de Emergência Interno.</p> <p>Em virtude da impossibilidade institucional de realizar o estágio presencial solicitado na Comissão de Gestão do Risco Clínico, no âmbito dos objetivos propostos, procurámos promover as atividades necessárias e envolver os recursos essenciais para desenvolver as aprendizagens programadas, conducentes à realização do Plano de Evacuação e de Emergência Interna do Serviço, promovendo, simultaneamente, a aquisição das competências planeadas neste âmbito.</p> <p>No final dos estágios realizados, e em resultado do PAC desenvolvido, consideramos que a <i>práxis</i> atual evidencia a conceção de planos institucionais e de</p>
--	---	---	---

			<p>liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, evidenciamos a realização a gestão de equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.</p>
	<p><b>K3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</b>  <i>K.3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</i>  <i>K.3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas;</li> <li>- Realizar 1 semana de estágio na Comissão de Controlo de Infeção (CCI) Hospitalar da Instituição;</li> <li>- Colaborar na elaboração de norma de procedimento geral da CCI sobre <b>Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse (Apêndice XI)</b> e operacionalizar a sua implementação precoce no Serviço;</li> <li>- Conceber planos de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;</li> <li>- Colaborar com o Elemento Dinamizador do Serviço no diagnóstico de necessidades do serviço em matéria de controlo de infeção;</li> <li>- Liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;</li> </ul>	<p>Evidenciamos a <b>adequação total aos critérios de avaliação destas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica</b>, onde destacamos o papel central do estágio realizado e do desenvolvimento e implementação de normas de procedimento assentes no respeito pelos direitos humanos e promotoras da melhoria contínua da prática especializada, nomeadamente sobre: “Precauções Básicas em Controlo de Infeção: Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse”.</p> <p>A realização de estágio opcional na CCI foi muito importante para o desenvolvimento das atividades propostas, contribuindo de forma decisiva para a aquisição destas competências.</p> <p>No final dos estágios realizados, e em resultado do PAC desenvolvido,</p>

	<p><i>Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver a norma de procedimento do Serviço no âmbito das <b>Precauções Básicas em Controlo de Infeção</b>, sobre <b>Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse (Apêndice VI)</b>, enquanto operacionalização da norma de procedimento geral da instituição;</li> <li>- Incorporar na prática os contributos lecionados ao longo dos 3 semestres, e ainda os contributos da realização do trabalho de <b>Supervisão de Cuidados (Apêndice X)</b>;</li> <li>- Refletir e analisar esta competência no trabalho de <b>Supervisão de Cuidados</b>.</li> </ul>	<p>consideramos que a <i>práxis</i> atual reflete uma <b>resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</b></p>
<p><b>2. Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica</b></p> <p><b>2.2. Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em</b></p>	<p><b>L5. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida</b></p> <p><i>L5.1 - Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares.</i></p> <p><i>L5.2 - Promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar 4 semanas de estágio na prestação de cuidados exclusivamente a pessoas em situação crónica, incapacitante e terminal, no Internamento de ORL;</li> <li>- Prestar cuidados à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;</li> <li>- Incorporar na prática os contributos lecionados nas várias áreas, em particular das UT Intervenções de Enfermagem Ao Cliente com Dor, Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem;</li> <li>- Identificar as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares;</li> <li>- Promover intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares;</li> <li>- Envolver os cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades;</li> <li>- Promover a realização de reuniões periódicas da pessoa com</li> </ul>	<p>O diagnóstico realizado nos Estágios I e II permitiu-nos aferir as competências já evidenciadas na <i>práxis</i>, assim como as mobilizadas através dos contributos lecionados ao longo do curso e da reflexão realizada no âmbito do trabalho de Supervisão Clínica.</p> <p>Além disso, foram desenvolvidas todas as atividades e estratégias programadas para o Estágio III, que visaram o aperfeiçoamento profissional e a <b>adequação total aos critérios de avaliação destas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa</b>, onde destacamos o papel central do estágio realizado, exclusivamente na prestação de cuidados à pessoa em situação crónica e paliativa,</p>

<p><b>Situação Crónica e Paliativa</b></p>	<p><i>familiares.</i>  <i>L5.3 - Envolve cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.</i>  <i>L5.4 - Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio.</i></p>	<p>doença crónica, incapacitante e terminal e da família, estabelecendo parcerias no processo de cuidar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio (Unidade de Dor e Psicóloga);</li> <li>- Desenvolver e implementar norma de procedimento sobre <b>Ações Paliativas (Apêndice VIII)</b>;</li> <li>- Incorporar na prática os contributos lecionados ao longo dos 3 semestres, e ainda os contributos da realização do trabalho de <b>Supervisão de Cuidados (Apêndice X)</b>.</li> </ul>	<p>e, ainda, do desenvolvimento e implementação de norma de procedimento assente no respeito pelos direitos humanos e promotora da melhoria contínua da prática especializada, nomeadamente sobre: Ações Paliativas.</p> <p>No final dos estágios realizados, e em resultado do PAC desenvolvido, consideramos que a <i>práxis</i> atual evidencia a identificação das necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, a conceção, implementação e avaliação dos planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde da pessoa e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a sua dignidade, a maximizar a sua qualidade de vida e a diminuir o seu sofrimento.</p>
	<p><b>L6. Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte;</li> <li>- Incorporar na prática os contributos lecionados nas várias áreas, em particular das UT Intervenções de Enfermagem Ao Cliente com Dor, Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem e, ainda, da realização do trabalho de <b>Supervisão de Cuidados (Apêndice</b></li> </ul>	<p>Relevamos a <b>adequação total aos critérios de avaliação destas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa</b>, onde destacamos o papel central do estágio realizado, exclusivamente na prestação de cuidados à pessoa em situação crónica e paliativa, e, ainda, do desenvolvimento e</p>

	<p><i>L6.1 - Promove parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família.</i></p> <p><i>L6.2 - Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto.</i></p> <p><i>L6.3 - Negocia objetivos/metasp de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico</i></p> <p><i>L6.4 - Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz.</i></p>	<p><b>X).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover parcerias terapêuticas com a pessoa portadora de doença crónica incapacitante, cuidadores e família;</li> <li>- Demonstrar respeito pela singularidade e autonomia individual, quando em resposta às vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto;</li> <li>- Negociar objetivos / metas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico;</li> <li>- Reconhecer os efeitos da natureza do cuidar em pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responder de forma eficaz;</li> <li>- Promover espaços de reflexão da equipa para gerir sentimentos e emoções resultantes da prestação de cuidados à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal e da sua família, antecipando riscos psicossociais na equipa;</li> <li>- Desenvolver e implementar norma de procedimento sobre <b>Ações Paliativas (Apêndice VIII).</b></li> </ul>	<p>implementação de norma de procedimento sobre Ações Paliativas.</p> <p>No final dos estágios realizados, e em resultado do PAC desenvolvido, consideramos que a <i>práxis</i> atual evidencia a otimização de resultados de Cuidados Paliativos para indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, com necessidades complexas de cuidados, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas de cuidar.</p>
--	--	--	---

## 4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS

De acordo com a OE (2003, p.16) a competência “refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”. Para Le Boterf (1997), cit. por Martins (2009), a competência representa o saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades, para decidir qual a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta. Esta mobilização, reconhecimento e coordenação de recursos devem ser feitos de forma adaptativa às diversas circunstâncias. Concluindo, o autor descreve a competência profissional como os comportamentos que integram saberes (conhecimentos) na vertente cognitiva; saber-fazer (capacidades) na vertente psicomotora; e saber-ser (atitudes) na vertente emocional, afetiva e ética, variando de competência para competência o peso de cada uma das vertentes (Idem).

De acordo com o estabelecido no REPE, o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua Especialidade (OE, 2011b).

O enfermeiro especialista deve ser detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção, considerando-se que “o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais” (OE, 2009a, p.10). “Pela certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (OE, 2009a, p.10).

Da análise dos perfis de competências especializadas e do mestre, e, em particular, da análise dos critérios de avaliação a responder e às atitudes a evidenciar, compreendemos que as competências especializadas e de mestre, de uma forma geral, são

desenvolvidas com suporte na reflexão crítica da *práxis* e através da reconstrução permanente da identidade profissional do enfermeiro.

Desta forma, consideramos importante incluir, neste quarto capítulo, uma reflexão e análise acerca das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvidas no decorrer dos CPLEEMC e MEMC, procurando evidenciar o contributo das aprendizagens desenvolvidas através dos estágios realizados, dos projetos desenvolvidos, assim como o contributo dos aportes das diferentes UC e UT dos planos de estudos e, ainda, da realização de trabalhos académicos relevantes executados no âmbito destas.

Começamos esta análise pelas competências comuns do Enfermeiro Especialista.

#### 4.1. COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com a OE (2010c), as competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Assim, independentemente da área de especialidade, a OE (2010c) define que todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (Regulamento 122/2011).

São quatro os domínios de competências comuns: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE, 2010c).

Seguidamente identificamos as competências comuns do enfermeiro especialista, agrupadas nos quatro domínios definidos pela OE (2010c), às quais juntamos sequencialmente a nossa análise.



No domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** constam as seguintes competências comuns:

**A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.**

As aprendizagens desenvolvidas durante os estágios realizados e através dos projetos concretizados (PIS e PAC), assim como o contributo dos aportes das diferentes UC e UT dos planos de estudos, donde destacamos a realização do trabalho “Supervisão de Cuidados: A Pessoa Laringectomizada”, permitem-nos demonstrar durante este percurso um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, evidenciando, simultaneamente, um corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente, onde a realização do PIS assume um papel de destaque.

No final deste percurso evidenciamos na prática clínica a demonstração da tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada, utilizando estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com o cliente, a formulação de juízos baseados no conhecimento e na experiência com reflexo na tomada de decisão, a evidência da autonomia de julgamento fundamentado que se reflete na tomada de decisão em situações da prática clínica, através da participação na construção da tomada de decisão em equipa e, ainda, na identificação das respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. Neste âmbito, destacamos o cumprimento dos aspetos éticos relativamente ao desenvolvimento do PIS, à construção das orientações clínicas do RMDE e à prática clínica de enfermagem evidenciada (OE, 2010c).

O desenvolvimento das competências comuns está também evidenciado pelo suporte da tomada de decisão em princípios, valores e normas deontológicas, nomeadamente na avaliação das situações usando técnicas de tomada de decisão, tomando decisões guiadas pelo Código Deontológico, incorporando elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem e promovendo o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico na equipa de Enfermagem onde desenvolvemos os projetos e onde desenvolvemos a prática clínica.

Contribuiu também para o desenvolvimento desta competência a liderança de forma efetiva dos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade relacionados com a nossa área de especialidade, evidenciada através do desempenho do papel de consultor quando os cuidados requereram um nível de competência correspondente à área de especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, do

reconhecimento das competências próprias da área de especialidade, na iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão e na recolha de contributos para a análise dos fundamentos das decisões (OE, 2010c).

Outro aspeto que contribuiu para o desenvolvimento desta competência refere-se à avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão, consumados através da aferição dos resultados das mesmas, assim como da sua avaliação e partilha para a promoção do desenvolvimento da prática especializada, em que o recurso à metodologia de projeto foi determinante para o diagnóstico, planeamento, execução e avaliação do percurso e das decisões tomadas no âmbito dos projetos desenvolvidos.

## **A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

No final do percurso realizado para o desenvolvimento desta competência, evidenciamos na prática clínica a promoção da proteção dos direitos humanos, evidenciada através da defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à área de especialidade própria, através da promoção do respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, através da promoção da confidencialidade e da segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, através da promoção do respeito à privacidade do cliente, do respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, do respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos. Para estes contribui o reconhecimento e a aceitação dos direitos dos outros, mantendo um processo efetivo de cuidados, quando confrontado com valores diferentes.

Outro aspeto que evidencia o desenvolvimento desta competência consiste na gestão na equipa, de forma apropriada das práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente, donde destacamos o reconhecimento da necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, da adoção e promoção da adoção de medidas apropriadas, com recurso às competências especializadas, da apresentação de uma conduta preventiva e antecipatória, da recolha e análise da informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas nas dimensões ética e deontológica, da identificações das ações a serem tomadas em circunstâncias específicas e, ainda, do acompanhamento de incidentes de prática insegura para prevenção de recorrências (OE, 2010c).

A orientação e supervisão clínica da *práxis* especializada operacionalizada através do desenvolvimento dos conteúdos clínicos do RMDE para a Consulta de ORL, assim como a prática clínica especializada desenvolvida em contexto de estágio, são aspetos relevantes do desenvolvimento desta competência.

No domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade** constam as seguintes competências comuns:

**B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.**

Relativamente a esta competência, as aprendizagens desenvolvidas durante os estágios realizados e através dos projetos concretizados (PIS e PAC) permitem-nos demonstrar na prática clínica a colaboração na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e realização da disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional, onde se destaca o desenvolvimento do RMDE concretizado no PIS e a sua valorização no projeto institucional, nomeadamente através da participação na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional (RMDE e Core de Indicadores de Enfermagem), do desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados (RMDE e Core de Indicadores de Enfermagem), da colaboração na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições (no nosso caso o Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António), da comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores (RMDE e Core de Indicadores de Enfermagem).

Outros aspetos que relevantes para a evidência do desenvolvimento desta competência são a detenção de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua, a divulgação de experiências avaliadas como sendo de sucesso (Inclusão da metodologia utilizada no PIS, do desenvolvimento do RMDE, no projeto institucional) e a promoção da incorporação dos conhecimentos da área da qualidade na prestação de cuidados (Core de Indicadores de Enfermagem) (OE, 2010c).

**B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade**

No final do percurso realizado para o desenvolvimento desta competência, evidenciamos na prática clínica a avaliação da qualidade, e, partindo dos resultados, a

implementação de programas de melhoria contínua, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados. Para esta constatação contribuiu o acesso à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade, a definição de indicadores de enfermagem e a preparação da sua utilização ao nível da organização, recursos humanos e materiais, bem como a realização de auditorias clínicas, a aplicação de instrumentos de avaliação de resultado, a identificação de oportunidades de melhoria, estabelecimento das suas prioridades e a seleção de estratégias apropriadas (destaque para a Orientação Clínica na área da Prevenção de Quedas, Dor e Ações Paliativas sob a forma de Normas de Procedimento) (OE, 2010c).

Contribuíram também para o desenvolvimento desta competência a elaboração de guias orientadores de boa prática (sob a forma de Normas de Procedimento), a supervisão, permanentemente, dos processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade durante os estágios, e a normalização e atualização de soluções eficazes e eficientes para as áreas de intervenção já descritas.

### **B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro**

Durante o percurso realizado nos estágios do CPLEEMC desenvolvemos na prática clínica uma atuação proactiva promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes. Para tal, contribuiu decisivamente a evidência de uma *práxis* orientada para a promoção da sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança do cliente, a promoção da sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do cliente, o envolvimento da família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais, assim como a demonstração de conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para o cliente (OE, 2010c). Neste sentido, a construção do RMDE considerando as necessidades do cliente em matéria de cuidados de enfermagem, traduz estes aspetos desta competência.

Simultaneamente contribuiu para o desenvolvimento desta competência, durante os estágios realizados, a promoção da aplicação dos princípios relevantes para garantia da segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares, a promoção da

aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes, a promoção da adesão à saúde e segurança ocupacional, o desenvolvimento de medidas para a segurança dos dados e registos (através do cumprimento das orientações da OE sobre os SIE e RMDE) e a colaboração na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.

Além destes, evidenciamos ainda o envolvimento dos colaboradores na gestão do risco, a prevenção de riscos ambientais, o desenvolvimento de mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, o desenvolvimento dos sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano, a criação de mecanismos formais que permitem avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco, a colaboração na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos, a coordenação da implementação e manutenção de medidas standardizadas de prevenção e controlo da infeção (evidenciada pelo estágio na CCI e normalização de procedimentos no âmbito das precauções básicas em controlo de infeção) e a colaboração na elaboração de planos de emergência (consumada pela definição de um plano de emergência setorial e de evacuação) (OE, 2010c).

No domínio da **Gestão dos Cuidados** constam as seguintes competências comuns:

**C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.**

No que concerne ao desenvolvimento desta competência durante os estágios realizados, e em resultado dos projetos concretizados, promovemos a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, nomeadamente através da disponibilização de assessoria aos enfermeiros e equipa, da colaboração nas decisões da equipa multiprofissional, da intervenção na melhoria da informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar (em que o PIS contribuiu decisivamente) e do reconhecimento da necessidade de negociar ou referenciar para outros profissionais de saúde.

Na prática desenvolvida durante os estágios contribuiu também para o desenvolvimento desta competência a orientação da decisão relativa às tarefas a delegar, a

criação de guias orientadores das práticas a delegar, a utilização de uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar e a supervisão e avaliação dos cuidados prestados, quando delegados (OE, 2010c).

## **C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.**

As aprendizagens desenvolvidas durante os estágios realizados permitiram mobilizar esta competência promovendo a adaptação dos recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados. Neste sentido, evidenciamos o desenvolvimento de uma prática que evidencia o conhecimento e aplicação da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, a realização de fundamentação sobre os métodos de organização do trabalho mais adequados, a organização e coordenação da equipa de prestação de cuidados, a negociação de recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade, a avaliação de riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos e a utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Além dos descritos, evidenciamos a importância do reconhecimento e compreensão papéis e funções distintos e interdependentes de todos os membros da equipa, a promoção de um ambiente positivo e favorável à prática, a aplicação de estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado, a adaptação do estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências (para os quais contribui o trabalho desenvolvido desde há vários anos na liderança e avaliação da liderança pelo modelo situacional de Blanchard, utilizado também durante os estágios realizados) e a utilização de processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada (OE, 2010c).

No domínio das **Aprendizagens Profissionais** constam as seguintes competências comuns:

### **D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.**

Relativamente ao desenvolvimento desta competência durante os estágios realizados, e em resultado dos projetos concretizados, evidenciamos a demonstração da capacidade de auto-conhecimento, central na prática de enfermagem, reconhecendo que esta interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, assim como

o relevo da dimensão pessoal e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional, promovidos através do desenvolvimento do auto-conhecimento para facilitar a identificação de fatores passíveis de interferir no relacionamento com o cliente e/ou equipa multidisciplinar, através da gestão das idiossincrasias na construção dos processos de ajuda, do reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais, da consciencialização da influência pessoal na relação profissional.

Também neste âmbito, de forma a gerar respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional, evidenciamos o desenvolvimento da congruência entre auto e hétero perceção, a gestão de sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente, a atuação eficaz sob pressão, o reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade e a utilização adequada de técnicas de resolução de conflitos, enquanto componentes da prática desenvolvida que evidenciam o desenvolvimento desta competência (OE, 2010c).

## **D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.**

A evidência desta competência na *práxis*, desenvolvida durante os estágios realizados, sustenta-se na concretização de processos de tomada de decisão e intervenções assentes em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo um papel facilitador nos processos de aprendizagem e de agente ativo no campo da investigação.

Assim, no sentido da responsabilização enquanto facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, concorrem para a demonstração da mobilização desta competência a atuação promovida enquanto formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais, assim como a elaboração de diagnóstico de necessidades formativas, conceção e gestão de programas e dispositivos formativos, o favorecimento da aprendizagem, da destreza nas intervenções e do desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros e a avaliação do impacto da formação, em que se enquadra a formação em serviço realizada no âmbito do PIS.

Contribuiu também para o desenvolvimento desta competência, concretamente no que concerne ao suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade, a demonstração na prática clínica de uma atuação como dinamizador e

gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos, a identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, a investigação e colaboração em estudos de investigação, a interpretação, organização e divulgação de dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, a discussão das implicações da investigação e o contributo para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, em que o desenvolvimento do PIS, com recurso à metodologia de projeto, que culminou no RMDE para a Consulta de ORL, assumem enorme importância (OE, 2010c).

Evidenciamos também o contributo das aprendizagens realizadas para o desenvolvimento da liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, demonstradas de forma prática através da posse de uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada, da demonstração de conhecimentos e aplicação dos mesmos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, na rentabilização das oportunidades de aprendizagem e tomada de iniciativa na análise de situações clínicas, no uso das tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados e na iniciativa tomada na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada, durante os estágios realizados, aspetos estes para os quais foi relevante a formação em Serviço desenvolvida no âmbito do PIS, assim como o restante trabalho desenvolvido no âmbito desse projeto (OE, 2010c).

Particularizando os projetos concretizados e o seu contributo para o desenvolvimento global das competências comuns do Enfermeiro Especialista, salientamos o carácter central do PIS para o desenvolvimento destas no âmbito de todos os seus domínios.

No decorrer dos estágios demonstrámos as atitudes necessárias, enquanto Enfermeiro Especialista, nomeadamente: Flexibilidade e adaptação à mudança; Respeito e valorização do trabalho de outros; Sensibilidade; Responsabilidade; Disponibilidade; Curiosidade intelectual; Autoconfiança e segurança; Liderança; Respeito pelos princípios éticos e deontológicos; Compreensão; Empatia; Proatividade; Paciência; Sensatez; Empreendedorismo; Discricção; Iniciativa; Honestidade; Sinceridade; Sentido de Justiça; Gerador de clima de confiança e segurança; Dinamismo; Assertividade; Autonomia;



Colaboração; Cooperação; Respeito pelos valores do outro; Perspicácia; Empatia; Honestidade; Paciência; Compaixão; Sensatez; Discrção e Rigor.

Aproveitando, ainda, a vinculação à teoria das transições na perspectiva do desenvolvimento profissional do enfermeiro, em que consideramos a transição de enfermeiro a enfermeiro especialista, evidenciamos a elaboração dos presentes projetos como fundamentais para o desenvolvimento de um processo de transição sustentado na integração de capacidades, na reformulação das relações com as novas capacidades e no estabelecimento novos equilíbrios para atingir a mestria, a qual se caracteriza pelo domínio dos conhecimentos, habilidades e comportamentos fundamentais para gerir as novas circunstâncias (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Continuamos agora a nossa análise relativamente ao desenvolvimento das competências específicas.

## 4.2. ESPECÍFICAS DO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Considerando o enquadramento e a exploração em separado, ao longo deste relatório, das duas áreas de especialização que integram a Enfermagem Médico-Cirúrgica, evoluímos, da mesma forma, para a análise do desenvolvimento das competências específicas do Especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

### 4.2.1. Pessoa em Situação Crítica

A OE (2010d) define a pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e

sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas – considerando-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação” (OE,2010d).

De acordo com a OE (2010d, p.10) as “competências específicas são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

Seguidamente identificamos as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, de acordo com o definido pela OE (2010d), às quais adicionamos sequencialmente a nossa análise.

### **K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

As aprendizagens desenvolvidas durante os estágios realizados, e em concreto do PAC, assim como o contributo dos aportes das diferentes UC e UT dos planos de estudos, donde destacamos a realização do trabalho “Supervisão de Cuidados: A Pessoa Laringectomizada”, permitem-nos evidenciar que, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, demonstramos mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Na práxis atual à pessoa em situação emergente, e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, relevamos a mobilização desta competência através da identificação e resposta pronta e antecipatória a de focos de instabilidade, da execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica e da demonstração de conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida (OE,2010d).

Contribuiu também para a evidência do desenvolvimento desta competência no âmbito da gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, o diagnóstico precoce das complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, a implementação de respostas de enfermagem apropriadas às complicações e a monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados, durante os estágios realizados.

No que concerne à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, evidenciamos a identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, a demonstração de conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, a garantia da gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a demonstração de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor, evidenciadas pela norma construída e pelos procedimentos instituídos (OE,2010d).

Durantes os estágios, evidenciamos a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, concretizadas através da demonstração de conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, e da demonstração de conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.

Relativamente ao desenvolvimento da gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, destacamos a demonstração de conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica, a demonstração de conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”, em que evidenciamos, neste e noutros critérios relacionados com a otimização da comunicação em situações complexas, da prestação de cuidados à pessoa laringectomizada nas várias vertentes, e a adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

A gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica foi também um aspeto considerado no desenvolvimento desta competência específica, em que demonstramos iniciar relações terapêuticas, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de

comunicação, demonstramos reconhecer o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa em situação crítica, demonstramos selecionar e utilizar de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica, e avaliar o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (OE,2010d).

## **K2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.**

Em resultado das aprendizagens desenvolvidas durante os estágios realizados, e em concreto do PAC, assim como o contributo dos aportes das diferentes UC e UT dos planos de estudos, na práxis atual intervimos na conceção de planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima, e gerimos equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta, perante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica.

Em concreto, relativamente à conceção de planos de catástrofe ou emergência, em articulação com o nível estratégico, evidenciamo-la através de uma prática donde consta a demonstração de conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência, e a colaboração na elaboração do plano de emergência e catástrofe do Serviço e do Setor de Serviços, realizada durante os estágios realizados, consumada sob a forma de plano de emergência interna do Serviço / Plano setorial de evacuação.

O planeamento de resposta concreta perante pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe foi evidenciado através da demonstração de conhecimento sobre os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, da identificação dos vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde e atribuição de graus de urgência e decisão na sequência de atuação, da sistematização das ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência e liderança na atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa e na avaliação contínua da articulação e eficácia da equipa (OE,2010d), promovidos durante os estágios.

No que concerne à gestão dos cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe, a práxis atual evidencia este aspeto desta competência através da liderança na atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa, através da avaliação contínua da articulação e eficácia da equipa e através da introdução de medidas corretivas

das inconformidades de atuação, promovidos na liderança desenvolvida a este nível durante os estágios realizados no CPLEEMC.

**K3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

No final dos estágios realizados, a práxis atual demonstra o desenvolvimento desta competência específica, evidenciando uma resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (OE,2010d).

Relativamente à conceção de planos de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, relevamos a demonstração de conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção, que evidenciamos no enquadramento desde relatório, o diagnóstico das necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção, em colaboração com o elemento dinamizador do Serviço, o estabelecimento de estratégias proactivas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço (em que se enquadra a Norma desenvolvida e implementada), e a atualização do Plano de Prevenção e Controlo de Infeção do Serviço com base na evidência.

Comprovamos, ainda, a liderança no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, evidenciada pela demonstração de conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que me permitem ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção, pelo estabelecimento de procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica, pela promoção do cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção, e pela monitorização, registo e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas (OE,2010d), durante os estágios realizados.

#### **4.2.2. Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**

A doença crónica não se constitui como uma entidade nosológica em si. É um conceito amplo que abrange doenças prolongadas, frequentemente relacionadas com um variável grau de incapacidade, de desenvolvimento prolongado e geralmente de progressão lenta, com potencial de ser compensado, implicando a necessidade de adaptação a diferentes níveis (físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual) (OE, 2011e).

Neste sentido, o controlo dos sintomas, o apoio psicológico, emocional e espiritual, através de uma comunicação terapêutica eficaz, o cuidado à família e o trabalho em equipa, todos centrados numa mesma missão e objetivos, representam os pilares fundamentais dos cuidados paliativos (*Idem*).

Assim, na situação da pessoa que vivencia a doença crónica, incapacitante e terminal evidencia-se o papel do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, que, de acordo com a OE (2011e), emanado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica na sua proposta de projeto de regulamento das competências deste enfermeiro especialista, toma por alvo de intervenção a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida, sendo o seu eixo organizador dirigido aos projetos de saúde da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar.

Seguidamente identificamos as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, de acordo com o definido pela OE (2011e), às quais juntamos sequencialmente a nossa análise.

#### **L5. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.**

O percurso realizado durante os estágios evidencia o desenvolvimento desta competência específica, demonstrado pela identificação das necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, pela conceção, implementação e avaliação dos planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo e da satisfação das suas

necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista à preservação da sua dignidade, à maximização da sua qualidade de vida e à diminuição do seu sofrimento.

Como aspeto relevante do desenvolvimento desta competência, a identificação das necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, e dos seus cuidadores e familiares, salientamos a demonstração de uma prática clínica que abrange a avaliação e diagnóstico das necessidades de cuidados paliativos na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, ao nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar, a avaliação e identificação dos sintomas descontrolados na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, segundo a sua intensidade e prioridade para o indivíduo, utilizando para tal escalas e ferramentas adequadas, assim como o conhecimento científico, a análise e valorização do peso de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional, a avaliação do grau de dependência e das necessidades de cuidados na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, promovendo a obtenção do máximo de satisfação do doente, e a identificação, em tempo útil, de situações de agudização (OE, 2011e). Para este aspeto contribuiu também o desenvolvimento e operacionalização da norma de procedimento (orientação clínica) sobre ações paliativas em contexto de estágio.

Relativamente à promoção de intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, enquanto aspeto relevante a desenvolver neste âmbito, evidenciamos a promoção de uma prática clínica orientada para a prestação de cuidados de forma objetiva, preservando a dignidade da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, promovendo a sua autonomia e maximizando a sua qualidade de vida, diminuindo o seu sofrimento, respeitando a perspetiva do próprio, para o estabelecimento de um plano individualizado para a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, para a adoção de medidas farmacológicas no alívio dos sintomas, para a adoção de medidas não farmacológicas no alívio dos sintomas, e para a atuação, em tempo útil, nas situações de agudização (OE, 2011e), ações estas evidenciadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crónica e paliativa no contexto de estágios do CPLEEMC.

O envolvimento dos cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimização dos resultados na satisfação das necessidades, evidenciou-se pela promoção de reuniões periódicas com cuidadores e/ou familiares, reavaliando as suas necessidades, e pela construção e atualização do plano de intervenção em parceria com os

familiares e cuidadores, em que se enquadra a norma de procedimento criada e operacionalizada, que incorpora a criação da reunião multidisciplinar semanal com a pessoa doente e o prestador de cuidados e a aplicação da Escala de Edmonton (ainda a aguardar validação institucional da criação no SAPE).

No que diz respeito à colaboração com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio, enquanto aspeto a desenvolver nesta competência específica, demonstramos a utilização de estratégias baseadas na evidência, para o desenvolvimento do auto-conhecimento e das capacidades das pessoas com doença crónica incapacitante, seus cuidadores e familiares, a utilização de estratégias de comunicação e de trabalho em equipa, assim como conhecimentos teóricos e práticos relacionados com a ética, para tomar decisões adequadas que permitem uma proporcionalidade adequada no uso de terapêuticas invasivas e diagnósticas (OE, 2011e), onde destacamos o recurso à documentação de evidência científica mais recente sobre a prestação de cuidados a este nível, o planeamento sustentado dos trabalhos, projetos e prática clínica no contexto de estágio e a liderança demonstrada na promoção de uma prática baseada na evidência a este nível de cuidados.

#### **L6. Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.**

Em resultado das aprendizagens desenvolvidas durante os estágios realizados, e em concreto do PAC, assim como o contributo dos aportes das diferentes UC e UT dos planos de estudos, evidenciamos na prática clínica a intervenção na otimização dos resultados de cuidados paliativos para pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, e dos seus cuidadores e familiares, com necessidades complexas de cuidados, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas de cuidar (OE, 2011e), para as quais contribui a prática evidenciada e, no âmbito dos trabalhos realizados, o desenvolvimento de orientação clínica de enfermagem e indicadores de enfermagem (sob a forma de norma de procedimento) da prestação de cuidados à pessoa em situação crónica e paliativa no contexto de estágio.

A promoção de parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família, enquadra-se nos aspetos desenvolvidos no âmbito desta competência específica, evidenciando-se uma *práxis* em que incentivamos ativamente



doentes, cuidadores e seus familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos complexos, em consonância com os seus desejos e preferências, e identificamos e defendemos, sistematicamente, objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, dentro de limites mutuamente acordados (OE, 2011e), onde se enquadra a promoção da criação da reunião semanal da equipa com o doente e o prestador de cuidados (por operacionalizar face a constrangimentos institucionais).

Por outro lado, evidenciamos na prática clínica em contexto de estágio o respeito pela singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto, designadamente através da integração de conhecimentos avançados na vertente social, espiritual, cultural, contextos e vivências de doentes, cuidadores e familiares, quando intervém em necessidades multidimensionais, através da demonstração de resultados qualificados, individualizados e atempados de comunicação entre indivíduos, cuidadores, familiares e membros da equipa de saúde, salvaguardando necessidades individuais, desejos e respetivos cuidados, a através do apoio ao doente, cuidadores e familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e patológico), evidenciados ao longo dos estágios realizados.

No que concerne à negociação de objetivos/metasp de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico, demonstramos a consolidação e suporte de recursos pessoais, pontos fortes das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e família, facilitando a tomada de decisão, centrada na pessoa, a realização de objetivos/metasp definidas em confronto com necessidades de cuidados. Simultaneamente, evidenciamos a utilização de ferramentas de comunicação adequadas à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, e com cuidadores e familiares, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas e, ainda, o auxílio do doente, cuidadores e familiares a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida (OE, 2011e).

Por último, mas com a mesma ordem de importância enquanto aspeto desenvolvido nesta competência, relevamos a demonstração de uma prática clínica que reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz, através da identificação de fatores de risco e situações

problemáticas, associadas a esgotamento físico e emocional, através da utilização de estratégias eficazes de autocuidado para minimizar potenciais geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte, a pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares. Conjuntamente é operacionalizada através da aplicação de estratégias que apoiam os membros da equipa de saúde envolvidos na prestação de cuidados às diversas necessidades do indivíduo com doença crónica incapacitante e terminal, e dos seus cuidadores e familiares (OE, 2011e).

Para a adequação da prática aos critérios de avaliação desta competência contribuiu de forma decisiva o desenvolvimento e implementação de norma de procedimento sobre ações paliativas à pessoa em situação crónica e paliativa, donde resultaram a promoção da criação da reunião semanal (já referenciada) com a equipa multidisciplinar, pessoa doente e família, e a aplicação da escala avaliação de sintomas de Edmonton (Proposta à equipa intra-hospitalar para integração na instituição).

Evidenciamos ainda como atitudes demonstradas durante os estágios, com importância para a operacionalização das competências específicas do especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, as seguintes: Flexibilidade e adaptação à mudança; Respeito e valorização do trabalho de outros; Sensibilidade; Responsabilidade; Disponibilidade; Curiosidade intelectual; Autoconfiança e segurança; Liderança; Respeito pelos princípios éticos e deontológicos; Compreensão; Empatia; Proatividade; Paciência; Sensatez; Empreendedorismo; Disciplina; Iniciativa; Honestidade; Sinceridade; Sentido de Justiça; Gerador de clima de confiança e segurança; Dinamismo; Assertividade; Autonomia; Colaboração; Cooperação; Respeito pelos valores do outro; Perspicácia; Empatia; Honestidade; Paciência; Compaixão; Sensatez; Disciplina; Rigor.

Terminada a análise às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica evoluímos agora para a análise do desenvolvimento das competências do mestre nesta área científica.

### 4.3. DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre no Ensino Superior Politécnico assegura, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (Decreto-Lei nº 74/2006 de 25 de Março).

Nos termos do Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
  - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica possui competências profissionais diferenciadas que lhe permitem intervir em ambiente complexo, suportado na evidência, para desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos nesta área de enfermagem (ESS IPS, 2013a), como evolução a partir das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O MEMC da ESS IPS apresenta como meta contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da Enfermagem Médico-Cirúrgica, formando Mestres com um conhecimento aprofundado no domínio especializado da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e com níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas ao seu campo de intervenção (ESS IPS, 2013a).

Assim, tendo em consideração os objetivos fixados legalmente, considerando a sua vinculação ao perfil de competências do Enfermeiro Especialista, assim como o

regulamentado no Guia de Curso do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS IPS (2013a), apresentamos neste capítulo a análise ao desenvolvimento de competências do Mestre nesta área científica, onde evidenciamos os contributos do percurso académico realizado e da *práxis* desenvolvida enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica relativamente a cada competência do Mestre.

A principal estratégia de análise e planeamento do desenvolvimento de competências do mestre em que nos baseámos ao longo deste percurso foi a reflexão crítica da *práxis* comparativamente ao perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, adiante enunciado.

Nesta reflexão não podemos deixar de considerar os contributos do percurso de desenvolvimento profissional percorrido, nomeadamente a formação académica e profissional, a formação contínua, os projetos concretizados, e, ainda, os cargos e funções desempenhados profissionalmente passados e atuais, cuja responsabilidade de assunção assenta na evidência da posse de um perfil de competências acrescidas enquanto enfermeiro e enfermeiro especialista.

Posto isto, evoluímos seguidamente para a apresentação das competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cuja análise acrescentamos sequencialmente à sua descrição.

### **1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:**

A *práxis* atual, enquanto especialista, os estágios do CPLEEMC e os projetos desenvolvidos no mesmo e no curso de mestrado, assim como os aportes teóricos das UC do CPLEEMC e do MEMC, foram determinantes para o desenvolvimento desta competência.

Neste sentido, as aprendizagens desenvolvidas nos Estágios do CPLEEMC e durante o MEMC e, ainda, a reflexão crítica do percurso profissional, evidenciam a demonstração da adequação da *práxis* a esta competência do mestre, em que salientamos a realização de avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas, a síntese e análise crítica dos dados das avaliações para uma tomada de decisão segura, o diagnóstico e gestão de problemas e condições de saúde e a prescrição de intervenções de enfermagem geral e especializada.

Da mesma forma, a intervenção demonstrada no início e coordenação da educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças, o papel evidenciado na referência de doentes e famílias para assegurar a continuidade dos cuidados no contexto da prática clínica de ORL, assim como a avaliação da prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade, constituem-se também unidades de competência demonstradas na *práxis* a este nível, em que a definição do Core de Indicadores no RMDE apresenta relevância.

Para a evidência da mobilização desta competência contribuiu decisivamente o trabalho desenvolvido no PIS, na orientação clínica de enfermagem evidenciada com o RMDE construído, assim como na prática clínica desenvolvida durante este percurso à pessoa em situação crítica e à pessoa em situação crónica e paliativa, onde salientamos a liderança e a supervisão clínica dos cuidados de enfermagem gerais e especializados.

## **2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:**

Relativamente a esta competência do Mestre em Enfermagem médico-Cirúrgica, as atividades e estratégias desenvolvidas nos estágios e projetos concretizados no âmbito do CPLEEMC e do MEMC, assim como a reflexão crítica do percurso profissional, foram determinantes para adequar a *práxis* a todas as unidades desta competência, que evidenciamos pela identificação dos próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao próprio projeto pessoal / profissional, durante os estágios realizados, e pela valorização da autoformação como componente essencial do desenvolvimento. Neste sentido, a realização de diagnóstico, planeamento, execução e avaliação dos projetos concretizados afiguram-se como ferramentas essenciais para sustentar esta competência.

Salientamos, ainda, como contributo relevante para a mobilização desta competência, a evidência do desenvolvimento de uma *práxis* sustentada numa elevada auto-consciência enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como no reconhecimento da importância de promover um processo contínuo e dinâmico de aprendizagem e de reconstrução da identidade profissional, enquanto aspetos fundamentais para melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados.

### **3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:**

As atividades e estratégias promovidas nos estágios e projetos concretizados no âmbito do CPLEEMC e do MEMC, assim como a reflexão crítica do percurso profissional, evidenciam a adequação da *práxis* a esta competência, sobressaindo na prática clínica a aplicação dos conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização, o conhecimento dos conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e as suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção, a atuação como consultor para outros profissionais de saúde, quando necessário, a gestão de casos quando aplicável, assim como o trabalho em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.

Para estes aspetos salientamos o contributo da liderança evidenciada no desenvolvimento do PIS, da *práxis* especializada e da criação das Normas de Procedimento (orientações clínicas de enfermagem para o contexto de estágio), assim como o contributo do papel desempenhado no Grupo SAPE Ambulatório (simultâneo ao CPLEEMC e MEMC) enquanto consultor e orientador dos projetos de Serviço de vários outros contextos da prática clínica na instituição, e da colaboração e partilha do trabalho realizado com outras instituições.

### **4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:**

No que concerne a esta competência do Mestre em Enfermagem médico-Cirúrgica, as atividades e estratégias desenvolvidas nos estágios e projetos concretizados no âmbito do CPLEEMC e do MEMC, com especial relevância para o PIS, o PAC e a revisão integrativa da literatura, assim como a reflexão crítica do percurso profissional, foram determinantes para adequar a *práxis* a todas as unidades desta competência, proporcionando uma *práxis* em que evidenciamos a seleção dos meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada e a avaliação dos resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

Para estes aspetos concorreram determinadamente o RMDE e *core* de indicadores de enfermagem desenvolvidos no PIS, bem como os indicadores de enfermagem que

resultaram da orientação clínica de procedimentos desenvolvidos no PAC, como perspectiva para o planeamento da avaliação dos ganhos em saúde altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem e à conseqüente instituição de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem do Serviço.

Tal como enunciado pela OE (2001) a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática, processo no qual devemos incorporar os resultados da investigação na prática clínica, utilizando argumentos rigorosos e por conseguinte contribuirmos para a melhoria contínua da qualidade e excelência no exercício da profissão.

Aludindo aos projetos realizados, consideramos que a metodologia de projeto utilizada no desenvolvimento do PIS e, ainda, a metodologia de revisão integrativa de literatura utilizada durante o MEMC, também evidenciaram a necessidade de argumentação rigorosa em todas as etapas da sua elaboração, sustentando o desenvolvimento desta competência de mestre.

#### **5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:**

Relativamente a esta competência, as atividades e estratégias desenvolvidas permitem-nos evidenciar a adequação da *práxis* à sua mobilização, sustentada na capacidade demonstrada para a análise, conceção e implementação de resultados da investigação e dos contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes, através do uso das capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

Neste sentido, contribuíram decisivamente para o desenvolvimento desta competência os projetos realizados no CPLEEMC e no MEMC, nomeadamente o PIS e a revisão integrativa da literatura, considerando a pertinência da metodologia de projeto, utilizada no PIS, e da metodologia de revisão integrativa para a sustentação e validação das investigações realizadas e para a promoção de uma prática de enfermagem baseada na evidência.

Na persecução deste desígnio, procurámos sempre incluir os mais recentes dados da evidência em todas as fases de elaboração dos projetos, assim como na reflexão acerca das competências desenvolvidas neste percurso.

**6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular:**

A *práxis* atual, enquanto especialista, os estágios do CPLEEMC e os projetos desenvolvidos neste e no curso de mestrado, assim como os aportes teóricos das UC do CPLEEMC e do MEMC, foram decisivos para o desenvolvimento desta competência.

Neste sentido, as aprendizagens desenvolvidas nos Estágios do CPLEEMC e durante o MEMC e, ainda, a reflexão crítica do percurso profissional, evidenciam a demonstração da adequação da *práxis* a esta competência do mestre.

Concretamente, a realização da formação materializada no âmbito do PIS, sobre a operacionalização do RMDE elaborado e com o objetivo de capacitar os enfermeiros para a realização de registos de enfermagem no SAPE (Módulo Consulta Externa), incluída no trabalho desenvolvido através da metodologia de projeto, evidenciam a competência na análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação da formação da equipa de enfermagem da Consulta de ORL.

Em simultâneo, a utilização dos resultados da formação realizada para avaliação da mesma, bem como a integração dos resultados da investigação, das políticas gerais e específicas de saúde e da administração em Saúde em geral e da Enfermagem em particular nos procedimentos e políticas de cuidados prestados, evidenciam o desenvolvimento de uma *práxis* orientada pela detenção desta competência de mestre.

Consideramos, ainda, que a elaboração da revisão integrativa da literatura, e em particular a metodologia utilizada e os resultados atingidos na mesma, tiveram também um contributo importante para o desenvolvimento da competência neste âmbito específico.

Concluimos, assim, a análise das competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a partir das quais avançamos para as conclusões finais do presente relatório de trabalho de projeto.



## 5. CONCLUSÃO

A necessidade de atualização e desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos e capacidades específicos que confirmam competências a todos aqueles que exercem uma determinada profissão são uma constante. O enfermeiro tem, por isso, o dever de manter permanentemente um elevado profissionalismo e da procura constante da excelência do exercício profissional.

Ao enfermeiro é-lhe exigida uma capacidade de adaptação, de resposta imediata e adequada às necessidades de âmbito técnico, científico e humano, de todos aqueles que num momento da sua vida dependem desses cuidados e que tem o direito de serem considerados na abrangência que os constitui, de modo a ultrapassarem, da melhor forma possível, as transições nos processos de vida com que se deparam (Meleis, 2010).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e à pessoa em situação crónica e paliativa são cuidados altamente qualificados, em virtude dos processos complexos que estas pessoas vivenciam, e que dependem de meios diferenciados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2010d, 2010e).

Da mesma forma, o Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é dotado de um conhecimento aprofundado no domínio especializado da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e com níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas ao seu campo de intervenção, desempenhando, por isso, um papel fundamental no seu contexto de trabalho (ESS IPS, 2013a).

Neste sentido, o Mestre demonstra a posse de conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo de estudos, os desenvolve e aprofunda, e que lhe permitem e se constituem a base de desenvolvimentos e de aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação. Além disso, sabe aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo (Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março).

O Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em

situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam dessas soluções e desses juízos ou os condicionem, e, ainda, é capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (*Idem*).

Tem, por isso, competências que lhes permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (*Ibidem*).

A realização dos Estágios no âmbito do CPLEE foi muito importante para proporcionar um espaço de aprendizagem para o desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à Enfermagem Médico-Cirúrgica, contribuindo de forma preponderante para o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho.

Nesse sentido, realizámos um PIS sobre o desenvolvimento de um RMDE para a Consulta de ORL, promovendo simultaneamente a capacitação da Equipa de Enfermagem de ORL para a utilização do SAPE – Módulo Consulta Externa e para a operacionalização das orientações clínicas proporcionadas com o RMDE. O PIS visou, essencialmente, contribuir para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Concretizámos também um PAC, orientado particularmente para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que face às estratégias planeadas e às atividades concretizadas concorreu significativamente para o desenvolvimento de todas essas competências.

Durante o MEMC elaborámos uma revisão integrativa da literatura sobre a temática do “Desenvolvimento de um RMDE”, cujos resultados atingidos contribuíram para o confronto com a evidência do trabalho desenvolvido no PIS, reforçando a pertinência da metodologia utilizada na concretização do mesmo. Simultaneamente, a revisão integrativa completou um ciclo de estratégias e atividades, conjuntamente com o PIS, o PAC e a presente reflexão, que conduziram ao desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório representa um importante instrumento de reflexão da *práxis* do Enfermeiro Especialista nos cuidados à pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa, contribuindo, ainda, para dar visibilidade ao processo de aprendizagem desenvolvido, aos projetos concretizados e às competências adquiridas, desenvolvidas e

aperfeiçoadas nas diferentes etapas, relacionadas com a área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Simultaneamente, este é também um instrumento fundamental para a análise do desenvolvimento de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, enquanto suporte à reflexão sobre o processo de aprendizagem desenvolvido, os projetos concretizados e a evidência da adequação académica e profissional às competências do Mestre nesta área de especialização, consistindo no documento apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com a finalização do presente relatório de projeto consideramos ter atingido todos os objetivos propostos para a realização do mesmo, de onde destacamos os seguintes:

- Descrição do PIS do CPLEEMC;
- Descrição do PAC do CPLEEMC;
- Apresentação de uma revisão integrativa da literatura e análise dos seus contributos para o PIS e para este relatório;
- Descrição da análise do desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa);
- Análise do desenvolvimento de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Relativamente aos aspetos facilitadores e constrangedores dos projetos e do relatório, relevamos como positivos a disponibilidade e apoio constantes de todos aqueles com quem trabalhamos, em particular da orientadora científica. Por outro lado, como aspeto negativo, evidenciamos a recusa à realização de estágio de observação no Instituto Português de Oncologia, no âmbito do Estágio III do CPLEE Médico-Cirúrgica, que procurávamos realizar para aperfeiçoamento de competências especializadas e, particularmente, como contributo para conhecer outra realidade da prestação de cuidados à pessoa laringectomizada.

Como perspetiva para o futuro, as competências adquiridas neste percurso permitem-nos sonhar com uma aposta no desenvolvimento de competências de um nível académico superior.



## REFERÊNCIAS

- ABREU, W. – Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau Formação e Saúde LDA. 2007. ISBN 978-972-8485-87-0. 295 P.
- ANA – An Emerging Framework: Data system Advances for Clinical Nursing Practice. Washington, DC: American Nurses Association, 1995. In PEREIRA, F. – Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009. Tese de Doutoramento. [Em linha]. [Consultado em 05/01/2014]. Disponível em [www: <http://hdl.handle.net/10216/7182>](http://hdl.handle.net/10216/7182).
- ANDERSON, L.; KRATHWOHL, D. – A taxonomy for learning, teaching, and assessing. New York: Longman, 2001.
- ARMSTRONG, D.; BORTZ, P. – An integrative review of pressure relief in surgical patients. AORN J. 2001 Mar; 73(3):645-74.
- AUTORIDADE NACIONAL DE PROTECÇÃO CIVIL (ANPC). Directiva Operacional Nacional nº 01/2009. Carnaxide: ANPC, 2009.
- BARBIER, Jean-Marie – Elaboração de Projectos de Acção e Planificação. Porto: Porto Editora, 1996. ISBN: 972-0-34106-8. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
- BARNUM, B. – Nursing theory: Analysis, application, and evaluation (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998. In MELEIS, A. – Theoretical Nursing: Development and Progress. Fifth Edition. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.
- BEYEA, S.; NICOLL, L. – Writing an integrative review. AORN J. 1998 Apr; 67(4):877-80.
- BLOOM, B.; KRATHWOHL, D. – Taxonomy of Educational Objectives: The classification of educational goals by a committee of college and university examiners. New York: Addison-Wesley, 1956.
- BRIDGES, W. – Transitions: Making sense of life's changes. 2.ª. New York: Addison-Wesley, 2004. In MELEIS, A. – Theoretical Nursing: Development and Progress. Fifth Edition. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.
- BRITO M. – A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa [Em linha]. [Consultado em 05/01/2014]. Disponível em [www: <http://hdl.handle.net/10400.14/12617>](http://hdl.handle.net/10400.14/12617).
- BROOME, M. – Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.; KNAFL, K. – Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-50.
- CANAVAL, G. et al. – La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. Revista Aquichan. Abril de 2007, pp. 8-24. In BRITO M. – A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa [Em linha]. [Consultado em 05/01/2014]. Disponível em [www: <http://hdl.handle.net/10400.14/12617>](http://hdl.handle.net/10400.14/12617).
- CARPER, B. – Philosophical inquiry in nursing: an application (1992) In KIKUCHI, J.; SIMMONS, H. – Philosophic Inquiry in Nursing. Newbury Park CA, Sage. Carper BA (1978) Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in Nursing Science. 1, 1, 13-23.
- CARVALHO, A.; DIOGO, F. – Projecto Educativo. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0349-7. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
- CHICK, N.; MELEIS, A. – Transitions: A Nursing Concern. In MELEIS, A. – Theoretical Nursing: Development and Progress. Fifth Edition. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.
- CIPE/ICNP<sup>R</sup> – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2. 3.ª Edição. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE/ICNP) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2. 206 p.
- COOPER, H. – The integrative research review: a systematic approach. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1984.
- Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março. Diário Da República – I SÉRIE-A N.º 60 – 24 de Março de 2006.

- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). Lisboa: DGS, 2007.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). Orientação 007/2010. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Lisboa: DGS, 2010.
- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL (ESS IPS) – Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal, 2013b.
- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL (ESS IPS) – Guia de Curso do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Setúbal, 2013a.
- FAWCETT J. –Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evolution of nursing models and theories. 2 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005. ISBN-10: 0803611943.
- FAWCETT, J.; GARITY, J. – Evaluating research for evidence-based nursing practice. Philadelphia: F. A. Davis Company. 2009. ISBN-13: 978-0-8036-1489-5.
- GALVÃO, C. – A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória [livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 2002.
- GALVÃO, C.; SAWADA, N.; MENDES, I. – A busca das melhores evidências. Rev Esc Enferm USP. 2003 Dez; 37(4):43-50.
- GALVÃO, C.; SAWADA, N.; TREVIZAN, M. – Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004;12(3):549-56.
- GANONG, L. – Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health 1987 Mar; 10(1):1-11.
- GEORGE, J. e colaboradores – Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional. Traduzido por Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4.ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-587-2.
- GOOSSEN, W. – Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. Enfermagem. 18 (2.ª série), (Abr./Jun.). 2000. p. 5-22.
- GUERRA, I. – Introdução à Metodologia de Projecto. Lisboa, 1994. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
- GUYATT, G.; RENNIE, D. – Users Guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical Practice. Eds. American Medical Association, 2002.
- HUNGLER, B.; BECK, C. – Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization. Philadelphia: Lippincott, 2001. ISBN 0-7817-2557-7. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
- IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. – Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Obras Avulsas. Lisboa. 1982. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
- JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. – Nursing Outcomes Classification, St. Louis: Mosby, 1997.
- JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. – Nursing Outcomes Classification – NOC, St. Louis: 2ª Ed, Mosby, 2000.
- KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN LOON, A. – Transition: a literature review. Journal of Advanced Nursing, 55(3): 320-9. [Online] 2006. In MELEIS, A. – Theoretical Nursing: Development and Progress. Fifth Edition. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.
- KUHN, K. A.; GIUSE, D.A.; BAKKER, A. R.; BALL, M. J.; GELL, G. – Challenges in Deploying Health Information Systems. In PATEL, V.; ROGERS, R.; HAUX, R. – MEDINFO 2001 Proceedings of the 10 th World Congress on Medical Informatics. Amsterdam. 2001: IOS Press, p. 1551; cit. por PEREIRA, F. – Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009. Tese de Doutoramento. [Em linha]. [Consultado em 05/10/2011]. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10216/7182>](http://hdl.handle.net/10216/7182).
- LE BOTERF, G. – De la compétence à la navigation professionnelle. Paris: Les Éditions d'Organisation, 1997. In MARTINS, C. – Competências Desejáveis dos Supervisores de Ensino Clínico: Representações dos Alunos de Enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação apresentada à Universidade de Lisboa. Lisboa. 2009.
- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Diário da República, 1.ª série - N.º 180 - 16 de Setembro de 2009.
- Lei nº 27/2006, de 3 de Julho. Diário da República, 1.a série - N.º 126 - 3 de Julho de 2006.

- LEITE, E.; MALPIQUE, M.; SANTOS, M. – Trabalho de Projecto: Leituras Comentadas. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1993. ISBN: 972-36-0238-5. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
- LITCHFIELD, M.; JONSDOTTIR, H. – A practice disciplina that's here and now. *Advances in Nursing Science*, 31 (1) Jan/March 2008, p.79-91.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER, J. – Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice. 6ª ed. St. Louis (USA): Mosby/Elsevier; 2006.
- MAC NEELA, P.; SCOTT, P.; TREACYC, M.; HYDEC, A. – Nursing minimum data sets: a conceptual analysis and review. 2006. Blackwell Publishing Ltd, *Nursing Inquiry* 13 (1), 44–51. ISSN: 1320-7881.
- MÃO DE FERRO, A. – Na Rota da Pedagogia. Lisboa: Edições Colibri, 1999. ISBN: 972-772-069-2. In NUNES, L.; RUIVO, A.; FERRITO, C. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
- MARTINS, A.; PINTO, A.; LOURENÇO, C.; PIMENTEL, E.; FONSECA, I.; ANDRÉ, M.; ALMEIDA, M.; MENDES, O.; SANTOS, R. – Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?. *Pensar Enfermagem*. Vol. 12, N.º 2. (2008). ISS: 0873-8904.
- MELEIS, A I., SAWYER, L.; IM, E.; MESSIAS, D.; SHUMACHER, K. – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory; *Advances in Nursing Science*. September 2000.
- MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Fifth Edition. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.
- MELEIS, A. – *Theoretical Nursing Developing & Progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. In MELEIS, A. – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- MELEIS, A. – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- MELEIS, A. e TRANGENSTEIN, P. – Facilitating transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. Nov./Dec. de 1994, pp. 255-259. In MELEIS, A. – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- MELEIS, A. I. – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- MELNYK, B. – Finding and appraising systematic reviews of clinical interventions: critical skills for evidence-based practice. *Pediatric Nurs*. 2003 Mar-Apr; 29(2):147-9.
- MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. – *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2011.
- MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. – Making the case for evidence-based practice. In MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. – *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005.
- MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. – Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Leadership. 2005. Vol. 2, nº 3, p. 113-121.
- MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. – Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Florianópolis: Texto Contexto Enferm*, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
- NEWMAN, M. A. – The Pattern that connects; *Advances in Nursing Science*. 2002. 24 (3), p. 1 – 7; cit. por PEREIRA, F. – Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009. Tese de Doutoramento. [Em linha]. [Consultado em 05/10/2011]. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10216/7182>](http://hdl.handle.net/10216/7182).
- NUNES, L. – Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem (2010, Julho-Setembro). *Percursos*, 17, 3-9.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2. 454p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Competências do Enfermeiro de cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 24 p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Gestão, Resumo Mínimo de Dados, Qualidade / Produtividade. *Revista da Ordem dos Enfermeiros, Suplemento da Revista nº 13*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Julho de 2004.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Proposta de Projeto de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011b. 6 p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Referencial do Enfermeiro. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009b.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011c. 10 p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010d. 4 p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010e. 6 p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011b.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009a. 45 p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007a.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007b.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Tomada de Posição sobre Investigação (26.Abril.2006). [Em linha]. [Consultado em 05/10/2011]. Disponível em [www: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf>](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf).
- PEREIRA F. – Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN: 9789898269065.
- PEREIRA, F. – Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009. Tese de Doutoramento. [Em linha]. [Consultado em 05/01/2014]. Disponível em [www: <http://hdl.handle.net/10216/7182>](http://hdl.handle.net/10216/7182).
- PINTO, L. – Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, 2009.
- POLIT, D.; BECK, C. – Using research in evidence-based nursing practice. In POLIT, D.; BECK, C. – Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.
- PRZYLEBSKI, A. et al. – Encyclopedia of phenomenology (pp. 348–349). Dordrecht: Kluwer, 1997. In MELEIS, A. – Theoretical Nursing: Development and Progress. Fifth Edition. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.
- REGULAMENTO n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- REGULAMENTO n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- ROCHA, P.; PRADO, M. – Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2008; 17(2).
- ROMAN, A.; FRIEDLANDER, M. – Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. Cogitare Enferm. 1998 Jul-Dez; 3(2):109-12.
- RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
- SILVA, A. – Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. Formasau – Formação e Saúde, Lda. Coimbra, 2006. ISBN 978-972-8485-76-4.



- SILVEIRA, R.; GALVAO, C. – O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. *Acta paul. enferm.* 2005, vol.18, n.3, pp. 276-284. ISSN 1982-0194. [Em linha]. [Consultado em 15/01/2014]. Disponível em [www: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300008>](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300008).
- SMITH, M. – Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory. In SMITH, M.; LIEHR, P. – In *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2008. ISBN 978-0-8261-1916-2.
- SOUSA, P. – Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-75-1.
- SOUSA, P.; Frade, M.; MENDONÇA, D. – Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi. *Acta Paul Enfermagem*. 2005.18 (4): 368 – 381. In PINTO, L. – *Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, 2009.
- SOUSA, P.; GONÇALVES, P.; SILVA, A; SANTOS, A, T.; RIBEIRO, A, L.; CARDOSO, M. J.; MACHADO, P. – Projecto EnfInCo. Administração Regional de Saúde do Norte, Sub Região–Porto: Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João, 1999. In PEREIRA, F. – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009. Tese de Doutoramento. [Em linha]. [Consultado em 05/10/2011]. Disponível em [www: <http://hdl.handle.net/10216/7182>](http://hdl.handle.net/10216/7182).
- SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. – Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8 (1 Pt 1):102-6.
- STETLER, C.; MORSE, D.; RUCKI, S.; BROUGHTON, S.; CORRIGAN, B.; FITZGERALD, J. et al. – Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998 Nov; 11(4):195-206.
- TAVARES, A. – Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. *Cadernos de Formação* n.º 2. 1990. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos*. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD,Martha – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra, Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda., 2004. ISBN 792-8383-74-6.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (UMCCI). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (UMCCI). Directiva Técnica N°2/UMCCI/2011. Módulo / Escala de Edmonton. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011.
- URSI, E. – *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura*. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.
- WERLEY, H; DEVINE, E.; ZORN, C.; RYAN, P.; WESTRA, B. – The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data; *AJPH*. 1991. 81 (4), p. 421 – 426. In *ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007b.
- WHITE, A. – Epistemology. In *Dictionary Of Philosophy* (p. 174–176). England: Penguin Books, 1999. In MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Fifth Edition. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. – The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005 Dec; 52(5):546-53.

# APÊNDICES

**APÊNDICE I – ARTIGO:  
DESENVOLVIMENTO DE UM RMDE  
PARA A CONSULTA DE ORL**

## Desenvolvimento de um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem para a Consulta de Otorrinolaringologia

Peças, David<sup>1</sup>; Ruivo, Alice<sup>2</sup>; Martins, Lurdes<sup>3</sup>; Paramés, Paula<sup>4</sup>

**Resumo:** O desenvolvimento de um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) válido e confiável é um grande empreendimento, que tem tomado caminhos específicos em diferentes países. Em Portugal, a existência de RMDE é *sine qua non* para qualquer modelo de gestão da informação relativa às práticas de enfermagem, estando o seu desenvolvimento subjacente ao respeito por um conjunto de pressupostos e requisitos. Face à problemática da inexistência de registos de enfermagem na Consulta de Otorrinolaringologia (ORL), no geral, e à existência de um suporte de registo desatualizado e em papel para a Consulta de Enfermagem à Pessoa Laringectomizada, em particular, definimos o objetivo geral de “Desenvolver um RMDE para a Consulta de ORL”. O seu desenvolvimento foi concretizado, sequencialmente, de acordo com as fases da metodologia de projeto, considerando a mais recente evidência científica. Além do objetivo proposto inicialmente, do desenvolvimento do RMDE, conseguimos, ainda, operacionalizar os registos informatizados na Consulta de ORL cerca de oito meses após o início do projeto.

**Palavras-chave:** Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem; Metodologia de Projeto; Consulta de Otorrinolaringologia.

**Abstract:** The development of a valid and reliable Nursing Minimum Data Set Data (NMDS) is a major undertaking that has been taken specific ways in different nations worldwide. In Portugal, the existence of NMDS is *sine qua non* for any information management model of nursing practices, and their development it's underlying to the respect for a set of assumptions and requirements. Considering, generally, the problem of the lack of nursing records in Otorhinolaryngology (ORL) Consultation, and, particularly, the existence of an outdated and paper support for nursing records in Nursing Laryngectomy's Consultation, we defined the objective of "To develop an NMDS to the ORL's Consultation". Its development was achieved sequentially according to the project methodology's phases, considering the latest scientific evidence. In addition to the originally proposed objective, namely the development of the NMDS, we could also operationalize the informatics nursing records in ORL's Consultation about eight months after the project beginning.

**Key words:** Nursing Minimum Data Set; Project Methodology; Otorhinolaryngology Consultation.

---

<sup>1</sup> Mestrando do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS IPS)

<sup>2</sup> Professora Coordenadora da ESS IPS

<sup>3</sup> Professora Adjunta da ESS IPS – Professora Orientadora de Estágio

<sup>4</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Orientadora de Estágio

## INTRODUÇÃO

O presente artigo intitula-se “Desenvolvimento de um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem para a Consulta de Otorrinolaringologia” e traduz um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) realizado na Consulta de Otorrinolaringologia (ORL) de um Hospital do Distrito de Setúbal.

Surge no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS IPS) para divulgação do PIS realizado no âmbito dos Estágios I, II e III das Unidades Curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II do 2º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE) Médico-Cirúrgica da ESS IPS, no ano letivo 2011-2012.

Tem como objetivo divulgar o trabalho realizado no desenvolvimento do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) para a Consulta de ORL referida, através de metodologia de projeto, sintetizando cada uma das suas etapas.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os dados de enfermagem que emergem da documentação dos cuidados consistem em matéria-prima que importa ser otimizada, e, por outro lado, a otimização da informação de enfermagem exige o desenvolvimento e implementação de modelos de agregação e análise dos dados<sup>1</sup>.

Vários investigadores em enfermagem defendem que a solução da adição de informação com qualidade às bases de dados da saúde, relativa aos cuidados de enfermagem, seja sustentada e idealizada pela definição e implementação de Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem (RMDE)<sup>1</sup>.

### Dos RMDE

Entende-se por RMDE o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde<sup>2</sup>.

Devem, assim, criar-se modelos de dados de enfermagem, tendo por objetivo responder a todas as questões relativas à documentação de enfermagem, e que permitam viabilizar a recolha de RMDE<sup>3</sup>, os quais constituem uma fração dos conteúdos dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), recolhida, analisada e interpretada de forma regular e sistemática, visando atender às necessidades específicas de informação de enfermagem de múltiplos utilizadores<sup>1</sup>.

O RMDE não significa toda a documentação de enfermagem, mas sim um conjunto mínimo de

dados que, de forma sistemática, é documentada, no contexto da informação total registada nos SIE, e que melhor descreva os cuidados de enfermagem<sup>1</sup>, num contexto específico ou, ainda, no âmbito local, regional e/ou nacional.

A implementação de um RMDE pressupõe a existência de determinados requisitos<sup>4</sup>, sem os quais não é permitido perspetivar qualquer modelo de gestão da informação relativa às práticas de enfermagem<sup>1</sup>, nomeadamente:

- Uso de uma linguagem comum classificada de enfermagem;
- SIE consistentes;
- SIE integrados nos sistemas de informação da saúde<sup>4</sup>.

A utilização de uma linguagem classificada para identificar as necessidades em cuidados de enfermagem, as intervenções e os resultados é uma obrigatoriedade para qualquer mecanismo de agregação e comparação de dados, porque só podemos comparar e agregar dados se estes partilharem definições e categorias uniformes<sup>1,4</sup>.

As referências a SIE consistentes inserem-se na lógica bem clara, organizada e explícita da associação, organização, armazenamento e recuperação da informação, segundo modelos baseados nas teorias da informação e na natureza dos cuidados de enfermagem<sup>1,4</sup>.

Neste sentido, apenas podemos falar de SIE consistentes quanto se inserem e integram nos sistemas de informação da saúde, tal como temos assistido ao seu desenvolvimento em Portugal<sup>1,2</sup>.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) descreve os seguintes requisitos relativamente à conceção, implementação, desenvolvimento e monitorização dos RMDE<sup>4</sup>:

1. Os RMDE deverão ser alimentados a partir da documentação diária, regular e sistemática dos cuidados de enfermagem, o que obriga à sua incorporação nos conteúdos em uso nos SIE;
2. O painel de indicadores de enfermagem deve corresponder a um produto do RMDE;
3. No caso dos hospitais, os indicadores deverão ser calculados por episódio de internamento. No caso dos centros de saúde, serão calculados por “utente/período”;
4. Os requisitos básicos de comparabilidade da informação assentam em três elementos: a) Partilha da mesma linguagem classificada de enfermagem, utilizada na composição dos elementos clínicos do RMDE; b) Partilha dos mesmos enunciados que descrevem os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que integram o RMDE; c) Partilha do mesmo modelo de leitura do material e fórmulas de cálculo dos indicadores;
5. Para efeitos de proteção dos dados pessoais dos cidadãos, o material que resulta do RMDE deve ser centralizado nos serviços do Ministério da

Saúde, que deverá ainda incorporar instrumentos de recodificação dos dados, que não permitam a posterior relação dos dados com a respetiva origem.

6. Os dados deverão ser agregados dando conta do nível mais atómico (serviços hospitalares, centros de saúde, unidades de saúde familiar, cuidados continuados etc.), até à escala nacional<sup>4</sup>.

A base para a reivindicação da validade de um RMDE é a identificação e operacionalização de um conjunto adequado de elementos de informação, com dados relevantes colhidos com um grau de precisão aceitável, descritos em três fases de um desenvolvimento bem-sucedido de um RMDE<sup>5</sup>:

1. Seleção dos termos dos dados – identificação de um conjunto relevante de elementos, uma linguagem e codificação única, seleção da unidade de colheita de dados e medir os métodos, a frequência da colheita de dados e o formato para a colheita de dados;

2. Transformar dados em informação – estabelecimento da validade e confiabilidade dos dados, elaboração de uma base de dados para armazenamento dos dados e análise útil;

3. Aplicação – uso do conjunto de dados obtidos para aplicações em aspetos clínicos, de gestão, de ensino ou de avaliação da qualidade.

O trabalho desenvolvido com os RMDE ajudou a esclarecer o contributo da enfermagem para o atendimento das pessoas e para os cuidados de saúde no geral. O desenvolvimento de RMDE válidos e confiáveis é um grande empreendimento, que tem tomado caminhos específicos em diferentes países.

Dados os limites dos recursos disponíveis, alguns aspetos do desenvolvimento têm recebido mais atenção do que outros, sendo a qualidade dos dados e a compatibilidade com critérios externos as que têm recebido mais atenção, em vez de uma definição construtiva<sup>6</sup>.

Vários métodos têm sido utilizados para identificar o conteúdo apropriado para os RMDE, como a participação de especialistas no assunto, revisões de literatura, documentação clínica e análise comparativa de outros instrumentos. Os participantes das pesquisas, considerados especialistas, foram convidados a participar em conferências, grupos de trabalho, entrevistas ou pesquisas pela Técnica de Delphi. A observação da prática de enfermagem foi ainda pouco utilizada para gerar ou validar o conteúdo dos RMDE<sup>6</sup>.

A concetualização e validação empírica de elementos "centrais" da enfermagem não têm recebido tanta atenção como o instrumento de desenvolvimento e de qualidade dos dados. A validação dos RMDE tem ocorrido, geralmente, através da implementação de testes piloto de um

instrumento de registo numa amostra de conveniência de ambientes clínicos. Evidencia-se, no entanto, o potencial da pesquisa de campo para sugerir elementos de dados em vez de os confirmar, o que ainda não foi realizado<sup>6</sup>.

### **Da Metodologia de Projeto**

A metodologia de projeto define-se como um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e final de um processo de transformação do real, possibilitando prever uma mudança<sup>7</sup>. É uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas, através da qual se adquirem capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de um projeto numa situação real<sup>7</sup>.

Esta metodologia é constituída pelas seguintes fases: Diagnóstico de situação; Definição de objetivos; Planeamento; Execução e avaliação; Divulgação<sup>7</sup>.

O diagnóstico de situação apresenta um papel justificativo das atividades executadas nos serviços, representando um padrão de comparação a quando da avaliação e, conseqüentemente, como ponto de balanço no sucesso ou avanço atingido com as mudanças implementadas<sup>8</sup>. Caracteriza-se por ser suficientemente alargado, aprofundado, sucinto, rápido, claro, e por corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento<sup>9</sup>. Nesse sentido, deve apresentar determinados requisitos, nomeadamente a descrição preferencialmente quantitativa da situação, o conhecimento dos fatores que a determinam, a análise da sua evolução e perspectivas, e a avaliação<sup>8</sup>.

Os objetivos definidos indicam os resultados que se procuram alcançar e podem incluir diferentes níveis, hierarquizados desde o geral ao mais específico<sup>10</sup>. Enquadrando os objetivos na metodologia de projeto, estes assumem-se como assunções antecipatórias focalizadas na intervenção a desenvolver, em que o estabelecimento dos objetivos finais é um ponto fundamental na elaboração de projetos de ação<sup>11</sup>.

A fase do planeamento caracteriza-se pelo levantamento dos recursos, bem como das limitações condicionantes do próprio trabalho. Nesta fase são, também, definidos os objetivos, as atividades a desenvolver e, ainda, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma<sup>12</sup>.

A execução materializa o planeamento, aplicando tudo o que foi projetado. Esta fase assume uma importância significativa para os participantes tendo em consideração a possibilidade de realizar as suas vontades e necessidades através das ações planeadas<sup>13</sup>. A avaliação deve ser contínua<sup>14</sup> e permitir uma retroação com vista a facilitar a redefinição da

análise da situação, a reelaboração de objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados<sup>15</sup>. Deve, por isso, fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência, eficiência e a eficácia do projeto<sup>14,15</sup>.

A divulgação dos resultados obtidos é uma fase importante na medida em que se dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema<sup>13</sup>.

### **METODOLOGIA**

O desenvolvimento do RMDE para a Consulta de ORL foi concretizado, sequencialmente, de acordo com as fases da metodologia de projeto.

#### **Diagnóstico de Situação**

O instrumento utilizado para o diagnóstico de situação foi a observação direta.

##### Problema

Atendendo à observação efetuada, definimos como problemas centrais a inexistência de registos de enfermagem na Consulta de ORL, de uma forma geral, e a existência de um suporte de registo em papel e desatualizado para a Consulta de Enfermagem à Pessoa Laringectomizada, em particular, ambos problemas concretos do SIE do contexto.

Entendemos que os registos de enfermagem devem constituir-se, naturalmente, na forma de comunicar de uma equipa, promovendo a individualização e continuidade dos cuidados prestados, e em que a possibilidade de cuidar a Pessoa num processo de “360º”, como é o caso da Pessoa Laringectomizada, permite maximizar o papel do enfermeiro na programação precoce da alta, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, na reabilitação funcional e reinserção social, contribuindo de forma sistemática para os ganhos em saúde desta população. Além disso, a existência de registos de enfermagem possibilita a melhoria contínua das práticas e contribuiu para a visibilidade dos resultados de enfermagem.

##### Instrumentos de diagnóstico

De forma a dar sustentabilidade ao presente diagnóstico foi elaborada uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats), a qual nos permitiu identificar as forças internas e externas com influência no desenvolvimento do projeto, e refletir sobre estas de forma a potenciar os pontos fortes e oportunidades, e a minimizar o impacto dos pontos fracos e ameaças.

##### Prioridades

Estabelecemos as seguintes prioridades para a realização do projeto: Desenvolver o RMDE para todo o contexto de cuidados de enfermagem da Consulta de ORL; Realizar formação à equipa de enfermagem.

### **Planeamento**

No planeamento do projeto evidenciamos as atividades e estratégias planeadas, os recursos previstos e os indicadores de avaliação, não esquecendo a vinculação à teoria das transições de Meleis<sup>16,17</sup>, na qual suportámos algumas das análises às necessidades de cuidados e à prática de enfermagem desenvolvida relativamente à Pessoa cuidada na Consulta de ORL, que vivencia diferentes tipos de transição, e donde se destacam as transições vivenciadas pela Pessoa Laringectomizada e pelo seu prestador de cuidados e família.

O recurso à teoria de médio alcance das transições é importante no reconhecimento dos limites da Enfermagem, no aperfeiçoamento de fenómenos específicos da disciplina, no estabelecimento de prioridades e no desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem coerente. A aplicação desta teoria na descrição das necessidades de cuidados de enfermagem ajudou-nos a identificar os padrões, as respostas, os significados, as propriedades, os contextos e os resultados, com a finalidade de planear e executar cuidados de enfermagem competentes<sup>16,17</sup>.

Nesse sentido, procurámos também promover o desenvolvimento do conhecimento da disciplina no âmbito das intervenções do Enfermeiro promotoras de transições saudáveis nas pessoas cuidadas no contexto da consulta de ORL, que lhes possibilitam, simultaneamente: elevar a consciencialização e o envolvimento durante as transições; promover a preparação antecipatória e facilitar a aquisição de conhecimentos e capacidades; reconhecer os significados, as crenças e as atitudes pessoais e sociais relacionadas com transições; identificar pontos e acontecimentos críticos chave<sup>16,17</sup>.

Apesar desta vinculação teórica, apresentamos o produto final do RMDE ancorado à terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), considerando a impreteribilidade, relativamente à realidade portuguesa, de desenvolver o RMDE através desta linguagem classificada<sup>4</sup>.

#### **Definição de objetivos**

Estabelecemos como objetivo geral:

- Desenvolver um RMDE para a Consulta de ORL.

São objetivos específicos os seguintes:

- Identificar os focos sensíveis aos cuidados de enfermagem na Consulta de ORL;
- Elaborar o padrão documental da avaliação inicial, atitudes terapêuticas, processo de enfermagem (conteúdos clínicos) e o core de indicadores de enfermagem para a Consulta de ORL;
- Realizar formação à equipa de enfermagem.

### Execução e avaliação

Evidenciamos no Quadro 1, relativamente aos objetivos específicos definidos, a execução das atividades / estratégias planeadas e a sua avaliação.

Quadro 1 – Execução e avaliação do PIS

	Objetivos Específicos	Atividades / Estratégias	Avaliação
Desenvolvimento de um RMDE para a Consulta de ORL	Identificar os focos sensíveis aos cuidados de enfermagem na Consulta de ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina, Health Technology Assessments, entre outras) sobre Desenvolvimento de RMDE;</li> <li>• Elaboração de grelha de observação para registo dos focos de enfermagem CIPE (Versão Beta 2)<sup>19</sup> na Consulta de ORL;</li> <li>• 1ª Observação dos cuidados de enfermagem à Pessoa em Consulta de ORL:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de todos os focos de atenção de enfermagem observados na Consulta de ORL (CIPE Versão Beta 2) e registo dos mesmos na grelha criada;</li> </ul> </li> <li>• 2ª Observação dos cuidados de enfermagem à Pessoa em Consulta de ORL:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registo na grelha da frequência com que os focos de enfermagem foram observados (número de unidades verificadas);</li> </ul> </li> <li>• Análise dos processos clínicos da Consulta de Enfermagem à Pessoa Laringectomizada:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de todos os focos de atenção de enfermagem verificados nos processos desta consulta de enfermagem (CIPE Versão Beta 2) e registo dos mesmos na grelha criada, registando, simultaneamente, a sua frequência no total dos processos existentes (número de unidades verificadas);</li> <li>• Análise das listagens produzidas nas observações com vista à validação dos resultados, tendo em consideração as mais recentes referências sobre o desenvolvimento de RMDE e definição de focos / intervenções de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem<sup>1,20</sup>;</li> <li>• Elaboração da lista final de focos sensíveis aos Cuidados de Enfermagem à pessoa em consulta de ORL (consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada e restante contexto da consulta).</li> </ul> </li> </ul>	<p>Foi produzida uma lista definitiva dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem na consulta de ORL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 Focos de Atenção de Enfermagem / Fenómenos de Enfermagem (CIPE Versão Beta 2)<sup>19</sup>.</li> </ul>
	Elaborar o padrão documental da avaliação inicial, atitudes terapêuticas e processo de enfermagem (conteúdos clínicos) e core de indicadores de enfermagem para a Consulta de ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração do protótipo da avaliação inicial para a consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada;</li> <li>• Definição dos diagnósticos de enfermagem (<i>status</i> dos focos), tendo em consideração o RMDE desenvolvido “talvez” para a realidade portuguesa por Pereira (2009), para garantia da integridade e comparabilidade do RMDE produzido;</li> <li>• Definição do conjunto de atitudes terapêuticas necessárias;</li> <li>• Definição das intervenções de enfermagem de alta sensibilidade para os focos identificados<sup>20</sup>, e que possibilitam dar resposta aos diagnósticos definidos e às atitudes terapêuticas identificadas, tendo em consideração o RMDE desenvolvido para a realidade portuguesa<sup>1</sup>;</li> <li>• Concretização do protótipo final do RMDE para a Consulta de ORL.</li> <li>• Elaboração de lista dos principais indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem como produto resultante dos focos de alta sensibilidade do RMDE<sup>1,20</sup>.</li> </ul>	<p>Foi produzido o RMDE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação Inicial de Enfermagem (apenas para a Consulta de Enfermagem à Pessoa Laringectomizada);</li> <li>• Processo de Enfermagem (Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem a partir dos 23 focos de atenção identificados, para toda a Consulta de ORL);</li> <li>• Atitudes Terapêuticas (as necessárias para toda a Consulta de ORL);</li> <li>• Indicadores de Enfermagem a partir dos 10 focos de atenção de maior sensibilidade e utilidade, e outros de processo e resultado, para toda a Consulta de ORL).</li> </ul>
	Realizar formação à Equipa de Enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração da apresentação de diapositivos;</li> <li>• Divulgação da sessão de formação à equipa de enfermagem;</li> <li>• Execução da formação com a realização de uma parte teórica e outra prática sobre a aplicação Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) Consulta Externa e as especificações do RMDE elaborado;</li> <li>• Avaliação da formação.</li> </ul>	<p>Foi realizada sessão de formação de 4 horas para capacitação da equipa para utilizar o SAPE Consulta Externa e o RMDE elaborado, com auto e hétero avaliação da formação.</p>



No Quadro 2 expomos outros objetivos definidos e atingidos com vista à operacionalização dos registos de enfermagem no SAPE a partir do RMDE elaborado, assim como as atividades / estratégias desenvolvidas para os mesmos e a sua avaliação.

Quadro 2 – Execução e avaliação do PIS

Desenvolvimento de um RMDE para a Consulta de ORL	Outros Objetivos Definidos / Atingidos	Atividades / Estratégias	Avaliação
	Solicitar parametrização do RMDE e das configurações de especialidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definição das definições de configuração de especialidade</li> <li>Pedido de validação institucional do RMDE ao Grupo SAPE Ambulatório e ao Grupo de Parametrizadores;</li> <li>Envio do RMDE validado e das configurações de especialidade definidas para o Grupo de Parametrizadores e Informática para concretização da parametrização;</li> <li>Colaboração no processo de parametrização.</li> </ul>	Foi concluída a parametrização do RMDE e das configurações de especialidade pela Informática e pelo Grupo de Parametrizadores.
	Preparar a operacionalização dos registos informatizados para a Consulta de ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitação de acesso informático à aplicação SAPE para todos os enfermeiros do Serviço;</li> <li>Disponibilização da formação realizada em e-learning para ajudar a ultrapassar eventuais dificuldades ou dúvidas durante a prática inicial;</li> <li>Participação no arranque dos registos informatizados.</li> </ul>	Os registos informatizados na consulta de ORL tiveram início cerca de 8 meses após o início do projeto.

### PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para cumprimento dos procedimentos formais e éticos, explicámos a todos os elementos envolvidos a observação programada e o projeto planeado, sendo que todos consentiram e participaram livremente no mesmo. Realizámos também um pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição para desenvolver o projeto no contexto, onde explicámos os objetivos do projeto e um breve resumo da metodologia escolhida.

Antes mesmo de recebermos autorização escrita para desenvolver o projeto vimo-lo integrado no projeto da instituição de desenvolvimento de registos informatizados nas áreas de ambulatório, consistindo-se desde logo como autorização expressa para o mesmo, reforçado pelo pedido de participação como estudo piloto e alargamento da metodologia às restantes áreas de consulta.

### CONCLUSÃO

O presente projeto foi executado de forma a atingir integralmente os objetivos propostos inicialmente, que foram alcançados através da conclusão do RMDE para a Consulta de ORL.

Além destes, foi possível definir e concretizar novos objetivos com vista à operacionalização dos registos de enfermagem informatizados no SAPE, utilizando o RMDE desenvolvido.

A utilização da metodologia de projeto foi fundamental para o desenvolvimento do mesmo.

O resultado final deste projeto superou as nossas expectativas, tendo em consideração o diagnóstico e planeamento efetuados numa perspetiva concordante com a realidade e os recursos disponíveis no contexto no início do projeto.

A sua pertinência e, fundamentalmente, a oportunidade de desenvolver este projeto

institucionalmente, com o apoio do Conselho de Administração, foram determinantes para o resultado final concretizado.

Após divulgar o RMDE ao Conselho de Administração e solicitar a avaliação de resultados de enfermagem, decorrentes dos registos para os indicadores da qualidade dos cuidados que foram definidos no presente RMDE, aguardamos que seja definida e autorizada institucionalmente a produção de resultados operacionais neste âmbito, aspeto fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem na Consulta de ORL.

### AGRADECIMENTOS

Ao Serviço de ORL pela possibilidade de desenvolver este projeto.

À Sra. Enfermeira Diretora pela oportunidade que nos deu e pela confiança depositada no nosso trabalho.

Ao Grupo SAPE Ambulatório e aos Parametrizadores da instituição.

Ao Serviço de Informática.

A todos os que colaboram connosco no desenvolvimento do projeto.

O nosso muito obrigado.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PEREIRA F. – Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: Formasau, 2009.
- WERLEY, H; DEVINE, E.; ZORN, C.; RYAN, P.; WESTRA, B. – The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data; AJPH, 1991. 81 (4). p. 421 – 426. In ORDEM DOS ENFERMEIROS – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.

3. SILVA A. – Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. Coimbra: Formasau, 2006.
4. ORDEM DOS ENFERMEIROS – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.
5. SERMEUS; W.; GOOSSEN, W. – Nursing minimum data set. In Textbook in health informatics, Eds J Mantas and A Hasman, p. 98 –109. Amsterdam: IOS Press, 2002. In MAC NEELA, P.; SCOTT, P.; TREACYC, M.; HYDEC, A. – Nursing minimum data sets: a conceptual analysis and review. 2006. Blackwell Publishing Ltd, Nursing Inquiry 13 (1), 44–51.
6. MAC NEELA, P.; SCOTT, P.; TREACYC, M.; HYDEC, A. – Nursing minimum data sets: a conceptual analysis and review. 2006. Blackwell Publishing Ltd, Nursing Inquiry 13 (1), 44–51.
7. GUERRA, Isabel - Introdução à Metodologia de Projecto. Lisboa, 1994. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
8. IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. – Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais. Obras Avulsas. Lisboa, 1982. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
9. TAVARES, A. – Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação n.º 2. 1990. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
10. MÃO DE FERRO, A. – Na Rota da Pedagogia. Lisboa: Edições Colibri, 1999. ISBN: 972-772-069-2. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
11. BARBIER, J. – Elaboração de Projectos de Acção e Planificação. Porto: Porto Editora, 1996. ISBN: 972-0-34106-8. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
12. HUNGLER, B.; BECK, C. – Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization. Philadelphia: Lippincott, 2001. ISBN 0-7817-2557-7. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
13. RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
14. LEITE, E.; MALPIQUE, M.; SANTOS, M. – Trabalho de Projecto: Leituras Comentadas. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1993. ISBN: 972-36-0238-5. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
15. CARVALHO, A.; DIOGO, F. – Projecto Educativo. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0349-7. In RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
16. MELEIS, A.; SAWYER, L.; IM, E.; MESSIAS, D.; SHUMACHER, K. – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory; Advances in Nursing Science. September 2000, p. 13 – 28.
17. MELEIS, A. – Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York : Springer Publishing Company, 2010.
18. BRITO, M. - A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2012. Tese de Doutoramento. [Em linha]. Disponível em [www: < http://hdl.handle.net/10400.14/12617>](http://hdl.handle.net/10400.14/12617).
19. CIPE/ICNPR – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2. 3.ª Edição. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.
20. JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. – Nursing Outcomes Classification – NOC, St. Louis: 2ª Ed, Mosby, 2000.

**APÊNDICE II – RMDE E *CORE* DE  
INDICADORES DA CONSULTA DE ORL**

## Avaliação Inicial de Enfermagem

### DADOS GERAIS

1. Nome preferido: \_\_\_\_\_;
2. História da Doença Actual: \_\_\_\_\_;
3. Profissão: \_\_\_\_\_;
4. Nacionalidade: Portuguesa Outra  
4.1. Especifique outra: \_\_\_\_\_;
5. Língua materna: Portuguesa Outra  
5.1. Especifique outra: \_\_\_\_\_;
6. Escolaridade: Não sabe ler nem escrever 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Secundário Bacharelato  
Licenciatura Outra  
6.1. Especifique outra: \_\_\_\_\_;
7. Estado civil: Solteiro Casado/União de facto Viúvo Divorciado;
8. Necessidades especiais (Nota: relacionadas com religião, etnia ou outras crenças): \_\_\_\_\_;
9. Peso Corporal: \_\_\_\_\_ Kg;
10. Data da Laringectomia Total: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_;
11. Data da Alta: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_;
12. Enfermeiro de Referência: \_\_\_\_\_;
13. Médico Assistente: \_\_\_\_\_;
14. Observações: \_\_\_\_\_.

### AMBIENTE FAMILIAR

1. Residência: Própria Arrendada Casa de familiar Lar/Instituição:  
1.1. Especifique: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_;
2. Prestador de Cuidados: Nome: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_;
3. Pessoa Significativa: Nome: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_;
4. Encaminhamento para Assistente Social: Sim  Não
5. Observações: \_\_\_\_\_.

### ANTECEDENTES PESSOAIS

1. Patologias: DPOC Asma HTA Diabetes: Tipo 1 \_\_\_ Tipo 2 \_\_\_ Hipercolesterolemia HIV+  
Hepatite: A B C B+C  
1.1. Outras Patologias: \_\_\_\_\_
2. Estilos de vida: Tabágicos Alcoólicos Estupefacientes Estupefacientes + tabágicos  
Estupefacientes + alcoólicos Alcoólicos + tabágicos Estupefacientes + alcoólicos + tabágicos   
Nega hábitos alcoólicos, tabágicos ou estupefacientes
3. Traqueostomia: Sim  
3.1. Usa cânula: Sim N.º: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_
4. Medicação Actual:  Sim  Não tem  
4.1. Especifique Medicação: \_\_\_\_\_
5. Alergias:  Sim  Nega / Desconhece  
5.1. Especifique Alergias: \_\_\_\_\_
6. Radioterapia:  Sim  Não  
6.1. Observações: \_\_\_\_\_
7. Quimioterapia:  Sim  Não  
7.1. Observações: \_\_\_\_\_
8. Imunodeprimido:  Sim  Não  
8.1. Observações: \_\_\_\_\_
9. Observações: \_\_\_\_\_.

### COMUNICAÇÃO

1. Estratégias e equipamentos adaptativos: Voz esofágica Prótese fonatória Laringe electrónica
2. Terapia da Fala:  Sim  Não  
a. Observações: \_\_\_\_\_
3. Observações: \_\_\_\_\_.

### ELIMINAÇÃO

1. Padrão de eliminação intestinal (X/Semana): \_\_\_\_\_  
1.1. Medidas Adaptativas:  \_\_\_\_\_

2. Padrão de eliminação vesical (X/Dia): \_\_\_\_\_
3. Algáliação:  Sim
  - 3.1. Motivo: Retenção Incontinência Desconhece
  - 3.2. Tipo:  Látex N°: \_\_\_\_ Silicone N°: \_\_\_\_ Data da algáliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. Observações: \_\_\_\_\_.

### SENSACÃO

1. Escala de Dor: \_\_\_\_ (Escala Numérica 0-10)
2. Dor:  Sim  Não
  - 2.1. Intensidade da dor: \_\_\_\_\_
  - 2.2. Há quanto tempo tem dor: \_\_\_\_\_;
  - 2.3. Localização anatómica: \_\_\_\_\_;
  - 2.4. Irradiação da dor: \_\_\_\_\_;
  - 2.5. Tipo de Dor:  Facada  Moinha  Aperto  Pontada  Cólica  Opressiva  Outro
  - 2.6. Especifique Outro: \_\_\_\_\_;
  - 2.7. Duração:  Aguda  Crónica
  - 2.8. Frequência:  Intermitente  Contínua
  - 2.9. Factores de alívio e agravamento: \_\_\_\_\_;
  - 2.10. Estratégias de *coping*: \_\_\_\_\_;
  - 2.11. Impacto da dor nas actividades de vida: \_\_\_\_\_;
  - 2.12. Impacto emocional, socioeconómico: \_\_\_\_\_;
  - 2.13. Impacto espiritual da dor: \_\_\_\_\_;
  - 2.14. Seguido na Unidade da Dor:  Sim  Não
  - 2.15. Observações: \_\_\_\_\_;
3. Visão:  Diminuída  Invisual:
  - 3.1.  Direita  Esquerda  Direita+Esquerda
  - 3.2.  Ortoses: \_\_\_\_\_
4. Audição:  Diminuída  Surdo
  - 4.1. Localização:  Direita  Esquerda  Direita+Esquerda
  - 4.2. Próteses:  Direita  Esquerda  Direita+Esquerda
5. Olfacto:  Diminuído  Ausente
6. Paladar:  Diminuído  Ausente
7. Observações: \_\_\_\_\_.

### AUTOUIDADOS

1. **Higiene:**
  - 1.1. Estado geral:  Bom  Mau
  - 1.2. Hábitos (frequência): \_\_\_\_\_;
  - 1.3. Dependente:  Sim
  - 1.4. Especifique: \_\_\_\_\_;
  - 1.5. Estratégias Adaptativas: \_\_\_\_\_;
2. **Alimentar-se:**
  - 2.1. N.º habitual de refeições/dia: \_\_\_\_\_;
  - 2.2. Alimentos mal tolerados: \_\_\_\_\_;
  - 2.3. Dieta: \_\_\_\_\_;
  - 2.4. Prótese dentária:  Arcada Superior  Arcada Inferior  Arcada Superior+Inferior
  - 2.5. Deglutição alterada:  Sólidos  Líquidos  Sólidos+Líquidos;
  - 2.6. Via de Alimentação:  Oral  Entérica: SNG  Entérica: PEG
3. **Deambular:**
  - 3.1. Medidas Adaptativas para Deambular:  Bengala  Canadianas  Andarilho  Cadeira de rodas
4. Observações: \_\_\_\_\_.

### TEGUMENTOS

1. Integridade cutânea:  Sim  Não
  - 1.1. Especifique alterações à integridade cutânea: \_\_\_\_\_;
2. Observações: \_\_\_\_\_.

### AVALIAÇÃO EMOCIONAL

1. Imagem Corporal: Monitorização da Imagem Corporal \_\_\_\_\_ (Score entre 1-6; Escala de Insatisfação Corporal);
2. Auto-estima: Monitorização da Auto-Estima \_\_\_\_\_ (Score entre 10-60; Escala de Auto-Estima Global de Rosenberg);
3. Orientar para grupos de suporte e recursos da comunidade:  Sim

## Processo de Enfermagem

<b>Lista de Focos/Fenómenos, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem</b>	
<b>Fenómeno</b>	<b>Aceitação do Estado de Saúde</b>
<b>Diagnósticos</b>	Não Demonstrado
	Conhecimento sobre estratégias de coping Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Apoiar a pessoa
	Promover escuta activa
	Incentivar a relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz
	Incentivar a tomada de decisão com conhecimento
	Incentivar o envolvimento da família
	Elogiar tomada de decisão
	Informar sobre serviços de saúde
	Orientar a pessoa para grupos de suporte
	Optimizar a comunicação
	Facilitar a comunicação expressiva de emoções
	Incentivar a comunicação
	Promover aceitação: estado de saúde
	Ensinar a pessoa sobre estratégias de coping
	Orientar para serviços de saúde
<b>Fenómeno</b>	<b>Adesão ao Regime Terapêutico</b>
<b>Diagnósticos</b>	Não Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz
	Facilitar encontro com pessoas com gestão eficaz do regime terapêutico
	Incentivar adesão ao regime terapêutico
	Escutar o doente
<b>Fenómeno</b>	<b>Alimentar-se</b>
<b>Diagnósticos</b>	Dependente Dependente, em grau elevado Dependente, em grau moderado Dependente, em grau reduzido
	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para se alimentar Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Incentivar a pessoa a alimentar-se
	Informar o prestador de cuidados sobre o uso de equipamento adaptativo no alimentar-se
	Informar sobre equipamento adaptativo para o alimentar-se
	Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação
	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se
	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o alimentar-se
	Instruir o prestador de cuidados sobre como assistir no alimentar-se
	Treinar o prestador de cuidados a assistir no alimentar-se
	Treinar o uso de estratégias adaptativas para o alimentar-se
<b>Fenómeno</b>	<b>Auto Controlo: Ansiedade</b>

<b>Diagnósticos</b>	Ineficaz
<b>Intervenções</b>	Encorajar auto controlo: ansiedade
	Encorajar o envolvimento da família
	Promover escuta activa
	Facilitar a comunicação expressiva de emoções
	Incentivar a comunicação
<b>Fenómeno</b>	<b>Auto Controlo: Dor</b>
<b>Diagnósticos</b>	Ineficaz
	Conhecimento sobre auto- vigilância da dor Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre gestão dos analgésicos Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para avaliação da dor Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para gerir os analgésicos Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Incentivar auto controlo: dor
	Assistir a pessoa na identificação de estratégias de alívio da dor
	Ensinar sobre auto-vigilância: dor
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor
	Ensinar sobre gestão dos analgésicos
	Instruir sobre auto-vigilância: dor
	Instruir a pessoa sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor
	Instruir sobre gestão dos analgésicos
	Treinar a auto-vigilância da dor
	Treinar a pessoa a usar estratégias não farmacológicas para alívio da dor
	Treinar a pessoa a gerir os analgésicos
<b>Fenómeno</b>	<b>Auto Controlo: Infecção</b>
<b>Diagnósticos</b>	Ineficaz
	Conhecimento sobre sinais de infecção Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre medidas de prevenção de contaminação Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre susceptibilidade à infecção Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para implementar medidas de prevenção da contaminação Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Incentivar auto controlo: infecção
	Assistir a pessoa a identificar estratégias de auto controlo: infecção
	Ensinar sobre sinais de infecção
	Ensinar sobre prevenção da infecção
	Instruir a pessoa a implementar medidas de prevenção da contaminação

	Treinar a pessoa a implementar medidas de prevenção da contaminação
	Ensinar sobre susceptibilidade à infecção
<b>Fenómeno</b>	<b>Auto cuidado: Higiene</b>
<b>Diagnósticos</b>	Dependente Dependente, em grau elevado Dependente, em grau moderado Dependente, em grau reduzido
	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre o auto cuidado: higiene Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: higiene Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Incentivar auto cuidado: higiene
	Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene
	Informar o prestador de cuidados sobre o uso de equipamento adaptativo no auto cuidado: higiene
	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene
	Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: higiene
	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene
	Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene
	Treinar o uso de estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene
	Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene
<b>Fenómeno</b>	<b>Auto-estima</b>
<b>Diagnósticos</b>	Diminuído
	Conhecimento sobre estratégias de coping Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para estratégias de coping Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Apoiar a pessoa
	Apoiar a tomada de decisão
	Encorajar a tomada de decisão
	Promover o envolvimento familiar
	Informar sobre os recursos existentes
	Promover escuta activa
	Ensinar a pessoa sobre estratégias de coping
	Instruir a pessoa a utilizar estratégias de coping
	Treinar a pessoa a utilizar estratégias de coping
<b>Fenómeno</b>	<b>Candidíase</b>
<b>Diagnósticos</b>	Possibilidade
	Presente
	Conhecimento sobre prevenção de candidíase Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de candidíase Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre relação entre auto-vigilância e prevenção de complicações Não Demonstrado



	Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Incentivar auto-vigilância
	Incentivar ingestão de líquidos
	Ensinar sobre prevenção de candidíase
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de candidíase
	Ensinar sobre a relação entre auto - vigilância e prevenção de complicações
	Vigiar mucosa Coloração: Pálida Cianosada Amarelada Rosada Hidratação: Hidratada Hiperemiada Desidratada Mucosite: Com lesão grau I Com lesão grau II Com lesão grau III Com lesão grau IV Sem lesão
<b>Fenómeno</b>	<b>Comunicação Expressiva</b>
<b>Diagnósticos</b>	Não Adequado
	Conhecimento sobre técnica de comunicação expressiva eficaz Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para executar técnica de comunicação expressiva eficaz Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Optimizar a comunicação
	Providenciar equipamento adaptativo
	Providenciar material de leitura
	Encorajar a comunicação expressiva de emoções
	Promover adaptação à incapacidade
	Promover alternativas de comunicação
	Escutar o doente
	Ensinar técnica de comunicação expressiva eficaz
	Instruir técnica de comunicação expressiva eficaz
	Treinar técnica de comunicação expressiva eficaz
	Orientar a pessoa para terapia da fala
	<b>Fenómeno</b>
<b>Diagnósticos</b>	Presente Presente, em grau muito elevado Presente, em grau elevado Presente, em grau moderado Presente, em grau reduzido
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Monitorizar a dor através de escala de dor
	Vigiar dor (Mantém características da cópia)
	Executar estratégias não farmacológicas de alívio da dor
	Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor
	Instruir o prestador de cuidados sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor
	Treinar o prestador de cuidados a usar estratégias não farmacológicas para alívio da dor
	Aplicar frio
	Aplicar calor
	Executar a técnica de massagem
	Executar técnica de distração

	Executar técnica de imaginação guiada
	Executar técnica de relaxamento
<b>Fenómeno</b>	<b>Expectorar</b>
<b>Diagnósticos</b>	Ineficaz Ineficaz, em grau elevado Ineficaz, em grau moderado Ineficaz, em grau reduzido
	Conhecimento sobre técnica da tosse Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre inaloterapia Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre cuidados à traqueostomia Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre cuidados à traqueostomia Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para executar a técnica de tosse Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para executar inaloterapia Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para cuidar da traqueostomia Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar inaloterapia Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para cuidar da traqueostomia Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Vigiar a expectoração (Mantém características da cópia)
	Vigiar reflexo de tosse (Mantém características da cópia)
	Estimular reflexo da tosse
	Ensinar sobre a técnica de tosse
	Ensinar sobre inaloterapia através de inalador
	Ensinar sobre otimização da traqueostomia
	Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia através de inalador
	Ensinar o prestador de cuidados sobre otimização da traqueostomia
	Instruir a técnica de tosse
	Instruir sobre inaloterapia através inalador
	Instruir a otimizar a traqueostomia
	Instruir o prestador de cuidados sobre inaloterapia através de inalador
	Instruir o prestador de cuidados a otimizar a traqueostomia
	Treinar a técnica de tosse
	Treinar inaloterapia através de inalador
	Treinar a otimizar a traqueostomia
	Treinar o prestador de cuidados a executar inaloterapia
	Treinar o prestador de cuidados a otimizar a traqueostomia
<b>Fenómeno</b>	<b>Ferida</b>
<b>Diagnósticos</b>	Presente

	Conhecimento sobre precauções de segurança: ferida Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Vigiar penso da ferida (Mantém características da cópia)
	Monitorizar ferida
	Executar tratamento à ferida
	Ensinar sobre precauções de segurança: ferida
<b>Fenómeno</b>	<b>Ferida Cirúrgica</b>
<b>Diagnósticos</b>	Presente
	Conhecimento sobre precauções de segurança: ferida Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Vigiar penso da ferida (Mantém características da cópia)
	Monitorizar ferida cirúrgica
	Executar tratamento à ferida cirúrgica
	Remover material de sutura
	Ensinar sobre precauções de segurança: ferida
<b>Fenómeno</b>	<b>Ferida Traumática</b>
<b>Diagnósticos</b>	Presente
	Conhecimento sobre precauções de segurança: ferida Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Vigiar penso da ferida (Mantém características da cópia)
	Monitorizar ferida traumática
	Executar tratamento à ferida traumática
	Ensinar sobre precauções de segurança: ferida
<b>Fenómeno</b>	<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>
<b>Diagnósticos</b>	Ineficaz
	Conhecimento sobre hábitos alimentares Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre hábitos de exercício Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre hábitos alcoólicos Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre hábitos tabágicos Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre regime medicamentoso Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre técnica de injeção Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso Não Demonstrado

	Demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de injeção Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para executar a técnica de injeção Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar a técnica de injeção Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Ensinar sobre hábitos alimentares
	Ensinar sobre hábitos de exercício
	Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco
	Ensinar sobre desvantagens do uso de álcool
	Ensinar sobre prevenção de complicações
	Ensinar sobre regime medicamentoso
	Ensinar sobre técnica de injeção
	Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos alimentares
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
	Ensinar o prestador de cuidados sobre regime medicamentoso
	Instruir a pessoa a executar a técnica de injeção
	Instruir o prestador de cuidados a executar a técnica de injeção
	Treinar a pessoa a executar a técnica de injeção
	Treinar o prestador de cuidados a executar a técnica de injeção
	Providenciar material de leitura sobre regime terapêutico
	Orientar para serviços de saúde
<b>Fenómeno</b>	<b>Imagem Corporal</b>
<b>Diagnósticos</b>	Alterado
	Conhecimento sobre equipamento adaptativo Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para utilizar equipamento adaptativo Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Facilitar a comunicação expressiva de emoções
	Apoiar a pessoa
	Promover adaptação à incapacidade
	Promover encontro com outros doentes
	Incentivar a relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz
	Promover escuta activa
	Ensinar sobre equipamento adaptativo
	Instruir a pessoa a utilizar equipamento adaptativo
	Treinar a pessoa a utilizar equipamento adaptativo
	Promover o envolvimento familiar
<b>Fenómeno</b>	<b>Infecção</b>
<b>Diagnósticos</b>	Possibilidade Presente
<b>Intervenções</b>	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de infecção Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de contaminação Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para aplicar medidas de prevenção contaminação Não Demonstrado

	Demonstrado
	Vigiar sinais de infecção (Mantém características da cópia)
	Manter medidas de prevenção de contaminação
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da infecção
	Ensinar o prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de contaminação
	Instruir o prestador de cuidados a aplicar medidas de prevenção de contaminação
	Treinar o prestador de cuidados a aplicar medidas de prevenção de contaminação
<b>Fenómeno</b>	<b>Maceração</b>
<b>Diagnósticos</b>	Possibilidade
	Presente
	Conhecimento sobre prevenção de maceração Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de maceração Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para prevenir a maceração Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a maceração Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Vigiar a pele (Mantém características da cópia)
	Vigiar a pele periférica ao estoma (Mantém características da cópia)
	Manter a pele seca
	Aplicar creme
	Executar tratamento à maceração
	Proteger a pele de líquidos orgânicos
	Ensinar sobre prevenção de maceração
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da maceração
	Instruir sobre a prevenção da maceração
	Instruir o prestador de cuidados a prevenir a maceração
	Treinar o uso de equipamento de prevenção da maceração
	Treinar o prestador de cuidados a prevenir a maceração
<b>Fenómeno</b>	<b>Metabolismo Energético</b>
<b>Diagnósticos</b>	Possibilidade
	Alterado
	Conhecimento sobre precauções de segurança: hiperglicemia Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre precauções de segurança: hipoglicemia Não Demonstrado Demonstrado
<b>Intervenções</b>	Vigiar sinais de hiperglicemia (Mantém características da cópia)
	Vigiar sinais de hipoglicemia (Mantém características da cópia)
	Monitorizar glicemia capilar
	Ensinar sobre precauções de segurança: hiperglicemia
	Ensinar sobre precauções de segurança: hipoglicemia
	Orientar a pessoa para Dietista
<b>Fenómeno</b>	<b>Papel do Prestador de Cuidados</b>
<b>Diagnósticos</b>	Não Adequado
<b>Intervenções</b>	Planejar encontro com o prestador de cuidados
	Requerer serviço social
	Assistir o prestador de cuidados na identificação das vantagens do desempenho do papel de prestador de cuidados
	Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados

	Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados
	Encorajar o prestador de cuidados a exprimir as suas emoções
	Elogiar envolvimento do prestador de cuidados
<b>Fenómeno</b>	<b>Perda sanguínea</b>
<b>Diagnósticos</b>	Possibilidade
	Presente
<b>Intervenções</b>	Vigiar perda sanguínea (Mantém características da cópia)
	Aplicar frio
	Aplicar penso compressivo
<b>Fenómeno</b>	<b>Queimadura</b>
<b>Diagnósticos</b>	Possibilidade
	Presente
<b>Intervenções</b>	Vigiar a pele (Mantém características da cópia)
	Monitorizar ferida
	Aplicar creme
	Executar tratamento à queimadura

## Atitudes Terapêuticas

Lista de Atitudes Terapêuticas e Intervenções de Enfermagem associadas
Parâmetros Vitais
Monitorizar a dor através de escala de dor
Monitorizar a SatO2
Monitorizar frequência cardíaca
Monitorizar temperatura corporal
Monitorizar tensão arterial
Cateterismo Periférico
Inserir catéter venoso periférico
Executar tratamento ao local de inserção do catéter
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter
Optimizar catéter venoso periférico
Glicémia Capilar
Monitorizar glicemia capilar
Penso
Vigiar penso da ferida
Executar penso
Dados Antropométricos / Peso Corporal
Monitorizar peso corporal
Gastrostomia
Optimizar ostomia de alimentação
Alimentar a pessoa através de ostomia
Entubação Nasogástrica: Alimentação Entérica
Optimizar sonda nasogástrica
Inserir sonda nasogástrica
Remover sonda nasogástrica
Trocar sonda nasogástrica
Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica
Protocolo Pré-Operatório
Aplicar protocolo pré-operatório
Informar a pessoa sobre o pré-operatório
Informar a pessoa sobre o pós-operatório
Protocolo Pós-Operatório
Aplicar protocolo pós-operatório
Informar a pessoa sobre o pós-operatório
Traqueostomia
Optimizar traqueostomia

## INDICADORES DE ENFERMAGEM

(Especialidades: CON OTORRINOLARINGOLOGIA; CON MAXILO-FACIAL)

<b>Adesão ao Regime Terapêutico</b>
Taxa de prevalência da Adesão ao Regime Terapêutico não demonstrado
Taxa de resolução da Adesão ao Regime Terapêutico não demonstrado
<b>Auto controlo: Dor</b>
Taxa de prevalência do Auto controlo: dor ineficaz
Taxa de resolução do Auto controlo: dor ineficaz
Ganhos em Conhecimento sobre auto-vigilância da dor
Ganhos em Aprendizagem de capacidades para avaliação da dor
Ganhos em Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor
Ganhos em Aprendizagem de capacidades para executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor
Ganhos em Conhecimento sobre gestão dos analgésicos
Ganhos em Aprendizagem de capacidades para gerir os analgésicos
<b>Auto controlo: Infecção</b>
Taxa de prevalência do Auto controlo: infecção ineficaz
Taxa de resolução do Auto controlo: infecção ineficaz
Ganhos em Conhecimento sobre sinais de infecção
Ganhos em Conhecimento sobre medidas de prevenção de contaminação
Ganhos em Conhecimento sobre susceptibilidade à infecção
Ganhos em Aprendizagem de capacidades para implementar medidas de prevenção da contaminação
<b>Comunicação expressiva</b>
Taxa de prevalência de Comunicação expressiva não adequado
Taxa de resolução de Comunicação expressiva não adequado
Ganhos em Conhecimento sobre técnica de comunicação expressiva eficaz
Ganhos em Aprendizagem de capacidades para executar técnica de comunicação expressiva eficaz
<b>Dor</b>
Taxa de prevalência da Dor
Taxa de resolução da Dor
Melhoria no <i>status</i> do diagnóstico (Modificação positiva no diagnóstico)
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor
Ganhos em Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor
<b>Expectorar</b>
Taxa de prevalência de Expectorar ineficaz
Ganhos em eficácia no Expectorar (Modificação Positiva no Diagnóstico)
Taxa de resolução de Expectorar ineficaz
Ganhos em Conhecimento sobre técnica da tosse
Ganhos em Conhecimento sobre inaloterapia
Ganhos em Conhecimento sobre cuidados à traqueostomia
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre cuidados à traqueostomia
Ganhos em Aprendizagem de capacidades para executar a técnica de tosse
Ganhos em Aprendizagem de capacidades para executar inaloterapia
Ganhos em Aprendizagem de capacidades para cuidar da traqueostomia
Ganhos em Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para executar inaloterapia
Ganhos em Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para cuidar da traqueostomia
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>
Taxa de prevalência da Gestão do Regime Terapêutico ineficaz
Taxa de resolução da Gestão do Regime Terapêutico ineficaz
Ganhos em Conhecimento sobre hábitos alimentares
Ganhos em Conhecimento sobre hábitos de exercício

Ganhos em Conhecimento sobre hábitos alcoólicos
Ganhos em Conhecimento sobre hábitos tabágicos
Ganhos em Conhecimento sobre prevenção de complicações
Ganhos em Conhecimento sobre regime medicamentoso
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso
<b>Maceração</b>
Taxa de prevalência de Maceração
Taxa de Efetividade Diagnóstica do Risco
Taxa de Efetividade na prevenção da Maceração
Taxa de resolução da Maceração
Ganhos em Conhecimento sobre prevenção de maceração
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de maceração
Ganhos em Aprendizagem de capacidades para prevenir a maceração
Ganhos em Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir a maceração
<b>Papel de Prestador de Cuidados</b>
Taxa de prevalência de Papel de Prestador de Cuidados não adequado
Taxa de resolução de Papel de Prestador de Cuidados não adequado
<b>Stress do Prestador de Cuidados</b>
Taxa de prevalência de Stress do Prestador de Cuidados
Taxa de Efetividade Diagnóstica do Risco
Taxa de Efetividade na prevenção de Stress do Prestador de Cuidados
Taxa de resolução de Stress do Prestador de Cuidados
<b>Outros Indicadores</b>
Número de Contactos de Enfermagem totais realizados
Número de Contactos de Enfermagem realizados: Unidade Clínica da Especialidade “Consulta de Enfermagem à Pessoa Laringectomizada”
Número de Contactos de Enfermagem realizados: Unidade Clínica da Especialidade “Tratamento de Feridas”
Número de Contactos de Enfermagem realizados: Unidade Clínica da Especialidade “Apoio à Consulta Externa de ORL / Maxilo-Facial”



# **APÊNDICE III – CRONOGRAMA DA EXECUÇÃO DO PIS**

Objectivos/Intervenções	Anos 2011/2012 Mês									
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	
<b>Identificar os focos sensíveis aos Cuidados de Enfermagem na Consulta de ORL</b>	Pesquisa bibliográfica sobre desenvolvimento de Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE);									
	Elaboração de grelha de observação para registo dos focos de enfermagem CIPE (Versão Beta 2) na consulta externa;									
	Primeira Observação dos Cuidados de Enfermagem à pessoa em consulta de ORL;									
	Registo dos focos de enfermagem em grelha de observação;									
	Análise dos processos da consulta de enfermagem de <i>follow-up</i> à pessoa laringectomizada;									
	Registo dos focos de enfermagem identificados nos processos da consulta em grelha própria;									
	Segunda observação dos Cuidados de Enfermagem à pessoa em consulta de ORL;									
	Segunda análise dos processos da consulta de enfermagem de <i>follow-up</i> à pessoa laringectomizada (Pessoas laringectomizadas durante os estágios);									
	Registo dos focos de enfermagem em grelha de observação;									
	Análise dos resultados da segunda observação, à luz da mais recente evidência;									
	Elaboração da lista final de focos mais frequentes e sensíveis aos Cuidados de Enfermagem à pessoa em consulta de ORL (consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada e restante consulta externa do Serviço).									

<b>Elaborar o padrão documental da avaliação inicial, atitudes terapêuticas e processo de enfermagem (conteúdos clínicos) e Core de indicadores de enfermagem para a Consulta de ORL</b>	Elaboração do protótipo da avaliação inicial para a consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada;									
	Elaboração dos diagnósticos de enfermagem;									
	Elaboração do conjunto de atitudes terapêuticas mais frequentes;									
	Identificação das intervenções de enfermagem que possibilitam dar resposta aos diagnósticos definidos e às atitudes terapêuticas identificadas;									
	Concretização do protótipo final do padrão documental de enfermagem para a consulta externa;									
	Elaboração de lista dos principais indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em consulta de ORL, como produto do RMDE, relacionados com os focos de maior sensibilidade aos cuidados.									
<b>Realizar Formação à equipa de enfermagem</b>	Elaboração da Apresentação de diapositivos;									
	Divulgação da sessão de formação à equipa de enfermagem;									
	Apresentação da formação (1ª de 2 Formações – Chefes de Equipa), com a execução de uma sessão prática sobre a aplicação SAPE Consulta Externa;									
	Avaliação da formação.									

**APÊNDICE IV – CRONOGRAMA DA  
EXECUÇÃO DO PAC**

		Anos 2011/2012									
Objectivos	Competências	Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
<b>Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica</b>	<b>K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</b>	K1.1									
		K1.2									
		K1.3									
		K1.4									
		K1.5									
		K1.6									
	<b>K2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção</b>	K2.1									
		K2.2									
		K2.3									
	<b>K3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</b>	K3.1									
		K3.2									

Anos 2011/2012		Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
<b>Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa</b>	<b>L5. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida</b>	L5.1									
		L5.2									
		L5.3									
		L5.4									
	<b>L6. Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte</b>	L6.1									
		L6.2									
		L6.3									
		L6.4									

# **APÊNDICE V – PREVENÇÃO DE QUEDAS**

<i>Serviço de ORL</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO ORL – 3013</b>	NOC Nº 2002
-----------------------	---	-------------

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>ASSUNTO:</b>	Prevenção de Quedas
<b>FINALIDADE:</b>	Descrever a prática de enfermagem na prevenção de quedas de pessoas internadas
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Enfermeiros
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Quedas, Risco, Prevenção

Autor (es)	David Peças	Data de elaboração	01.05.2012
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	4	Data de Revisão	01.05.2012





## ÍNDICE

---

SIGLAS E ABREVIATURAS .....	183
DEFINIÇÕES/CONCEITOS.....	183
INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO.....	183
DESCRIÇÃO.....	184
1. AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM.....	184
2. PLANO DE CUIDADOS .....	185
FORMAÇÃO .....	186
POLÍTICAS DO SERVIÇO .....	187
REFERÊNCIAS .....	187
ANEXO 1 – IMPRESSO DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E AMBIENTAIS .....	189

## SIGLAS E ABREVIATURAS

---

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMF – Cirurgia Maxilo-Facial

CPR – Cirurgia Plástica e Reconstructiva

DGS – Direção Geral de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

ORL - Otorrinolaringologia

PC – Prestador de Cuidados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

## DEFINIÇÕES/CONCEITOS

---

Queda é um sinónimo de cair e pode ser definida como uma “Atividade física com as características específicas: Descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições” (CIPE/ICNP, 2005, p. 57).

As quedas distinguem-se nos seguintes tipos: quedas acidentais (quando relacionadas com fatores ambientais como obstáculos e barreiras do espaço físico); quedas fisiologicamente previsíveis (em indivíduos com alterações fisiológicas que predispõem a um maior risco de queda) e quedas fisiologicamente imprevisíveis (embora atribuídas a fatores fisiológicos, estas não são previsíveis antes da primeira queda) (Morse, 2009).

## INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO

---

A queda é considerada um problema de saúde pública, tendo em conta que é uma ameaça à autonomia das pessoas e simultaneamente induz o aumento dos encargos socioeconómicos (Novais, 2010). É uma importante causa de morbilidade e, por vezes, de mortalidade hospitalar, podendo também contribuir para o aumento do número e gravidade das complicações e, assim, aumentar os custos decorrentes do prolongamento do internamento e da utilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (Centro Hospitalar Lisboa Central EPE, 2009). Está

descrito que entre 5 a 25% dos indivíduos que sofrem uma queda, podem apresentar lesões relevantes, e dos que requerem internamento hospitalar após uma queda, apenas 50% sobrevive um ano depois (Ruipérez et al, 1998).

Em meio hospitalar a representação de quedas é importante, verificando-se 14% de quedas acidentais, 78% fisiologicamente previsíveis e 8 % fisiologicamente imprevisíveis (Morse, 2009).

## DESCRIÇÃO

---

Na prevenção de quedas em utentes internados, o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente no SIE as observações e intervenções realizadas. Neste sentido, o enfermeiro comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica (SAPE), no respeito pela sua área de competência.

O SAPE deve incorporar as necessidades de cuidados (Avaliação Inicial), os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem.

A importância dos registos SAPE decorre ainda da necessidade de obter dados para a avaliação da qualidade da prevenção de quedas, nomeadamente a aferição dos resultados sensíveis às intervenções implementadas, assim como da possibilidade de análise epidemiológica e de investigação.

### 1. AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

O enfermeiro realiza a **avaliação inicial de enfermagem** nas **primeiras 6 horas** de internamento contemplando os seguintes itens de **avaliação do risco de queda**:

### AUTOCUIDADOS

(...)

#### 3. Transferir-se e Deambular:

3.1. Escala de Morse: \_\_\_\_\_ (Score);

3.2. Medidas Adaptativas para Deambular: Bengala Canadianas Andarilho Cadeira de rodas

4. Observações: \_\_\_\_\_.

## 2. PLANO DE CUIDADOS

De forma a realizar sistematicamente a avaliação da prevenção de quedas, o enfermeiro estabelece o plano de cuidados de enfermagem, baseado nas necessidades de cuidados identificadas. No quadro 1 descrevem-se os diagnósticos e intervenções de enfermagem a implementar na pessoa internada no Serviço ORL/CMF/CPR, assim como os indicadores de enfermagem a avaliar.

Quadro 1 – Diagnósticos, intervenções e indicadores de enfermagem da prevenção de quedas na pessoa internada no Serviço de ORL/CMF/CPR

Diagnósticos	Intervenções	Frequência	Indicadores / Avaliação
<b>Risco de Queda</b>  Baixo Risco (Morse ≤ 24) Médio Risco (Braden ≥ 25 e ≤ 49) Alto Risco (Braden ≥ 50)	Monitorizar queda através da escala de Morse	<b>Em Avaliação Inicial nas primeiras 6 horas</b> e depois: <b>Reavaliação: 7 em 7 dias</b> <b>ou</b> <b>Alteração da Situação Clínica</b> <b>ou</b> <b>Após a queda</b>	<b>Taxa de efetividade na prevenção</b>  Nº. de utentes com risco de cair / sem cair X 100 Nº utentes com risco de cair
	Gerir o ambiente físico	No <b>Médio e Alto Risco, Por Turnos</b>	
	Manter grades da cama	No <b>Médio e Alto Risco</b> de acordo com a necessidade identificada (Todos os turnos ou por ex. Turno Fixo Noite)	
	Limitar actividade física segundo procedimento	Indicação de não levante em utentes lúcidos; Contenção física em doentes agitados e confusos, com <b>Médio e Alto Risco</b>	<b>Taxa de Efetividade Diagnóstica do Risco de Queda</b>  Número de casos que desenvolveram Queda com risco <u>prévio documentado</u> X 100 Número de casos que desenvolveram Queda
	Assistir a pessoa a identificar condições de risco para a queda	No <b>Médio e Alto Risco, Por Turnos</b>	
	Assistir o prestador de cuidados a identificar condições de risco para a queda	No <b>Médio e Alto Risco, Turno Fixo (M e T)</b>	
	Informar a pessoa sobre risco de queda	Sem horário (No Risco de Queda Médio e Alto)	

	Informar a pessoa sobre medidas preventivas de queda	Sem horário (No Risco de Queda Médio e Alto)	
	Informar o PC sobre risco de queda	Sem horário (No Risco de Queda Médio e Alto)	
	Informar o PC sobre medidas preventivas de queda	Sem horário (No Risco de Queda Médio e Alto)	
	Vigiar a pessoa nas deslocações às instalações sanitárias	Sem horário (No Risco de Queda Médio e Alto)	
<b>Queda</b> Presente	Monitorizar queda através da escala de Morse	Atualização da frequência ao novo grau de risco identificado	<b>Taxa de Prevalência</b> Nº. de utentes com queda $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ Nº total de utentes
	<b>Todas as restantes aplicáveis ao novo grau de risco identificado</b>	-	
<b>Conhecimento sobre prevenção da queda não demonstrado</b>	Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas	De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa	<b>Modificação positiva no estágio do diagnóstico</b> (Não demonstrado <i>passou a</i> Demonstrado) Nº. de pessoas com <u>Ganhos de conhecimento</u> X 100 Nº total de pessoas com défice
<b>Aprendizagem de Habilidades para utilizar equipamento de prevenção de quedas não demonstrado</b>	Instruir sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas Treinar a utilização de equipamento para prevenir as quedas	De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa	<b>Modificação positiva no estágio do diagnóstico</b> (Não demonstrado <i>passou a</i> Demonstrado) Nº. de pessoas com <u>Ganhos de capacidade</u> X 100 Nº total de pessoas com défice

## FORMAÇÃO

A aquisição e atualização de conhecimentos sobre a prevenção de quedas é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente.

Neste sentido, são avaliadas anualmente as necessidades formativas da equipa de enfermagem relativamente a esta temática, sendo planeada formação contínua, sempre que necessário, de forma a garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da prevenção de quedas, e a incorporação de novas práticas. Da mesma forma, será incluída, na formação em contexto de trabalho, a reflexão sobre as práticas de cuidados.

## POLÍTICAS DO SERVIÇO

---

A efetividade na prevenção de quedas em utentes internados decorre do compromisso das instituições de saúde. Neste sentido, devem os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde promover políticas organizacionais de prevenção de quedas.

No Serviço de ORL/CMF/CPR, são definidas, anualmente, as estratégias de melhoria contínua na prevenção de quedas, tendo por base a mais recente evidência científica, as políticas organizacionais, os resultados dos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, e ainda, as recomendações da DGS.

Tendo em consideração que a prevenção de quedas monitorizada pela escala de Morse não consegue prever a ocorrência das quedas acidentais (calcula apenas o risco da ocorrência das quedas fisiologicamente previsíveis e imprevisíveis, que representam 86% das quedas em meio hospitalar), o **enfermeiro responsável pelo projeto de prevenção de quedas avalia semestralmente** as condições físicas e o equipamento do serviço, na **primeira semana de Janeiro e de Julho**, registando em impresso próprio (Anexo 1), de forma a contribuir para a diminuição da frequência das quedas acidentais (representam 14% das quedas em meio hospitalar) (Morse, 2009; Almeida et al., 2010).

## REFERÊNCIAS

---

ALMEIDA, Ricardo; ABREU, Cidalina; MENDES, Aida (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Revista de Enfermagem Referência. 3:2 (2010) 163-172.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE (2009). Procedimento Multisectorial: Prevenção e Monitorização de Quedas em Ambiente Hospitalar SDO.104. 22/11/2009. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

CIPE/ICNPR (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2. 3.<sup>a</sup> Edição. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

MORSE, Janice M. (2009). Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program. 2.<sup>a</sup> Edição. Nova Iorque: Springer Publishing Company LLC. 169 p. ISBN: 978-0-8261-0389-5.

NOVAIS, Leonor (2010). Prevenção de quedas em idosos. [Em linha]. 2010. [Consultado em 23/02/2011]. Disponível em [www: <http://ssaude.files.wordpress.com/2010/10/quedas.pdf>](http://ssaude.files.wordpress.com/2010/10/quedas.pdf).

RUIPÉREZ, Isidoro; LIORENTE, Paloma (1998). Geriatria. Tradução de Maria Teresa Ramalhal Teixeira. Rio de Janeiro: McGraw-Hill. 391 p. (Guias Práticos de Enfermagem). ISBN 85-86804-10-1.

Título do Documento	Norma de Procedimento ORL – 3013	Versão	4	Pág. 188 de 437
---------------------	----------------------------------	--------	---	-----------------



## ANEXO 1 – IMPRESSO DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E AMBIENTAIS

Avaliação das condições físicas e ambientais					
Unidade					
Data:	__/__/__	Auditor			
		SIM	NÃO	N/A	Observações
<b>EQUIPAMENTO</b>					
<b>1. Cadeiras de rodas e de higiene/cadeirões de repouso/ cadeiras e carros de transporte/ cadeiras de alimentação</b>					
Têm rodas					
As rodas têm travões					
Os travões travam eficazmente					
Os pneus são maciços ou estão cheios					
As rodas permitem a mobilização eficaz da cadeira (não estão vazias nem empenadas)					
Têm cinto (este tem de estar operacional)					
Os braços da cadeira são facilmente retirados para as transferências					
Os apoios para os pés são ajustáveis (altura, posição, etc.) às necessidades do doente.					
Existem cadeiras de rodas que permitem ajustar ao peso do doente (Ex: doente com amputação dos MI)					
<b>2. Suporte de Soros</b>					
O suporte de soro tem dispositivo de fixação (parte superior/inferior) funcionante					
As rodas deslizam facilmente em todas as direcções e não encravam					
O suporte tem uma base de cinco rodas permitindo manter a sua estabilidade					
<b>3. Camas/Macas/Berços</b>					
As camas/macac permitem ajustar a altura às necessidades do doente					
As camas/macac têm grades					
As grades da cama/berço/maca sobem e baixam facilmente					
As grades da cama/berço/maca ficam seguras quando elevadas					
As grades ocupam o espaço necessário para impedir a saída/queda do doente					
As camas/berços têm travões					
Os travões travam eficazmente a cama /berços/maca					

<b>4. Chinelo (Calçado)</b>				
Chinelos disponibilizados pelo hospital têm solas anti-derrapantes				
Chinelos pertencentes ao doente são avaliados para verificação deste aspecto				
<b>5. Campainhas</b>				
Existem à cabeceira de todas as camas				
Estão acessíveis ao doente em todas as camas				
Estão funcionantes				
O som do alarme da campainha é audível na sala de trabalho/copa				
Estão acessíveis em todas as casas de banho				
Fio que acciona o alarme está em boas condições				
<b>6. Andarilhos /Canadianas /Piramides</b>				
Borrachas de segurança das pontas estão em boas condições				
São estáveis				
<b>AMBIENTE</b>				
<b>7. Condições de iluminação</b>				
Existem luzes de presença em todos os quartos				
As luzes de presença funcionam				
Existem luzes de presença em todas as zonas comuns				
As luzes de presença funcionam				
<b>8. Corrimão / Barras de apoio</b>				
Nos chuveiros				
Casas de banho				
Corredores				
<b>9 . Condições do piso</b>				
Sem irregularidades				
Material antiderrapante nas casas de banho				
Material antiderrapante no resto do serviço				
Desníveis assinalados				

**APÊNDICE VI – HIGIENE**  
**RESPIRATÓRIA / ETIQUETA DA TOSSE**

<i>Serviço de ORL</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO ORL - 3034</b>	NPG Nº 1XXX
-----------------------	---	-------------

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>ASSUNTO:</b>	Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse
<b>FINALIDADE:</b>	Definir as medidas e procedimentos padrão de higiene respiratória e etiqueta da tosse para todos profissionais, doentes, acompanhantes e visitantes, a fim de prevenir o contágio por micro-organismos patogénicos
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Todos os profissionais
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Higiene respiratória; Etiqueta da tosse; Infecção cruzada; Precaução básica

Autor (es)	David Peças	Data de elaboração	02.05.2012
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	

## REGISTO DE ALTERAÇÕES

<b>Versão Nº</b>	<b>Data de elaboração</b>	<b>Data de divulgação</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Motivo da Alteração</b>

## ABREVIATURAS

---

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

Ex. – Exemplo

HICPAC – Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (Comité Consultivo para Práticas de Controlo de Infeção Hospitalar)

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SARS – Severe Acute Respiratory Syndrome (Síndrome Respiratória Aguda)

SARS-CoV – Severe Acute Respiratory Syndrome associated Coronavirus (Síndrome Respiratória Aguda por Coronavírus)

## DEFINIÇÕES / CONCEITOS

---

A transmissão de SARS-CoV em Serviços de Urgência e Emergência, a partir dos doentes e dos seus acompanhantes durante os surtos generalizados de SARS em 2003, evidenciou a necessidade de vigilância e de rápida implementação de medidas de controlo de infeção desde o primeiro ponto de encontro nos Serviços de Saúde (por ex. áreas de receção e triagem nos Serviços de Urgência e Emergência, Serviços de Ambulatório e Consultórios Médicos).<sup>1</sup>

Nesse sentido, foi proposta a estratégia denominada por Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse, destinada a ser incorporada nas práticas de controlo de infeção, enquanto novo componente das precauções básicas.<sup>1</sup>

A estratégia apresenta como alvo os doentes, acompanhantes e visitantes sem diagnóstico de infeção respiratória transmissível, e aplica-se a qualquer pessoa que entre nos Serviços de Saúde e que apresente sinais / sintomas de doença, onde se incluem: tosse, congestão nasal, rinorreia ou aumento da produção de secreções respiratórias.<sup>1</sup>

O termo “Etiqueta da Tosse” deriva das medidas de controlo recomendadas para os doentes com *Mycobacterium Tuberculosis*.<sup>1</sup>

A Higiene respiratória / Etiqueta da Tosse inclui os seguintes elementos:

1. Educação dos profissionais de saúde, doentes e visitantes.

2. Divulgação de informação em linguagem apropriada para a população alvo, com instruções para doentes, acompanhantes e visitantes (por ex. pósteres informativos).
3. Utilização de medidas de controlo da fonte (por ex. cobrir a boca e nariz com um lenço de papel quando tossir ou espirrar e eliminar rapidamente o lenço utilizado; ou, se não tiver lenços, tossir ou espirrar para a manga do braço e não para as mãos; uso de máscaras cirúrgicas por pessoas que apresentem tosse, quando tolerável e apropriado).
4. Realização de higiene das mãos após contacto com secreções respiratórias.
5. Manter distância física, ideal superior a 1 (um) metro, de pessoas com infeção respiratória.<sup>1</sup>

Cobrir espirros e tosse e colocar máscaras em pessoas com tosse são meios comprovados de contenção da fonte que impedem as pessoas infetadas de dispersar secreções respiratórias para o ar.<sup>1</sup>

Estas medidas são eficazes na diminuição do risco de transmissão de agentes patogénicos contidos em grandes gotículas respiratórias.<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO / CONTEXTUALIZAÇÃO

---

A definição das medidas e procedimentos padrão de higiene respiratória e etiqueta da tosse para todos profissionais da instituição, doentes, acompanhantes e visitantes, com o objetivo de contribuir para a prevenção do contágio por micro-organismos patogénicos, tem por base o sistema de categorização de recomendações do CDC / HICPAC.

Nas diretrizes emanadas pelo CDC / HICPAC, cada recomendação é classificada com base nos dados científicos existentes, nos fundamentos teóricos, na sua aplicabilidade e, quando possível, no seu impacto económico. O sistema de categorização de recomendações do CDC / HICPAC engloba as seguintes categorias:

**Categoria IA** - Medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.

**Categoria IB** - Medidas de adoção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica.

**Categoria IC** - Medidas preconizadas pelas recomendações de outras Federações e Associações.

**Categoria II** - Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica.

**Questão não Resolvida** – Medidas para as quais a evidência é insuficiente ou não existe consenso quanto á sua eficácia.

No âmbito da higiene respiratória / etiqueta da tosse, o CDC / HICPAC descreve as orientações gerais a atender, individualmente categorizadas pelo sistema referido, nomeadamente:

1. Educar os profissionais de saúde sobre a importância da implementação de medidas de controlo da fonte para contenção de secreções respiratórias, para evitar a transmissão de agentes patogénicos através de gotículas e fomite, especialmente durante os surtos sazonais de infeções virais do trato respiratório (por ex. influenza, adenovírus, parainfluenza vírus).<sup>1</sup>

– **Categoria IB**

2. Implementar as seguintes medidas para contenção de secreções respiratórias em doentes e acompanhantes que apresentem sinais e sintomas de infeção respiratória, começando no ponto de encontro inicial de um ambiente de saúde (por ex. áreas de receção e triagem nos Serviços de Urgência e Emergência, Serviços de Ambulatório e Consultórios Médicos):

a. Afixar, à entrada dos Serviços e em locais estratégicos, instruções para os doentes e outras pessoas com sintomas de uma infeção respiratória de forma a: cobrir a boca e o nariz com lenço descartável quando tossir ou espirrar; realizar a higiene das mãos após o contacto das mãos com as secreções respiratórias. – **Categoria II**

b. Fornecer os lenços e recipientes, que evitem a sua manipulação (por ex. recipiente com tampa elevatória por pedal), para eliminação imediata dos lenços utilizados. – **Categoria II**

c. Providenciar recursos e instruções para realizar a higiene das mãos nas áreas de espera dos Serviços de ambulatório e internamento; disponibilizar aplicadores de SABA, convenientemente localizados, para desinfeção das mãos e, nos locais onde haja lavatório, disponibilizar o material necessário para a lavagem das mãos. – **Categoria IB**

d. Durante os períodos de aumento da prevalência de infeções respiratórias na comunidade (por ex. o aumento do absentismo escolar, aumento do número de doentes que procuram tratamento para uma infeção respiratória) oferecer máscaras cirúrgicas à entrada da instituição de saúde ou consultório médico aos doentes com tosse e a outras pessoas que apresentem sintomas de infeção respiratória (por ex. acompanhantes e visitantes), e



incentivá-los a manter uma distância física de segurança das restantes pessoas presentes nas áreas de espera comuns, de preferência a uma distância de pelo menos 1 metro. –

### **Categoria IB**

- i. Alguns Serviços poderão entender que é logisticamente mais fácil de instituir esta recomendação durante todo o ano como uma prática padrão. – **Categoria II**<sup>1</sup>

## **DESCRIÇÃO**

---

### **1. RECOMENDAÇÕES OPERACIONAIS**

#### **1.1. Sensibilização sobre Higiene Respiratória e Etiqueta da Tosse:**

1. Afixar pósteres informativos (Anexo 1) no Serviço, em locais estratégicos, de modo a sensibilizar profissionais, doentes, acompanhantes e visitantes.
2. Promover a formação dos profissionais e o ensino / educação para a saúde dos doentes, acompanhantes e visitantes, sobre os princípios fundamentais da Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse.

#### **1.2. Assegurar a existência de recursos para a realização da higiene das mãos:**

- a. Providenciar recursos e instruções para a realização da higiene das mãos, nomeadamente através da disponibilização de aplicadores de SABA, convenientemente localizados nas áreas de espera do Serviços, incluindo o ambulatório e o internamento, para desinfecção das mãos e, nos locais onde haja lavatório, assegurar a disponibilização do material necessário para a lavagem das mãos.

#### **1.3. Procedimentos a adotar por todas as pessoas com sintomas de doença do foro respiratório:**

1. **Cobrir a boca e nariz com um lenço de papel** quando tossir ou espirrar, ou, se não tiver lenços, tossir ou espirrar para a manga do braço e **não para as mãos**.
2. **Eliminar rapidamente o lenço** utilizado, se for o caso.
3. **Lavar as mãos** com água e sabão ou desinfetá-las com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) para as mãos, depois de tossir ou espirrar.

4. Colocar máscaras cirúrgicas em pessoas que apresentem sinais de infecção respiratória, incluindo acompanhantes e visitantes, quando tolerável e apropriado.
5. Manter uma distância física de segurança de pessoas com infecção respiratória, idealmente superior a 1 (um) metro.

## **AVALIAÇÃO**

---

Resultado de auditorias a realizar periodicamente pela CCI.

Resultados da formação aos profissionais realizados pela CCI.

Disseminação de informação no Serviço destinada a profissionais, utentes, acompanhantes e visitantes.

## **REFERÊNCIAS**

---

- (1) CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.

ANEXO 1 – POSTER INFORMATIVO SOBRE HIGIENE RESPIRATÓRIA / ETIQUETA DA TOSSE

Pare a difusão dos micróbios que o fazem adoecer a si e aos demais!

# Cubra-se quando tossir



Cubra a sua boca e nariz com um lenço de papel quando tossir ou espirrar



ou, então

tussa ou espirre para dentro da manga do braço, e não para as suas mãos.

Coloque o seu lenço de papel usado no cesto do lixo.



Pode ser que lhe peçam que coloque na cara uma máscara de cirurgia para proteger os demais.

## Limpe as suas mãos

depois de tossir ou de espirrar.



Lave as mãos com sabão e água morna durante 20 segundos ou



limpe-as com um produto de limpeza para as mãos à base de álcool.



Minnesota Department of Health  
717 SE Delaware Street  
Minneapolis, MN 55414  
612-626-6414 or 1-800-657-6414  
www.health.state.mn.us



Minnesota  
AirBorne  
Allergenic  
Control Agency



**APÊNDICE VII – AVALIAÇÃO,  
CONTROLO E TRATAMENTO DA DOR**

<i>ORL/CIR-PLAS/MAXFAC</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO ORL/CIR-PLAS/MAXFAC – 3033</b>	NOC Nº 2010
----------------------------	---	-------------

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>ASSUNTO:</b>	Avaliação, Controlo e Tratamento da Dor
<b>FINALIDADE:</b>	Descrever a prática do Enfermeiro do Serviço de ORL/CIR-PLAS/MAXFAC na avaliação, controlo e tratamento da dor na pessoa internada e na pessoa laringectomizada acompanhada em consulta externa de enfermagem
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Enfermeiros
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Dor, Avaliação da Dor, Controlo da Dor, Tratamento

Autor (es)	David Peças, Vânia Reis	Data de elaboração	01.05.2012
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	5	Data de Revisão	25.09.2013



# ÍNDICE

---

<b>SIGLAS E ABREVIATURAS.....</b>	<b>204</b>
<b>DEFINIÇÕES/CONCEITOS.....</b>	<b>205</b>
<b>INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>205</b>
1.1.PRINCÍPIOS GERAIS DE AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR .....	206
1.2.AVALIAÇÃO DA DOR.....	207
1.3.CONTROLO DA DOR .....	209
1.4.ENSINO À PESSOA / CUIDADOR PRINCIPAL / FAMÍLIA .....	209
<b>DESCRIÇÃO.....</b>	<b>210</b>
1.1.AVALIAÇÃO INICIAL DA DOR .....	211
1.2.PLANO DE CUIDADOS.....	211
<b>INDICADORES .....</b>	<b>215</b>
<b>FORMAÇÃO.....</b>	<b>215</b>
<b>POLÍTICAS DO SERVIÇO.....</b>	<b>216</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>216</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>217</b>
<b>ANEXO 1 – ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR E AS SUAS REGRAS DE APLICAÇÃO.....</b>	<b>218</b>
<b>ANEXO 2 – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR .....</b>	<b>221</b>

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

---

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIR-PLAS – Cirurgia Plástica

*cit por* – Citado por

DGS – Direção Geral de Saúde

EF – Escala de Faces

EN – Escala Numérica

EO – Escala do Observador

EQ – Escala Qualitativa

EVA – Escala Visual Analógica

IASP – Associação Internacional de Estudos da Dor

MAXFAC – Maxilo-Facial

OE – Ordem dos Enfermeiros

ORL – Otorrinolaringologia

PC – Prestador de Cuidados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem



## DEFINIÇÕES/CONCEITOS

---

A dor define-se como uma sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento (CIPE, 2011).

A presença de dor perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objetivo prioritário (OE, 2008). Para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, a dor provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de co morbilidades orgânicas e psicológicas que podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso (DGS, 2008).

Na abordagem da dor, não apenas como um sintoma clínico, Saunders criou o conceito de **dor total** que veio revolucionar a prática dos profissionais que acompanhavam os doentes em fim de vida. Tratar a dor, os outros sintomas acompanhantes, dar apoio psicológico, espiritual e social ao doente e à sua família, começou a ser valorizado e considerado como fundamental para dar qualidade de vida a uma fase que, por si, é dolorosa e difícil (Neto et al, 2009; *cit* por Morete et al, 2010).

## INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO

---

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde instituiu a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (OE, 2008).

O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008).

A dor é, portanto, uma sensação que é diferente de pessoa para pessoa e que, depende de diferentes fatores, sendo influenciada pelas experiências, as perspetivas, as crenças, a

tolerância à dor, a fase da doença, entre outros. Estes fatores influenciam o modo como a dor é sentida, e estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Fatores que influenciam a sensação de dor.

<b>Fatores que influenciam a sensação de dor</b>
- O significado de dor
- O grau de percepção de dor
- As experiências anteriores
- Os valores culturais
- As expectativas sociais
- A saúde física e mental
- As atitudes parentais face à dor
- A instituição/local onde esta ocorre
- A existência de medo ou ansiedade
- A forma como usualmente reage a fatores de <i>stress</i>
- A idade da pessoa
- A preparação para o contexto da dor
- As reações dos profissionais de saúde

(Phipps, 2003)

A prestação de cuidados de enfermagem às pessoas – e em concreto às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor – tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabendo ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados. Trata-se, então, de conhecer e seguir os princípios científicos que relevam hoje o envolvimento da pessoa na avaliação e no tratamento da sua dor, bem como a finalidade do cuidado (OE, 2008).

No âmbito das suas competências nos domínios da *prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional*, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a *satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado*. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (OE, 2008).

Neste sentido, um compromisso da equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados.

## **1.1. PRINCÍPIOS GERAIS DE AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR**

Constituem-se como princípios gerais a atender na avaliação e controlo da dor, os seguintes:

- “1. Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor;
2. A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica;
3. A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas;

4. A percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida;
5. A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua;
6. A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
7. O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada;
8. Os cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor;
9. A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família;
10. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida;
11. Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;
12. Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional;
13. Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor;
14. Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor” (OE, 2008).

## **1.2. AVALIAÇÃO DA DOR**

A avaliação é fundamental para o controlo da dor. McCaffery (1999), cit. por OE (2008), salienta o carácter pessoal e subjetivo da experiência de dor dando relevância ao autorrelato, ao afirmar que dor é aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe.

Neste sentido, evidenciam-se as seguintes recomendações da DGS e da OE:

- “1. Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
2. Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
3. Privilegiar o autorrelato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;

4. Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno, de acordo com a necessidade da pessoa, e / ou de acordo com protocolos instituídos;

5. Colher dados sobre a história de dor, em avaliação inicial de enfermagem, considerando os seguintes parâmetros:

a) Exame físico;

b) Descrição das características da dor: Localização / Qualidade / Intensidade / Duração / Frequência

c) Formas de comunicar a dor / expressões de dor;

d) Fatores de alívio e de agravamento;

e) Estratégias de coping;

f) Implicações da dor nas atividades de vida;

g) Conhecimento / entendimento acerca da doença;

h) Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor;

i) Sintomas associados;

j) Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.

6. Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização noutros locais;

7. Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação, considerando a ordem de prioridade: Escala Numérica (EN); Escala Visual Analógica (EVA); Escala de Faces (EF); Escala Qualitativa (EQ). Na impossibilidade de utilizar instrumentos de autoavaliação, deve recorrer-se a instrumentos de heteroavaliação como por exemplo: Escala do Observador (EO);

8. Assegurar a compreensão das escalas de autorrelato pela pessoa / cuidador principal / família, após ensino;

9. Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;

10. Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;

11. Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção” (DGS, 2008; OE, 2008).

### **1.3. CONTROLO DA DOR**

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (OE, 2008).

Neste sentido, a DGS e a OE recomendam as seguintes orientações:

“12. Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objetivos da pessoa;

13. Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração;

14. Envolver a pessoa / cuidador principal / família / na definição e reajustamento do plano terapêutico;

15. Ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis;

16. Conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas;

17. Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica;

18. Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;

19. Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;

20. Conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas;

21. Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica;

22. Selecionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível” (DGS, 2008; OE, 2008).

### **1.4. ENSINO À PESSOA / CUIDADOR PRINCIPAL / FAMÍLIA**

O envolvimento da pessoa no controlo da dor respeita o princípio ético da autonomia. Assim, recomenda-se:

“23. Ensinar acerca da dor e das medidas de controlo;

24. Instruir e treinar para o autocontrolo na utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas;
25. Ensinar acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
26. Instruir sobre as medidas de controlo dos efeitos colaterais dos opiáceos;
27. Ensinar sobre os mitos que dificultam o controlo da dor;
28. Instruir sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
29. Fornecer informação escrita que reforce o ensino” (DGS, 2008; OE, 2008).

## DESCRIÇÃO

A presente norma de procedimento constitui-se como um **plano de intervenção na avaliação, controlo e tratamento da dor** na pessoa internada no Serviço de ORL/CIR-PLAS/MAXFAC, assim como na pessoa laringectomizada acompanhada em consulta externa de enfermagem.

Nesse sentido, definem-se as orientações gerais de atuação do enfermeiro relativamente à pessoa com dor, nomeadamente na **avaliação inicial de enfermagem**, os **diagnósticos de enfermagem** e as **intervenções** associadas, assim como os **indicadores** de enfermagem a avaliar anualmente.

O enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente no SIE as observações e intervenções realizadas. Neste sentido, o enfermeiro comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde da pessoa, de forma oral, escrita e eletrónica (SAPE), no respeito pela sua área de competência.

O SAPE deve incorporar as necessidades de cuidados (Avaliação Inicial), os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem, de acordo com as orientações do **Manual de Orientação dos Registos de Enfermagem no SAPE**.

A importância dos registos SAPE decorre ainda da necessidade de obter dados para a avaliação da qualidade do controlo da dor, nomeadamente a aferição dos resultados sensíveis às intervenções implementadas, assim como da possibilidade de análise epidemiológica e de investigação.

## 1.1. AVALIAÇÃO INICIAL DA DOR

O enfermeiro realiza a **avaliação inicial de enfermagem**, nas **primeiras 6 horas** na pessoa internada no serviço e, ainda, na primeira consulta de enfermagem (contato) no caso da pessoa laringectomizada após a alta, contemplando os seguintes itens de **avaliação da dor**: (NOTA: O score da **Escala de Dor** e a presença de **Dor (Sim/Não)** são de **registo obrigatório**, sendo os restantes itens preenchidos apenas quando existe dor presente)

### SENSAÇÃO

1. Escala de Dor: \_\_\_\_ (Escala Numérica 0-10)

2. Dor: \_\_\_\_\_  Sim  Não

2.1. Há quanto tempo tem dor: \_\_\_\_\_;

2.2. Localização anatómica: \_\_\_\_\_;

2.3. Irradiação da dor: \_\_\_\_\_;

2.4. Tipo de Dor:  Facada  Moinha  Aperto  Pontada  Cólica  Opressiva  Outro

2.5. Especifique Outro Tipo de dor: \_\_\_\_\_;

2.6. Duração:  Aguda  Crónica

2.7. Frequência:  Intermitente  Contínua

2.8. Fatores de alívio e agravamento: \_\_\_\_\_;

2.9. Estratégias de *coping*: \_\_\_\_\_;

2.10. Impacto da dor nas atividades de vida: \_\_\_\_\_;

2.11. Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor: \_\_\_\_\_;

3. Seguido na Unidade da Dor:  Sim  Não

## 1.2. PLANO DE CUIDADOS

No sentido de realizar de forma sistemática a avaliação da dor e o seu controlo, o enfermeiro estabelece o plano de cuidados de enfermagem, baseado nas necessidades de cuidados identificadas.

Na **monitorização da dor através da escala de dor** devem privilegiar-se os instrumentos de autoavaliação. Considerando a ordem de prioridade, deve recorrer-se à utilização das seguintes escalas de avaliação da dor, descritas pormenorizadamente em ANEXO 1:

1. Escala Numérica (EN);
2. Escala Visual Analógica (EVA);
3. Escala de Faces (EF);

4. Escala Qualitativa (EQ).
5. Escala do Observador (EO).

No âmbito do **tratamento** da dor, deve o enfermeiro executar **estratégias não farmacológicas para alívio de dor**, de acordo com as indicações e contraindicações das mesmas **ANEXO 2**, e tendo em consideração a preferência da pessoa.

Da mesma forma, deve o enfermeiro ensinar, instruir e treinar a pessoa e o prestador de cuidados para a execução de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, no sentido de os capacitar, respetivamente, para o autocontrolo: dor e controlo da dor.

É ainda pertinente que, sempre que necessário, se capacite o prestador de cuidados para o controlo da dor, através dos ensinamentos sobre a **autovigilância da dor** e a **gestão dos analgésicos**.

Além deste planeamento, importa realçar a pertinência de manter uma **cooperação** muito efetiva com a **Unidade de Dor**, de forma a maximizar a intervenção do enfermeiro do Serviço de ORL/CIR-PLAS/MAXFAC à pessoa com dor, assim como otimizar a informação para assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem. Desta cooperação espera-se que surjam, a curto / médio prazo, protocolos clínicos de analgesia para a pessoa com dor crónica, que traduzam uma maior autonomia do enfermeiro na gestão do regime terapêutico e medicamentoso na pessoa com dor.

No Quadro 2 descrevem-se os diagnósticos e intervenções de enfermagem que dão resposta à avaliação e controlo da dor na pessoa internada no Serviço ORL/CIR-PLAS/MAXFAC, e da pessoa laringectomizada acompanhada em consulta de enfermagem, assim como os indicadores de enfermagem a avaliar anualmente.

Quadro 2 – Diagnósticos e intervenções de enfermagem da avaliação, controlo e tratamento da dor

Diagnósticos	Intervenções	Frequência
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Dor...</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. <b>Presente, em grau reduzido</b></li> <li>1.2. <b>Presente, em grau moderado</b></li> <li>1.3. <b>Presente, em grau elevado</b></li> <li>1.4. <b>Presente, em grau muito elevado</b></li> </ol> </li> <li>2. <b>Duração</b> (Aguda ou Crónica)</li> <li>3. <b>Frequência</b> (Intermitente ou Contínua)</li> <li>4. <b>Localização anatómica e topologia</b></li> </ol>	<p>Monitorizar a dor através de escala de dor</p> <p>(Nas Especificações escrever a escala a utilizar)</p>	<p>Mínimo de <b>Por turnos</b> ou <b>De x em x horas</b> de acordo com a necessidade de avaliação da dor.</p> <p>Na <b>pessoa com dor presente e descontrolada</b> avaliar pelo menos <b>duas vezes turno</b>.</p>



NOTA:					
Graus de Dor	Intensidade da Dor				
	Escalas de Autoavaliação				Escalas de Heteroavaliação
	EN	EVA	EQ	EF	EO
Dor presente, em grau reduzido	1,2	1,2	Dor ligeira	1,2	2
Dor presente, em grau moderado	3,4,5	3,4,5	Dor moderada	3	3
Dor presente, em grau elevado	6,7,8	6,7,8	Dor intensa	4	4
Dor presente, em grau muito elevado	9,10	9,10	Dor máxima	5	5

*Exemplo:*  
**Dor Presente, em Grau Moderado Crónica Contínua Braço Lado Direito**

Vigiar dor <b>(Nas Especificações escrever a Localização anatómica e Topologia)</b>	Mínimo de <b>Por turnos</b> ou <b>De x em x horas</b> de acordo com a necessidade de avaliação da dor. Na <b>persona com dor descontrolada</b> avaliar pelo menos <b>duas vezes turno.</b>
Gerir os analgésicos	De acordo com a prescrição / protocolos.
Executar estratégias não farmacológicas de alívio da dor <b>(Nas Especificações escrever a estratégia não farmacológica a utilizar)</b>	De acordo com as indicações terapêuticas das estratégias indicadas para cada situação e a preferência da pessoa.
Aplicar frio	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
Aplicar calor	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
Executar a técnica de massagem	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
Executar técnica de distração	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
Executar técnica de imaginação guiada	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
Executar técnica de relaxamento	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
<b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b>	Incentivar o auto controlo: dor  Assistir a pessoa na identificação de estratégias de alívio da dor  Incentivar relação dinâmica com pessoas com auto controlo: dor eficaz  Por turnos / Por contacto

<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Conhecimento sobre auto-vigilância da dor não demonstrado</b></p>	<p>Ensinar sobre auto-vigilância: dor</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>
<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Aprendizagem de Habilidades para avaliação da dor não demonstrado</b></p>	<p>Instruir sobre auto - vigilância: dor</p> <p>Treinar a auto - vigilância da dor</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>
<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor não demonstrado</b></p>	<p>Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>
<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Aprendizagem de Habilidades para executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor não demonstrado</b></p>	<p>Instruir a pessoa sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor</p> <p>Treinar a pessoa a usar estratégias não farmacológicas para alívio da dor</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>
<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Conhecimento sobre gestão dos analgésicos não demonstrado</b></p>	<p>Ensinar sobre gestão dos analgésicos</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>
<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Aprendizagem de Habilidades para gerir os analgésicos não demonstrado</b></p>	<p>Instruir sobre gestão dos analgésicos</p> <p>Treinar a pessoa a gerir os analgésicos</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>
<p><b>Dor</b></p> <p><b>Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor não demonstrado</b></p>	<p>Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem do prestador de cuidados / Por contacto</p>
<p><b>Dor</b></p> <p><b>Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor não demonstrado</b></p>	<p>Instruir o prestador de cuidados sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor</p> <p>Treinar o prestador de cuidados a usar estratégias não farmacológicas para alívio da dor</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem do prestador de cuidados / Por contacto</p>

## INDICADORES

---

Constituem-se como indicadores de avaliação da prática de enfermagem na avaliação, controlo e tratamento da dor os seguintes:

- **Foco: Auto controlo: Dor**
  - Taxa de prevalência do Auto controlo: dor ineficaz
  - Taxa de resolução do Auto controlo: dor ineficaz
  - Ganhos em Conhecimento sobre gestão dos analgésicos
  - Ganhos em Conhecimento sobre avaliação da dor
  - Ganhos em Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor
  - Ganhos em Aprendizagem de capacidades para gerir a analgesia
  - Ganhos em Aprendizagem de capacidades para avaliar a dor
  - Ganhos em Aprendizagem de capacidades para utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor
- **Foco: Dor**
  - Taxa de prevalência da Dor
  - Taxa de resolução da Dor
  - Melhoria no status no diagnóstico (Modificação positiva no diagnóstico)
  - Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor
  - Ganhos em Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor

## FORMAÇÃO

---

A aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente.

Neste sentido devem ser avaliadas anualmente as necessidades formativas da equipa de enfermagem relativamente a esta temática, sendo planeada formação contínua, sempre que necessário, de forma a garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação, controlo e tratamento da dor, e a incorporação de novas práticas.

## POLÍTICAS DO SERVIÇO

---

A efetividade do controlo da dor decorre do compromisso das instituições de saúde. Neste sentido, devem os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde promover políticas organizacionais de controlo da dor.

No Serviço de ORL/CIR-PLAS/MAXFAC são definidas, anualmente, as estratégias de melhoria contínua na avaliação, controlo e tratamento da dor, tendo por base a mais recente evidência científica, as políticas organizacionais, os resultados dos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

---

ALVES NETO O., COSTA C.M.C., SIQUEIRA J.T.T. (2009). Dor: Princípios e Prática. Porto Alegre: Artmed; cit. por MORETE M.C., MINSON F.P. (2010). Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. Revista Dor 2010;11(1):74-80. São Paulo: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE/ICNP) (2006). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 92-95040-36-8. 210 p.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2003). CIRCULAR NORMATIVA n.º 9/DGCG. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008). CIRCULAR NORMATIVA Nº:11/DSCS/DPCD. Programa nacional de controlo da dor. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

INTERNATIONAL ASSOCIATION for THE STUDY of PAIN (1994). Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. In Classification of Chronic Pain. 2ª ed. Editores: Harold Merskey, Nikolai Bogduk. ISBN 0-931092-05-1. p. 210-213.

INTERNATIONAL ASSOCIATION for THE STUDY of PAIN (2005). Core Curriculum for Professional Education in Pain. 3ª ed. Ed J. Edmond Charlton. ISBN 0-931092-65-5.

MCCAFFERY, Margo; PASERO, Chris (1999). Pain: clinical manual. 2ª ed. St. Louis: Mosby. ISBN 0-8151-5609-X. 398 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Dor, Guia orientador de Boas Práticas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-972-99646-9-5. 55p.

PHIPPS, Wilma; LONG, Bárbara; WOODS, Nancy Fugate; CASSMEYER, Virginia (2003). Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-8383-65-7.

## **ANEXOS**

---

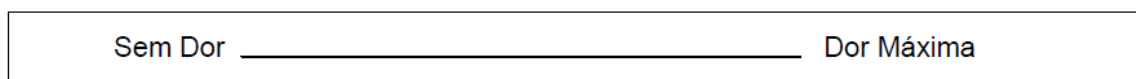
# ANEXO 1 – ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR E AS SUAS REGRAS DE APLICAÇÃO

## 1. Regras de Aplicação

- A avaliação da intensidade da Dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas.
- A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente.
- À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da Dor registada refere-se ao momento da sua monitorização.
- As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos para doentes que não preencham estes critérios.
- A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.
- Para uma correta avaliação da intensidade da Dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o enfermeiro e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.
- É fundamental que o enfermeiro assegure que o doente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

## 2. Escalas de Avaliação da Dor

### Escala Visual Analógica (EVA)



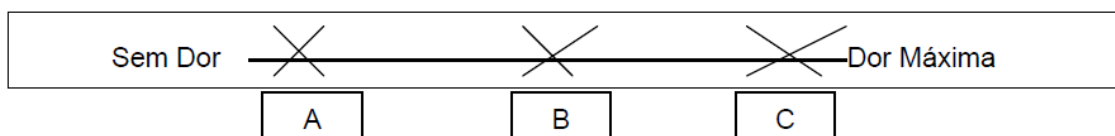
A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”.

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha reta.

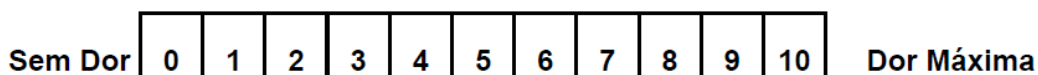
Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Exemplo:

Um doente com Dor Ligeira assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “Sem Dor” (posição A). Se sofrer de uma Dor Média assinalará uma cruz na zona central da linha (posição B). Se sofrer de uma Dor Intensa assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “Dor Máxima” (posição C).



### Escala Numérica (EN)



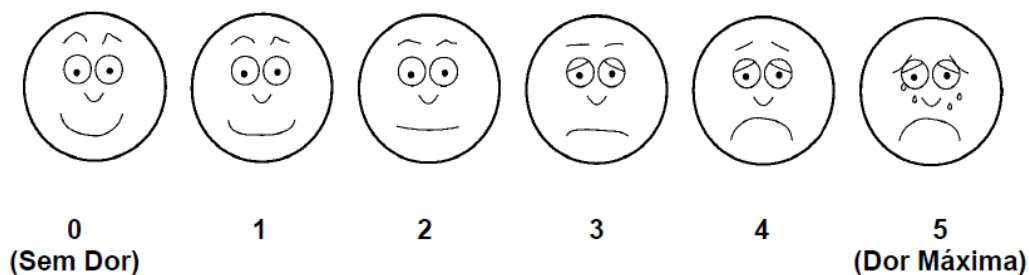
A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será o valor a registar.

### Escala Faces (EF)



Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de

felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.

### Escala Qualitativa (EQ)

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados através da conversão para a escala numérica, nomeadamente: Sem Dor (0); Dor ligeira (1-2); Dor moderada (3-5); Dor intensa (6-8); Dor máxima (9-10).

Fonte: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2003). CIRCULAR NORMATIVA n.º 9/DGCG. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

### Escala Observador (EO)

Parece sem Dor	Parece confortável com movimentos	Parece desconfortável	Parece sofredor consolável	Parece Sofridor Inconsolável
----------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------------------	------------------------------

Ao contrário das anteriores, esta é uma escala de **heteroavaliação**, podendo ser usada em doentes com alterações do estado de consciência ou com défices cognitivos, adaptada da Escala de Dor de Hitchcock. É uma escala gradativa, que qualifica a dor do doente por categorias, desde o Parece sem Dor até ao Parece Sofridor Inconsolável.

Convém salientar que as escalas de heteroavaliação podem comportar desvios relativamente consideráveis em relação às de autoavaliação pelo que, sempre que possível, a avaliação da dor pelo próprio doente deve ser privilegiada.



## ANEXO 2 – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR

	<b>Intervenção</b>	<b>Definição</b>	<b>Objectivos</b>
<b>COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS</b>	<b>Terapia Cognitiva / Comportamental (TCC)</b>	Combinação de técnicas terapêuticas cognitivas (ex: diversão, atenção) com técnicas comportamentais (ex: relaxamento, treino da assertividade), reestruturação cognitiva e o treino de estratégias de <i>coping</i> .	Ajudar a pessoa a alterar as suas percepções ou padrões de dor (ex: diminuição de pensamentos negativos, emoções, e crenças), a aumentar a sensação de controlo e diminuir comportamentos não adaptativos.
	<b>Reestruturação cognitiva</b>	Tipo de TCC na qual a pessoa é instruída a monitorizar e avaliar pensamentos negativos.	Gerar pensamentos adaptativos.
	<b>Treino de habilidades de coping</b>	Tipo de TCC que ajuda a pessoa a desenvolver estratégias de <i>coping</i> , que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, auto-estadiamento de <i>coping</i> adaptativo e psicoterapia de grupo.	Ajudar a pessoa no desenvolvimento de habilidades para controlar / gerir a dor e o stress.
	<b>Relaxamento com imaginação</b>	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inactividade.
	<b>Distracção</b>	Estratégias para desviar a atenção da dor.	Diminuir a atenção prestada à dor.
<b>FÍSICAS</b>	<b>Aplicação de frio e aplicação de calor</b>	Aplicação de frio; aplicação de calor.	Diminuir a inflamação. Promover o relaxamento muscular.

*continua*

	<b>Intervenção</b>	<b>Definição</b>	<b>Objectivos</b>
<b>FÍSICAS</b>	<b>Exercício</b>	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inactividade.	Promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Minimizar a atrofia, desmineralização. Alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores.
	<b>Imobilização</b>	Restrição e limitação de movimentos.	Manter o alinhamento apropriado para a reparação pós-lesão.
	<b>Massagem</b>	Acto de massajar e pressionar partes do corpo.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
	<b>Estimulação eléctrica transcutânea – TENS</b>	Aplicação de corrente de baixa-intensidade através da colocação de eléctrodos na pele, provocando estimulação selectiva dos receptores sensitivos cutâneos a um estímulo mecânico.	Libertar substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor. Promover a mobilidade física, pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas.
<b>SUPORTE EMOCIONAL</b>	<b>Toque Terapêutico</b>	Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.
	<b>Conforto</b>	Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.	

Adaptado de: PAIN: **Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments**, 2005, p. 56 e 57. Disponível em: <http://www.ucp.pt/site/resources/documents/ICS/Toque-Terapeutico1.pdf>.

Fonte: ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Dor, Guia orientador de Boas Práticas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-972-99646-9-5. 55p.

**APÊNDICE VIII – AÇÕES  
PALIATIVAS**

<i>Serviço de ORL</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO ORL – 3035</b>	
-----------------------	---	--

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>ASSUNTO:</b>	Ações paliativas à pessoa em situação crónica, incapacitante e terminal
<b>FINALIDADE:</b>	Descrever a prática de enfermagem no planeamento, desenvolvimento e avaliação de ações paliativas à pessoa em situação crónica, incapacitante e terminal
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Enfermeiros
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Ações Paliativas, Cuidados Paliativos, Palição

Autor (es)	David Peças, Dulce Rodrigues	Data de elaboração	02.05.2012
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	

## REGISTO DE ALTERAÇÕES

Versão N°	Data de elaboração	Data de divulgação	Elaborado por	Motivo da Alteração

## ÍNDICE

---

SIGLAS E ABREVIATURAS .....	227
DEFINIÇÕES/CONCEITOS .....	228
INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO .....	229
DESCRIÇÃO .....	230
1.1. Avaliação Inicial .....	230
1.2. Plano de Cuidados .....	231
FORMAÇÃO .....	237
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	237
ANEXO 1 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON .....	239

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

---

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMF – Cirurgia Maxilo-Facial

CPR – Cirurgia Plástica e Reconstructiva

DGS – Direção Geral de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

ORL - Otorrinolaringologia

PC – Prestador de Cuidados

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

## DEFINIÇÕES/CONCEITOS

---

“A complexidade do sofrimento e a combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, obrigam a que a sua abordagem, com o valor de cuidado de saúde, seja sempre uma tarefa multidisciplinar, que congrega, além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade.

Por estas razões, a Organização Mundial de Saúde considera os Cuidados Paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspetiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida” (UMCCI, 2010b).

“Entende-se por Palição o alívio do sofrimento do doente. Por Ação Paliativa, qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As ações paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução. Por Futilidade Diagnostica e Terapêutica, procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desadequados e inúteis, face à situação evolutiva e irreversível da doença, e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família” (Idem).

“Os Cuidados Paliativos podem definir-se como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais. Os Cuidados Paliativos são cuidados intensivos de conforto prestados de forma multidimensional e sistemática por uma equipa multidisciplinar, cuja prática e método de tomada de decisões são baseados na ética clínica” (Ibidem).

“Os cuidados Paliativos são dispensados com base nas necessidades e não apenas no diagnóstico ou no prognóstico, pelo que podem ser introduzidos de forma estruturada em fases mais precoces da doença (qualquer que ela seja), mesmo quando outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estejam a ser utilizadas” (UMCCI, 2010b).

“Os Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes com prognóstico de vida limitado. São prestados por equipas e



unidades específicas de Cuidados Paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.

A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e educação” (Idem).

Na avaliação dos sintomas da pessoa em situação crónica, incapacitante e terminal, o instrumento de eleição é a escala de avaliação de sintomas de Edmonton (Anexo 1). De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, na sua Diretiva Nº2/UNCCI/2011 (UMCCI, 2011), a aplicação desta escala nos doentes em regime de cuidados paliativos / ações paliativas é de aplicação obrigatória.

A escala de avaliação de sintomas de Edmonton quantifica de 0 a 10 os sintomas dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar, devendo ser avaliada semanalmente, preferencialmente respondida pelo próprio doente, o que possibilita avaliar a eficácia do controlo de sintomas (Anexo 1).

## **INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO**

---

“A Ação Paliativa representa o nível básico de palição e corresponde genericamente à prestação de ações paliativas, sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas. Assim, pode ser prestada em internamento, em ambulatório ou no domicílio, por qualquer profissional clínico e em todos os níveis de instituições e cuidados de saúde. Constituem-se como fundamentais para dar resposta à maioria das situações não complexas que os doentes e/ou as suas famílias apresentam. São especialmente relevantes nos serviços com elevada frequência e prevalência de doentes em idade avançada ou prognóstico de vida limitado, como são os cuidados de saúde primários, os serviços de oncologia, de medicina interna, unidades da dor, unidades e equipas da RNCCI” (UMCCI, 2010b).

O Serviço de Otorrinolaringologia enquadra-se na tipologia de serviços descritos anteriormente, apresentando uma elevada prevalência de doentes em situação crónica, incapacitante e terminal, que habitualmente não chegam a ser colocados em instituições de cuidados paliativos, em virtude da referenciação tardia, da incapacidade de colocação da RNCCI ou por outros motivos.

Neste sentido torna-se fundamental capacitar a equipa de enfermagem para:

- Cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- Estabelecer uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

## DESCRIÇÃO

---

De forma a desenvolver uma prática de cuidados de enfermagem que assente nas componentes essenciais dos cuidados paliativos, nomeadamente o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional, o apoio à família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade, o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente no SIE as observações e intervenções realizadas.

Neste sentido, o enfermeiro comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica (SAPE), no respeito pela sua área de competência, devendo incorporar as necessidades de cuidados (Avaliação Inicial), os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem.

A importância dos registos SAPE decorre ainda da necessidade de obter dados para a avaliação da qualidade do controle sintomático e do apoio psicológico, espiritual e emocional proporcionados à pessoa e família, permitindo, concomitantemente, a aferição dos resultados sensíveis às intervenções implementadas, assim como a possibilidade de análise epidemiológica e de investigação.

### Avaliação Inicial

Nesta óptica, o enfermeiro realiza a **avaliação inicial de enfermagem**, nas **primeiras 6 horas**, na pessoa em situação crónica, incapacitante e terminal, internada no serviço, contemplando o registo da monitorização da escala de sintomas de Edmonton à entrada e a avaliação das necessidades de apoio psicológico, espiritual e emocional da pessoa e da família.

A monitorização da escala de avaliação de sintomas de Edmonton tem a seguinte estrutura:

### **ESCALA DE EDMONTON**

1. Dor: \_\_\_\_ (Score 0-10; Sem→Pior)

2. Cansaço: \_\_\_\_ (Score 0-10; Sem→Pior)
  3. Náusea: \_\_\_\_ (Score 0-10; Sem→Pior)
  4. Depressão: \_\_\_\_ (Score 0-10; Sem→Pior)
  5. Ansiedade: \_\_\_\_ (Score 0-10; Sem→Pior)
  6. Sonolência: \_\_\_\_ (Score 0-10; Sem→Pior)
  7. Apetite: \_\_\_\_ (Score 0-10; Muito→Sem)
  8. Bem-estar: \_\_\_\_ (Score 0-10; Melhor→Pior)
  9. Falta de ar: \_\_\_\_ (Score 0-10; Sem→Pior)
  10. Respondido pelo: Próprio  Prestador de Cuidados
- (...)

### Plano de Cuidados

De forma a operacionalizar a implementação de ações paliativas, o enfermeiro estabelece o plano de cuidados de enfermagem, baseado na monitorização da **Escala de Edmonton (Semanalmente à Segunda-feira)**, na avaliação das necessidades de apoio psicológico, espiritual e emocional à pessoa e família, na avaliação das necessidades de apoio na dignificação da morte e no processo de luto, e, também, no desenvolvimento de uma filosofia de trabalho em equipa e de interdisciplinaridade. Neste sentido, e atendendo à estreita colaboração da Equipa Multidisciplinar de ORL com a Unidade de Dor, deixa-se em aberto a possibilidade de desenvolver internamente protocolos de tratamento e controlo de sintomas para a pessoa em situação terminal.

Atendendo ao facto da palição considerar a prestação de cuidados intensivos de conforto, prestados de forma multidimensional e sistemática, deve o enfermeiro implementar todas as intervenções necessárias relativamente às dependências no auto cuidado apresentadas pela pessoa, contribuindo para a prevenção de complicações e diminuição o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crónica, incapacitante e terminal, deve também compreender a preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas, não só físicos mas também psicossociais e espirituais.

A família deve, por isso, ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto, pelo que se considera de extrema importância a promoção de reuniões periódicas conjuntas com a família

(semanalmente à segunda-feira), com o apoio da Psicóloga que colabora com o Serviço, sempre que necessário.

A avaliação da operacionalização do plano de cuidados proposto será realizada mensalmente na auditoria aos registos de enfermagem, e através da discussão e reflexão das práticas durante as passagens de ocorrências.

No Quadro 1 descrevem-se alguns dos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem que dão resposta à prestação de ações paliativas à pessoa em situação crónica, incapacitante e terminal, internada no Serviço ORL/CMF/CPR, e onde se incide a mudança proposta na intervenção do enfermeiro perante a pessoa em situação crónica, incapacitante e terminal, e perante o seu prestador de cuidados e família.

Quadro 1 – Diagnósticos e intervenções de enfermagem na pessoa em situação crónica, incapacitante e terminal, internada no serviço no Serviço ORL/CMF/CPR

Diagnósticos	Intervenções	Frequência	Indicadores / Avaliação																																								
<p>5. <b>Dor...</b></p> <p>1.5. <b>Presente, em grau reduzido</b></p> <p>1.6. <b>Presente, em grau moderado</b></p> <p>1.7. <b>Presente, em grau elevado</b></p> <p>1.8. <b>Presente, em grau muito elevado</b></p> <p>6. <b>Duração</b> (Aguda ou Crónica)</p> <p>7. <b>Frequência</b> (Intermitente ou Contínua)</p> <p>8. <b>Localização anatómica e topologia</b></p> <p><b>NOTA:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Graus de Dor</th> <th colspan="5">Intensidade da Dor</th> </tr> <tr> <th colspan="3">Escalas de Autoavaliação</th> <th colspan="2">Escalas de Heteroavaliação</th> </tr> <tr> <th>EN</th> <th>EVA</th> <th>EQ</th> <th>EF</th> <th>EO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Dor presente, em grau reduzido</b></td> <td>1,2</td> <td>1,2</td> <td>Dor ligeira</td> <td>1,2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><b>Dor presente, em grau moderado</b></td> <td>3,4,5</td> <td>3,4,5</td> <td>Dor moderada</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><b>Dor presente, em grau elevado</b></td> <td>6,7,8</td> <td>6,7,8</td> <td>Dor intensa</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td><b>Dor presente, em grau muito elevado</b></td> <td>9,10</td> <td>9,10</td> <td>Dor máxima</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Exemplo:</i> <b>Dor Presente, em Grau Moderado Crónica Contínua Braço Lado Direito</b></p>	Graus de Dor	Intensidade da Dor					Escalas de Autoavaliação			Escalas de Heteroavaliação		EN	EVA	EQ	EF	EO	<b>Dor presente, em grau reduzido</b>	1,2	1,2	Dor ligeira	1,2	2	<b>Dor presente, em grau moderado</b>	3,4,5	3,4,5	Dor moderada	3	3	<b>Dor presente, em grau elevado</b>	6,7,8	6,7,8	Dor intensa	4	4	<b>Dor presente, em grau muito elevado</b>	9,10	9,10	Dor máxima	5	5	<p>Monitorizar a dor através de escala de dor</p> <p>(Nas Especificações escrever a escala a utilizar)</p> <p>Vigiar dor</p> <p>(Nas Especificações escrever a Localização anatómica e Topologia)</p> <p>Gerir os analgésicos</p>	<p>Mínimo de <b>Por turnos ou De x em x horas</b> de acordo com a necessidade de avaliação da dor.</p> <p>Na <b> pessoa com dor presente e descontrolada</b> avaliar pelo menos <b>duas vezes turno.</b></p> <p>Mínimo de <b>Por turnos ou De x em x horas</b> de acordo com a necessidade de avaliação da dor.</p> <p>Na <b> pessoa com dor descontrolada</b> avaliar pelo menos <b>duas vezes turno.</b></p> <p>De acordo com a prescrição / protocolos.</p>	<p>Indicadores definidos em norma de procedimento sobre a avaliação, controlo e tratamento da dor</p>
Graus de Dor		Intensidade da Dor																																									
		Escalas de Autoavaliação			Escalas de Heteroavaliação																																						
	EN	EVA	EQ	EF	EO																																						
<b>Dor presente, em grau reduzido</b>	1,2	1,2	Dor ligeira	1,2	2																																						
<b>Dor presente, em grau moderado</b>	3,4,5	3,4,5	Dor moderada	3	3																																						
<b>Dor presente, em grau elevado</b>	6,7,8	6,7,8	Dor intensa	4	4																																						
<b>Dor presente, em grau muito elevado</b>	9,10	9,10	Dor máxima	5	5																																						

	Executar estratégias não farmacológicas de alívio da dor  (Nas Especificações escrever a estratégia não farmacológica a utilizar)	De acordo com as indicações terapêuticas das estratégias indicadas para cada situação e a preferência da pessoa.
	Aplicar frio	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
	Aplicar calor	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
	Executar a técnica de massagem	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
	Executar técnica de distração	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
	Executar técnica de imaginação guiada	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
	Executar técnica de relaxamento	De acordo com as indicações terapêuticas da intervenção.
	<b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b>	Incentivar o auto controlo: dor  Assistir a pessoa na identificação de estratégias de alívio da dor  Incentivar relação dinâmica com pessoas com auto controlo: dor eficaz

<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Conhecimento sobre auto-vigilância da dor não demonstrado</b></p>	<p>Ensinar sobre auto-vigilância: dor</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>	
<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Aprendizagem de Habilidades para avaliação da dor não demonstrado</b></p>	<p>Instruir sobre auto - vigilância: dor</p> <p>Treinar a auto - vigilância da dor</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>	
<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor não demonstrado</b></p>	<p>Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>	
<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Aprendizagem de Habilidades para executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor não demonstrado</b></p>	<p>Instruir a pessoa sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor</p> <p>Treinar a pessoa a usar estratégias não farmacológicas para alívio da dor</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>	
<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Conhecimento sobre gestão dos analgésicos não demonstrado</b></p>	<p>Ensinar sobre gestão dos analgésicos</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>	
<p><b>Auto Controlo: Dor ineficaz</b></p> <p><b>Aprendizagem de Habilidades para gerir os analgésicos não demonstrado</b></p>	<p>Instruir sobre gestão dos analgésicos</p> <p>Treinar a pessoa a gerir os analgésicos</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem da pessoa / Por contacto</p>	
<p><b>Dor</b></p> <p><b>Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor não demonstrado</b></p>	<p>Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem do prestador de cuidados / Por contacto</p>	
<p><b>Dor</b></p> <p><b>Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar estratégias não farmacológicas para alívio da dor não demonstrado</b></p>	<p>Instruir o prestador de cuidados sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da</p>	<p>De acordo com a capacidade de aprendizagem do prestador de cuidados / Por contacto</p>	

	dor  Treinar o prestador de cuidados a usar estratégias não farmacológicas para alívio da dor		
<b>Aceitação do Estado de Saúde</b> <i>não demonstrado</i>	Apoiar a pessoa	Por turnos	<b>Taxa de Resolução Diagnóstica</b>
	Promover escuta activa	Por turnos	
	Incentivar a relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz	Dia e Hora Fixa	
	Incentivar a tomada de decisão com conhecimento	Por turnos	
	Incentivar o envolvimento da família	Por turnos	
	Elogiar tomada de decisão	Por turnos	
	Informar sobre serviços de saúde	Dia e Hora Fixa	
	Orientar a pessoa para grupos de suporte (Psicologia)	Dia e Hora Fixa	
	Optimizar a comunicação	Por turnos	
	Facilitar a comunicação expressiva de emoções	Por turnos	
	Incentivar a comunicação	Por turnos	
	Promover aceitação: estado de saúde	Por turnos	
	Orientar para serviços de saúde	Dia e Hora Fixa	
<b>Aceitação do Estado de Saúde:</b>  <b>Conhecimento sobre estratégias de coping</b> <i>não demonstrado</i>	Ensinar sobre estratégias de coping	Dia e Hora Fixa	<b>Modificação positiva no estágio do diagnóstico</b>  (Não demonstrado <i>passou a Demonstrado</i> )

			Nº. de pessoas com <u>Ganhos de conhecimento</u> X 100 Nº total de pessoas com défice
<b>Dignificação da Morte</b> <i>difícil</i>	Gerir o ambiente físico	Por turnos	<b>Taxa de Resolução Diagnóstica</b>
	Assistir a pessoa no processo de luto	Por turnos	
	Assistir na aceitação da crise	Por turnos	
	Facilitar a comunicação expressiva de emoções	Por turnos	
	Facilitar serviços religiosos	Turno Fixo / Hora Fixa	
	Facilitar suporte familiar	Turno Fixo / Hora Fixa	
	Apoiar a pessoa	Por turnos	
	Promover escuta activa	Por turnos	
	Incentivar o envolvimento da família	1 vez por semana (Reunião Pessoa-Família-Equipa à segunda-feira)	
<b>Processo de Luto</b> <i>difícil</i>	Gerir o ambiente físico	Por turnos	<b>Taxa de Resolução Diagnóstica</b>
	Facilitar a comunicação expressiva de emoções	Por turnos	
	Facilitar serviços religiosos	Turno Fixo / Hora Fixa	
	Apoiar a família	Turno Fixo / Hora Fixa	
	Promover escuta activa	Por turnos	
	Informar a família sobre o processo de luto	Dia e hora fixa	
	Orientar a família para grupos de suporte	Dia e hora fixa	



	Incentivar o envolvimento da família	1 vez por semana (Reunião Pessoa-Família-Equipa à segunda-feira)	
<i>Multi-diagnóstico</i>	Monitorizar sintomas através da escala de Edmonton	1 vez por semana (segunda-feira)	Aguarda aprovação para parametrização no SAPE

## FORMAÇÃO

---

A aquisição e atualização de conhecimentos sobre cuidados paliativos / ações paliativas é fundamental para capacitar toda a equipa para a prestação de cuidados no nível básico de palição que se propõe, assim como para a manutenção de uma filosofia de trabalho em equipa neste âmbito da prática de enfermagem.

Desta forma, são avaliadas anualmente as necessidades formativas da equipa de enfermagem relativamente a esta temática, sendo planeada formação contínua, sempre que necessário, de forma a garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca do cuidar da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, em particular do planeamento e desenvolvimento de acções paliativas.

Da mesma forma, será incluída, na formação em contexto de trabalho, a reflexão sobre as práticas de cuidados neste âmbito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE/ICNP) (2006). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 92-95040-36-8. 210 p.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2010a). Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011-2013. Lisboa, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2010b). Programa Nacional de Cuidados Paliativos – 2010. Lisboa, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2011). Diretiva Técnica Nº2/UMCCI/2011. Módulo / Escala de Edmonton. Lisboa.

## ANEXO 1 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON

<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON</b>		
Sem Dor	<div style="border-top: 1px solid black; position: relative; height: 15px;"> <span style="position: absolute; left: 0px; top: 0px;">0</span> <span style="position: absolute; left: 100px; top: 0px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 200px; top: 0px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 300px; top: 0px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 400px; top: 0px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 500px; top: 0px;">5</span> <span style="position: absolute; left: 600px; top: 0px;">6</span> <span style="position: absolute; left: 700px; top: 0px;">7</span> <span style="position: absolute; left: 800px; top: 0px;">8</span> <span style="position: absolute; left: 900px; top: 0px;">9</span> <span style="position: absolute; left: 1000px; top: 0px;">10</span> </div>	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	<div style="border-top: 1px solid black; position: relative; height: 15px;"> <span style="position: absolute; left: 0px; top: 0px;">0</span> <span style="position: absolute; left: 100px; top: 0px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 200px; top: 0px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 300px; top: 0px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 400px; top: 0px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 500px; top: 0px;">5</span> <span style="position: absolute; left: 600px; top: 0px;">6</span> <span style="position: absolute; left: 700px; top: 0px;">7</span> <span style="position: absolute; left: 800px; top: 0px;">8</span> <span style="position: absolute; left: 900px; top: 0px;">9</span> <span style="position: absolute; left: 1000px; top: 0px;">10</span> </div>	Pior Cansaço Possível
Sem Náuseas	<div style="border-top: 1px solid black; position: relative; height: 15px;"> <span style="position: absolute; left: 0px; top: 0px;">0</span> <span style="position: absolute; left: 100px; top: 0px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 200px; top: 0px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 300px; top: 0px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 400px; top: 0px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 500px; top: 0px;">5</span> <span style="position: absolute; left: 600px; top: 0px;">6</span> <span style="position: absolute; left: 700px; top: 0px;">7</span> <span style="position: absolute; left: 800px; top: 0px;">8</span> <span style="position: absolute; left: 900px; top: 0px;">9</span> <span style="position: absolute; left: 1000px; top: 0px;">10</span> </div>	Pior Sensação de Náuseas Possível
Sem Depressão	<div style="border-top: 1px solid black; position: relative; height: 15px;"> <span style="position: absolute; left: 0px; top: 0px;">0</span> <span style="position: absolute; left: 100px; top: 0px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 200px; top: 0px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 300px; top: 0px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 400px; top: 0px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 500px; top: 0px;">5</span> <span style="position: absolute; left: 600px; top: 0px;">6</span> <span style="position: absolute; left: 700px; top: 0px;">7</span> <span style="position: absolute; left: 800px; top: 0px;">8</span> <span style="position: absolute; left: 900px; top: 0px;">9</span> <span style="position: absolute; left: 1000px; top: 0px;">10</span> </div>	Pior Sensação de Depressão Possível
Sem Ansiedade	<div style="border-top: 1px solid black; position: relative; height: 15px;"> <span style="position: absolute; left: 0px; top: 0px;">0</span> <span style="position: absolute; left: 100px; top: 0px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 200px; top: 0px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 300px; top: 0px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 400px; top: 0px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 500px; top: 0px;">5</span> <span style="position: absolute; left: 600px; top: 0px;">6</span> <span style="position: absolute; left: 700px; top: 0px;">7</span> <span style="position: absolute; left: 800px; top: 0px;">8</span> <span style="position: absolute; left: 900px; top: 0px;">9</span> <span style="position: absolute; left: 1000px; top: 0px;">10</span> </div>	Pior Sensação de Ansiedade Possível
Sem Sonolência	<div style="border-top: 1px solid black; position: relative; height: 15px;"> <span style="position: absolute; left: 0px; top: 0px;">0</span> <span style="position: absolute; left: 100px; top: 0px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 200px; top: 0px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 300px; top: 0px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 400px; top: 0px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 500px; top: 0px;">5</span> <span style="position: absolute; left: 600px; top: 0px;">6</span> <span style="position: absolute; left: 700px; top: 0px;">7</span> <span style="position: absolute; left: 800px; top: 0px;">8</span> <span style="position: absolute; left: 900px; top: 0px;">9</span> <span style="position: absolute; left: 1000px; top: 0px;">10</span> </div>	Pior Sensação de Sonolência Possível
Muito Apetite	<div style="border-top: 1px solid black; position: relative; height: 15px;"> <span style="position: absolute; left: 0px; top: 0px;">0</span> <span style="position: absolute; left: 100px; top: 0px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 200px; top: 0px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 300px; top: 0px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 400px; top: 0px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 500px; top: 0px;">5</span> <span style="position: absolute; left: 600px; top: 0px;">6</span> <span style="position: absolute; left: 700px; top: 0px;">7</span> <span style="position: absolute; left: 800px; top: 0px;">8</span> <span style="position: absolute; left: 900px; top: 0px;">9</span> <span style="position: absolute; left: 1000px; top: 0px;">10</span> </div>	Sem Qualquer Apetite
Melhor Nível de Bem-estar	<div style="border-top: 1px solid black; position: relative; height: 15px;"> <span style="position: absolute; left: 0px; top: 0px;">0</span> <span style="position: absolute; left: 100px; top: 0px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 200px; top: 0px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 300px; top: 0px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 400px; top: 0px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 500px; top: 0px;">5</span> <span style="position: absolute; left: 600px; top: 0px;">6</span> <span style="position: absolute; left: 700px; top: 0px;">7</span> <span style="position: absolute; left: 800px; top: 0px;">8</span> <span style="position: absolute; left: 900px; top: 0px;">9</span> <span style="position: absolute; left: 1000px; top: 0px;">10</span> </div>	Pior nível de Bem-estar Possível
Sem Falta de Ar	<div style="border-top: 1px solid black; position: relative; height: 15px;"> <span style="position: absolute; left: 0px; top: 0px;">0</span> <span style="position: absolute; left: 100px; top: 0px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 200px; top: 0px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 300px; top: 0px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 400px; top: 0px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 500px; top: 0px;">5</span> <span style="position: absolute; left: 600px; top: 0px;">6</span> <span style="position: absolute; left: 700px; top: 0px;">7</span> <span style="position: absolute; left: 800px; top: 0px;">8</span> <span style="position: absolute; left: 900px; top: 0px;">9</span> <span style="position: absolute; left: 1000px; top: 0px;">10</span> </div>	Pior Sensação de Falta de Ar Possível
Outro Problema	<div style="border-top: 1px solid black; position: relative; height: 15px;"> <span style="position: absolute; left: 0px; top: 0px;">0</span> <span style="position: absolute; left: 100px; top: 0px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 200px; top: 0px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 300px; top: 0px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 400px; top: 0px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 500px; top: 0px;">5</span> <span style="position: absolute; left: 600px; top: 0px;">6</span> <span style="position: absolute; left: 700px; top: 0px;">7</span> <span style="position: absolute; left: 800px; top: 0px;">8</span> <span style="position: absolute; left: 900px; top: 0px;">9</span> <span style="position: absolute; left: 1000px; top: 0px;">10</span> </div>	
<b>Completado Por:</b> <input type="checkbox"/> Doente <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Cuidador Com Auxílio		

**APÊNDICE IX – PLANO DE  
EVACUAÇÃO / PLANO DE EMERGÊNCIA  
INTERNO**

<i>Serviço de ORL</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO ORL – 3036</b>	
-----------------------	---	--

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>ASSUNTO:</b>	Plano de Evacuação / Plano de Emergência Interno
<b>FINALIDADE:</b>	Estabelecer os procedimentos a adotar, de forma a promover uma atuação segura e a saída rápida de todos os ocupantes, em situação de emergência com necessidade de evacuação Definir a colaboração entre Serviços no caso de evacuação Definir a colaboração do Serviço em caso de catástrofe e/ou emergência multi-vítima
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Todos os profissionais do Serviço
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Evacuação, Plano de Evacuação

Autor (es)	David Peças, Herculana Carvalho	Data de elaboração	15.05.2012
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	



## ÍNDICE

---

<b>SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>245</b>
<b>DEFINIÇÕES/CONCEITOS .....</b>	<b>245</b>
<b>INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO .....</b>	<b>245</b>
<b>DESCRIÇÃO .....</b>	<b>248</b>
COMPOSIÇÃO DA EQUIPA E DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES.....	248
ARTICULAÇÃO / COLABORAÇÃO ENTRE SERVIÇOS.....	249
1.1. <i>Evacuação do Serviço de ORL das 8h às 16h (Dias úteis)</i> .....	249
1.2. <i>Evacuação do Serviço de ORL das 16h às 8h (Dias úteis) + Fins-de-semana + Feriados</i> .....	250
1.3. <i>Evacuação de Outros Serviços</i> .....	250
1.4. <i>Colaboração com a Urgência Geral em Situação de Catástrofe e/ou Emergência Multi-vítima</i> .....	251
<b>INDICADORES .....</b>	<b>251</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>251</b>
<b>ANEXO 1 – PÓSTER SOBRE EVACUAÇÃO DE DOENTES.....</b>	<b>252</b>
<b>ANEXO 2 – FLUXOGRAMA DE EVACUAÇÃO DO SERVIÇO ORL ENTRE AS 8H-16H (DIAS ÚTEIS).....</b>	<b>253</b>
<b>ANEXO 3 – FLUXOGRAMA DE EVACUAÇÃO DO SERVIÇO ORL ENTRE AS 16H-8H + FINS-DE-SEMANA + FERIADOS.....</b>	<b>254</b>

## SIGLAS E ABREVIATURAS

---

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

CMF – Cirurgia Maxilo-Facial

CPR – Cirurgia Plástica e Reconstructiva

DGS – Direção Geral de Saúde

ORL - Otorrinolaringologia

PEI – Plano de Emergência Interno

## DEFINIÇÕES/CONCEITOS

---

**Plano de evacuação** – É o conjunto de procedimentos adotados pelo serviço no sentido de promover a saída rápida e segura de todos os ocupantes numa situação de emergência com necessidade de evacuação.

**Equipa de evacuação** – É constituída por todos os profissionais que estão presentes no momento da ocorrência. Os elementos das equipas de evacuação dirigirão os ocupantes até às saídas e acompanhá-los-ão até ao local designado ou até ao ponto de encontro. É desejável que sejam os profissionais do serviço a triar os doentes de acordo com as suas dependências, necessidades de cuidados e prioridades de suporte e que os acompanhem até à porta do serviço, passando a informação, se necessário, a elementos da equipa de evacuação externos ao serviço.

**Cerra-fila** - É o último elemento a abandonar o serviço, certificando-se de que todos foram evacuados, aparelhos desligados e portas fechadas. É nomeado pelo responsável pela evacuação.

## INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO

---

“Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, é fundamental que as Unidades de Saúde realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a sua envolvente interna e externa, em constante mutação, e planeiem, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro, que pela sua natureza ou extensão, condicione,



momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes” (ANPC, 2009; DGS, 2010).

“Os estabelecimentos de tipo hospitalar, como quaisquer outros, estão sujeitos a numerosos tipos de acontecimentos, que podem originar situações de emergência. A principal preocupação, no que se refere à segurança destes edifícios, deve ser a prevenção de todo o tipo de acidentes e a minimização das respetivas consequências, ou, no caso de tal não ser possível, limitar ao máximo a sua propagação, de forma a reduzir a necessidade de evacuação dos ocupantes, com exceção da zona afetada (HGO, 2006).

Relativamente às responsabilidades dos intervenientes descrevem-se, no PEI do HGO (2006), as seguintes:

**“Equipa de evacuação** – A função da equipa de evacuação é assegurar uma evacuação total e ordenada do seu sector/serviço. Constituem deveres das equipas de evacuação:

- Assegurar a desobstrução dos caminhos de evacuação;
- Assegurar que as saídas do Edifício para o exterior estejam desimpedidas;
- Abrir as portas de saída para o exterior;
- Assegurar que a ordem de evacuação foi entendida por todos os ocupantes;
- Orientar os ocupantes para a saída e auxiliar os que necessitem de apoio;
- Verificar se a evacuação do seu sector foi completa.

Os elementos das equipas de evacuação dirigirão os ocupantes até às saídas, e acompanhá-los-ão até um local designado ou até ao ponto de encontro. As equipas de evacuação serão constituídas por pessoal adstrito aos próprios Serviços, no entanto, em caso de necessidade, poderão ser designados elementos de outros Serviços para o auxílio. Os elementos de outros Serviços chamados a intervir serão contactados na altura do sinistro pelos telefonistas ou pelo Segurança da Central de Segurança.

Nos Serviços de Ação Médica, todos os elementos do respetivo Serviço fazem parte da equipa de evacuação. Os membros destas equipas decidem em função do seu conhecimento, da capacidade de locomoção de cada utente e apoiados na identificação dos utentes como dependentes ou independentes (Anexo 1), quais os pacientes que poderão sair autonomamente, e quais necessitam de apoio para serem evacuados. Os elementos destas equipas de evacuação decidem qual a técnica de movimentação adequada para cada um dos pacientes limitados na sua capacidade de movimentação, no Anexo 1 estão representadas algumas técnicas de transferência. De referir que cada um dos Serviços clínicos está dotado de uma maca de campanha, para evacuação dos doentes pelas escadas de emergência exteriores.

Na ausência do médico responsável dos Serviços de Ação Médica, o chefe de cada equipa de evacuação deverá ser sempre o enfermeiro mais graduado de turno, este elemento deve coordenar a evacuação, e após a sua realização transmitir ao Coordenador de Segurança o seguinte:

- A área que está totalmente evacuada; Pessoas em falta, sua presumível localização e estado;
- Estado dos percursos de evacuação nas diversas áreas; Outras informações relevantes” (HGO, 2006; ANPC, 2009).

As Figuras 1 e 2 ilustram os organogramas em situação de emergência no HGO.

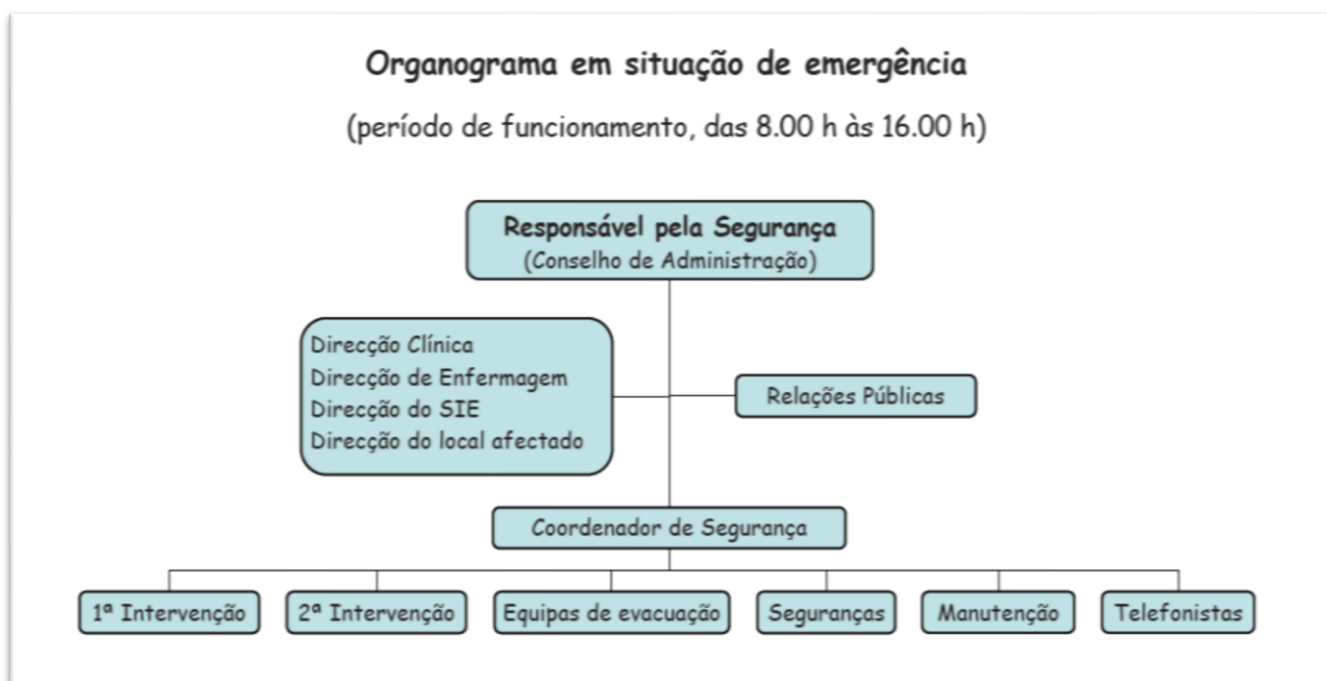


Figura 1 – Organograma em situação de emergências (das 08:00 às 16:00 horas).

Fonte: PEI (HGO, 2006)

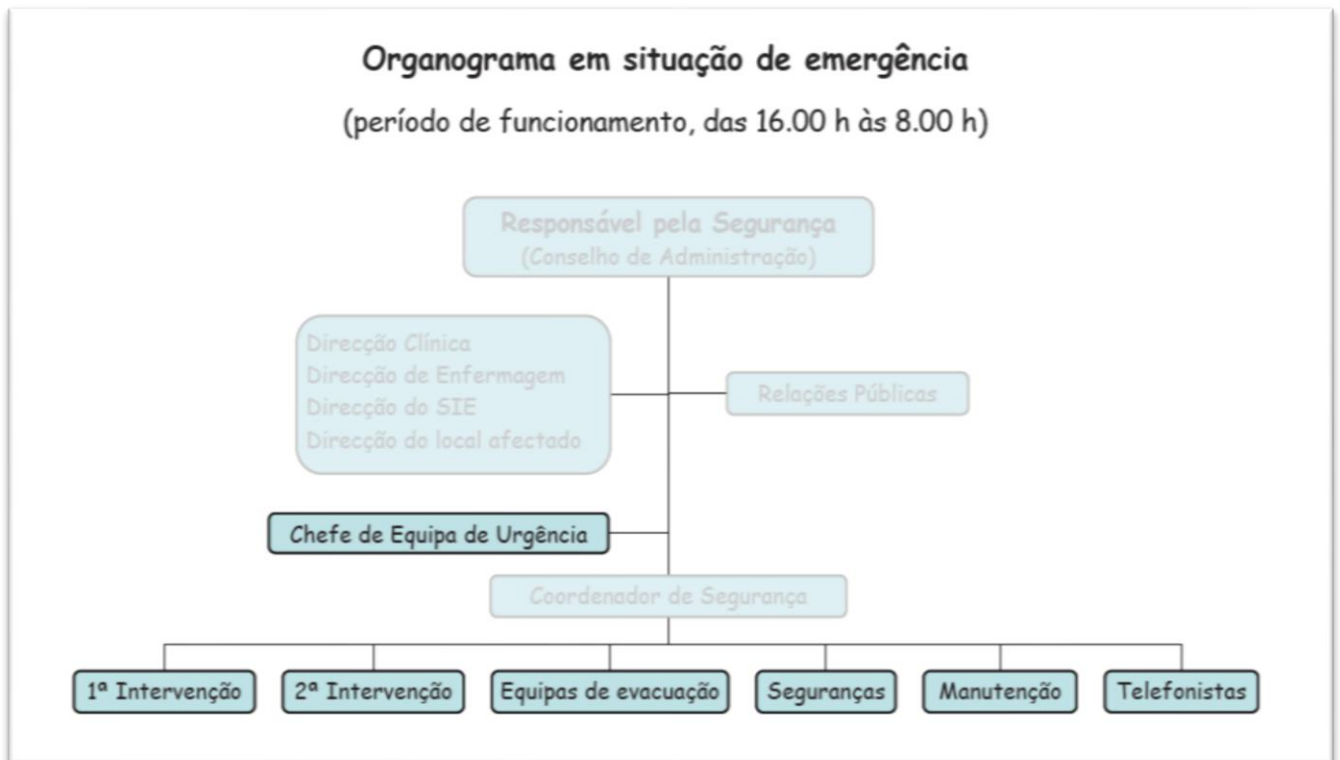


Figura 2 – Organograma em situação de emergências (das 16:00 às 08:00 horas)

Fonte: PEI (HGO, 2006)

## DESCRIÇÃO

### COMPOSIÇÃO DA EQUIPA E DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES

1. A **Equipa de evacuação** é constituída por **todos os profissionais** que estão presentes no momento da ocorrência. Os elementos das equipas de evacuação dirigirão os ocupantes até às saídas e acompanhá-los-ão até ao local designado ou até ao pondo de encontro. Os **Anexos 2 e 3** ilustram respetivamente, sob a forma de fluxograma, a atuação em caso de **evacuação** entre as **8h-16h (dias úteis)** e entre as **16h-8h + Fins-de-semana + Feriados**.

2. O **Responsável pela equipa de evacuação** é o **Diretor de Serviço** ou, na sua ausência, a **Enfermeira Chefe**. Na ausência de ambos o responsável é o **Enfermeiro Responsável de Turno**. É responsável por dar o alarme, utilizando o número de emergência interno (4444), coordenar a evacuação, logo que receba instrução para tal pelo Responsável pela Segurança / Chefe de Equipa

da Urgência, e após a sua conclusão transmitir ao Responsável pela Segurança / Chefe de Equipa da Urgência os seguintes:

- A área que está totalmente evacuada;
- Pessoas em falta, a sua presumível localização e estado;
- Estado dos percursos de evacuação nas diversas áreas;
- Outras informações relevantes.

3. O **Cerra-fila** deve ter frequentado a formação específica de combate a incêndios, incluída no plano de formação do HGO e terá como funções principais as seguintes:

- Verificar se a evacuação do seu sector foi completa;
- Deixar o local em condições de segurança.

O **Cerra-fila** é o **Enfermeiro Responsável de Turno** ou **Segundo Elemento da Equipa de Enfermagem**, no caso de o primeiro assumir o papel de responsável pela equipa de evacuação.

## **ARTICULAÇÃO / COLABORAÇÃO ENTRE SERVIÇOS**

### **Evacuação do Serviço de ORL das 8h às 16h (Dias úteis)**

- Não necessita de vinda de pessoal dos restantes serviços para a evacuação;
- Utentes e acompanhantes presentes no ambulatório são encaminhados para o Átrio Piso 1 Consultas Externas (pela Assistente Técnica / Secretária de Unidade);
- Doentes acamados que necessitam de suporte são encaminhados para o Serviço de Oftalmologia;
- Os restantes são encaminhados para o Átrio Piso 3, e posteriormente levados para a Oftalmologia, depois dos acamados e com suporte estarem instalados.

Em **Anexo 2** pode observar-se mais pormenorizadamente o fluxograma ilustrativo da evacuação do Serviço no período entre as 8h-16h.

### **Evacuação do Serviço de ORL das 16h às 8h (Dias úteis) + Fins-de-semana + Feriados**

- Necessita de vinda 3 a 5 pessoas dos restantes serviços para a evacuação (o Serviço de Gastroenterologia contribui com 1 enfermeiro e 1 assistente operacional), conforme o Quadro 1, que são responsáveis pela transferência dos doentes da porta externa do Serviço de ORL para o

Serviço de Oftalmologia e asseguram a supervisão dos doentes que permanecem transitoriamente no Átrio Piso 3;

- Utentes e acompanhantes presentes no ambulatório são encaminhados para o Átrio Piso 1 Consultas Externas;
- Doentes acamados que necessitam de suporte são encaminhados para o Serviço de Oftalmologia;
- Os restantes são encaminhados para o Átrio Piso 3, e posteriormente levados para a Oftalmologia, depois dos acamados e com suporte estarem instalados.

Em **Anexo 3** pode observar-se mais pormenorizadamente o fluxograma ilustrativo da evacuação do Serviço no período entre as 16h-8h (Dias úteis) + Fins-de-semana + Feriados.

Quadro 1 - Elementos externos necessários em caso de evacuação do Serviço de ORL

Horário	Clínico		Enfermagem		Auxiliar	
	Fim-de-semana	Semana	Fim-de-semana	Semana	Fim-de-semana	Semana
8h-16h	0	0	1	0	2	0
16h-23h	0	0	2	1	3	2
23h-8h	0	0	2	2	3	3

### Evacuação de Outros Serviços

No caso de evacuação do **Serviço de Oftalmologia**, o internamento de ORL prepara-se para receber os doentes evacuados.

No caso de evacuação do **Serviço de Gastrenterologia** os elementos disponibilizados por ORL colaboram na transferência dos doentes da porta externa do Serviço de Gastrenterologia para o Serviço de Oftalmologia e asseguram a supervisão dos doentes que permanecem transitoriamente no Átrio Piso 3.

O Serviço de ORL disponibiliza elementos para colaborar na evacuação de outros serviços como descrito no Quadro 2.

Quadro 2 - Elementos disponibilizados para ceder como reforço

	Clínico		Enfermagem		Auxiliar	
	Fim-de-semana	Semana	Fim-de-semana	Semana	Fim-de-semana	Semana
8h-16h	0	3	1*	2*	1**	2**
16h-23h	0	0	1*	2*	1**	1**
23h-8h	0	0	1*	2*	1**	1**

Nota: Podem ainda ser disponibilizados 3 técnicos das 8h-16h nos dias úteis.

\* Nota: Depois de esgotadas outras hipóteses porque ficará um enfermeiro para 24 doentes.

\*\* Nota: Depois de esgotadas outras hipóteses porque ficará apenas um auxiliar para internamento e urgência.

## **Colaboração com a Urgência Geral em Situação de Catástrofe e/ou Emergência Multi-vítima**

Perante uma situação de catástrofe ou emergência multi-vítima extra-hospitalar, em que se preveja um aumento substancial de encaminhamento de doentes para o HGO, o **Enfermeiro Responsável de Turno** do Serviço de ORL **contacta** o **Chefe de Equipa da Urgência** para informar da disponibilidade de vagas e da capacidade de colaboração imediata com a Urgência Geral, e informa o Director do Serviço e a Enfermeira Chefe sobre a situação.

## **INDICADORES**

---

De forma a avaliar sistematicamente a operacionalidade do Plano de Evacuação do Serviço, assim como do Plano de Emergência Interno do HGO, o **Elemento Dinamizador da Gestão de Risco** realiza anualmente auditoria, por meio de lista de verificação (Anexo 4), sobre a praticabilidade dos caminhos de evacuação, os meios de alarme e intervenção, a compartimentação corta-fogo e a operacionalidade do plano de emergência.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). Orientação 007/2010. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde.

HGO (2006). Plano de Emergência Interno.

HGO (2008). Evacuação de Doentes.

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTECÇÃO CIVIL (2009). Diretiva Operacional Nacional nº 01/2009.

# ANEXO 1 – PÓSTER SOBRE EVACUAÇÃO DE DOENTES



Elaborado por: Gestão de Risco

Versão 1

Julho 2008

## EVACUAÇÃO DE DOENTES

### INSTRUÇÕES GERAIS

1. **Evacuação** - A decisão de evacuação (parcial ou total) é efectuada pelo Responsável da Segurança. No caso de ocorrências do Serviço/unidade, que o justifiquem de imediato, é tomada pelo responsável presente no momento.
2. **Doente** - Os doentes deverão estar obrigatoriamente identificados com as respectivas pulseiras de identificação e deverão ser devidamente preparados os equipamentos considerados imprescindíveis à continuidade do seu tratamento.
3. **Pessoal interveniente** - Todos os profissionais do Serviço, sob orientação do chefe da equipa de evacuação. Os profissionais devem estar sempre identificados.

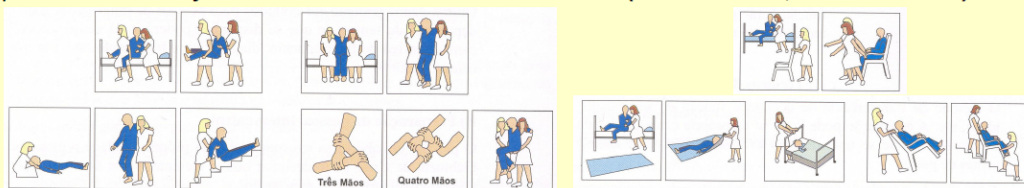
### CRITÉRIO GERAL DE EVACUAÇÃO

- 1º. Doentes que possam deslocar-se pelos seus próprios meios.
- 2º. Doentes acamados que não se desloquem por si próprios e que estejam mais longe da zona de saída.
- 3º. Doentes acamados que não se desloquem por si próprios e que estejam mais próximas da zona de saída.

### TRANSFERÊNCIA DOS DOENTES

O método de transferência dos doentes é decidido pelos elementos das equipas de evacuação, tendo em consideração o seu estado clínico.

Se é doente acamado, e a evacuação é efectuada por via horizontal, será transportado na própria cama. Se a evacuação é efectuada por via vertical, utilizar a maca de transporte disponível nos Serviços ou recorrer a métodos alternativos (levantamento, arraste directo).



### RECEPÇÃO DE DOENTES EVACUADOS

Os Serviços/unidades a quem for solicitado auxílio, na evacuação de doentes de outros locais, deverão promover a desobstrução das suas instalações e colaborar no transporte dos referidos doentes. Os profissionais que ocorrerem ao Serviço para auxiliar a evacuação, devem ter em atenção a sinalética das camas:



PEI - HGO, E.P.E.

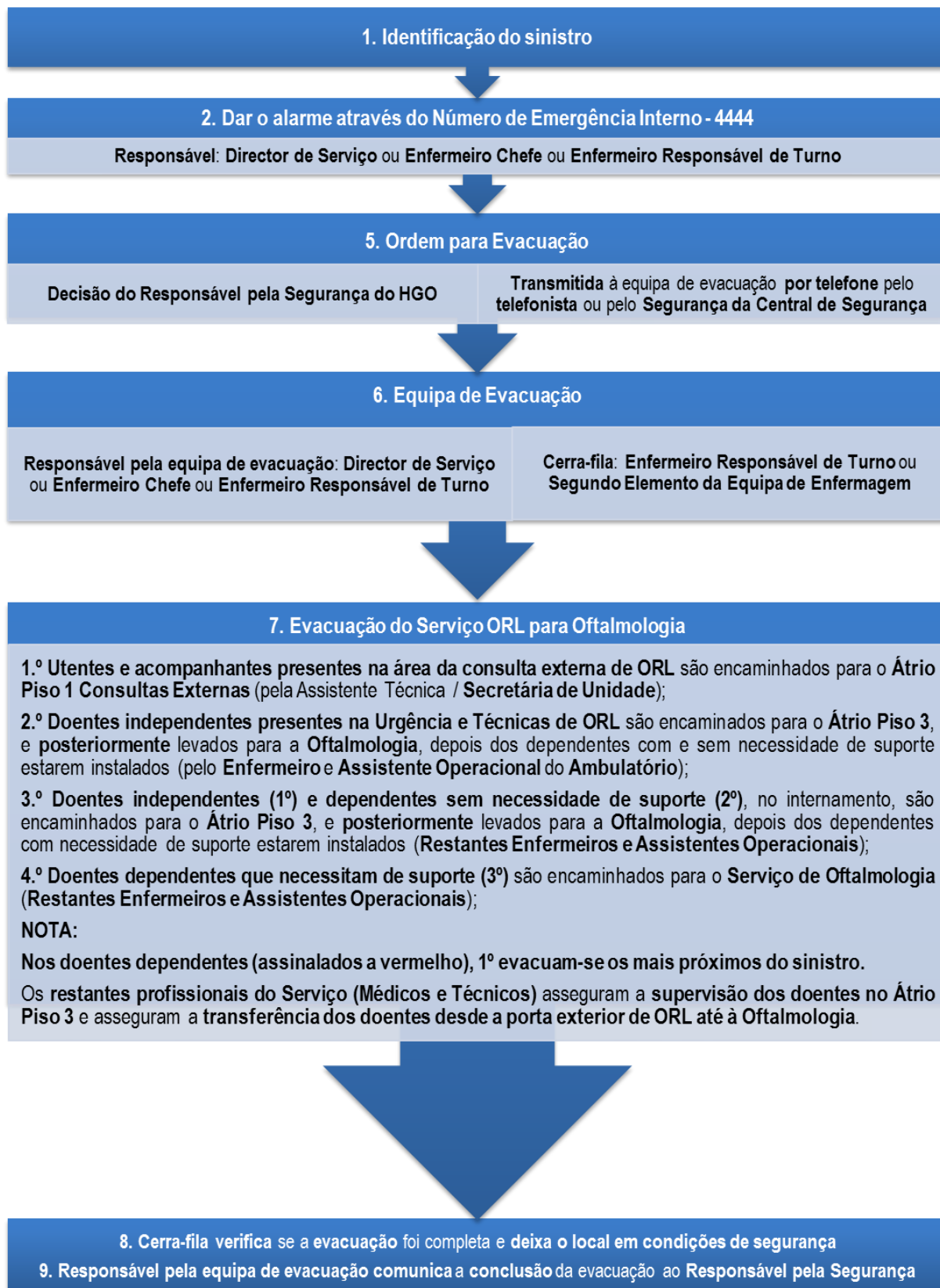
Doente dependente/acamado



PEI - HGO, E.P.E.

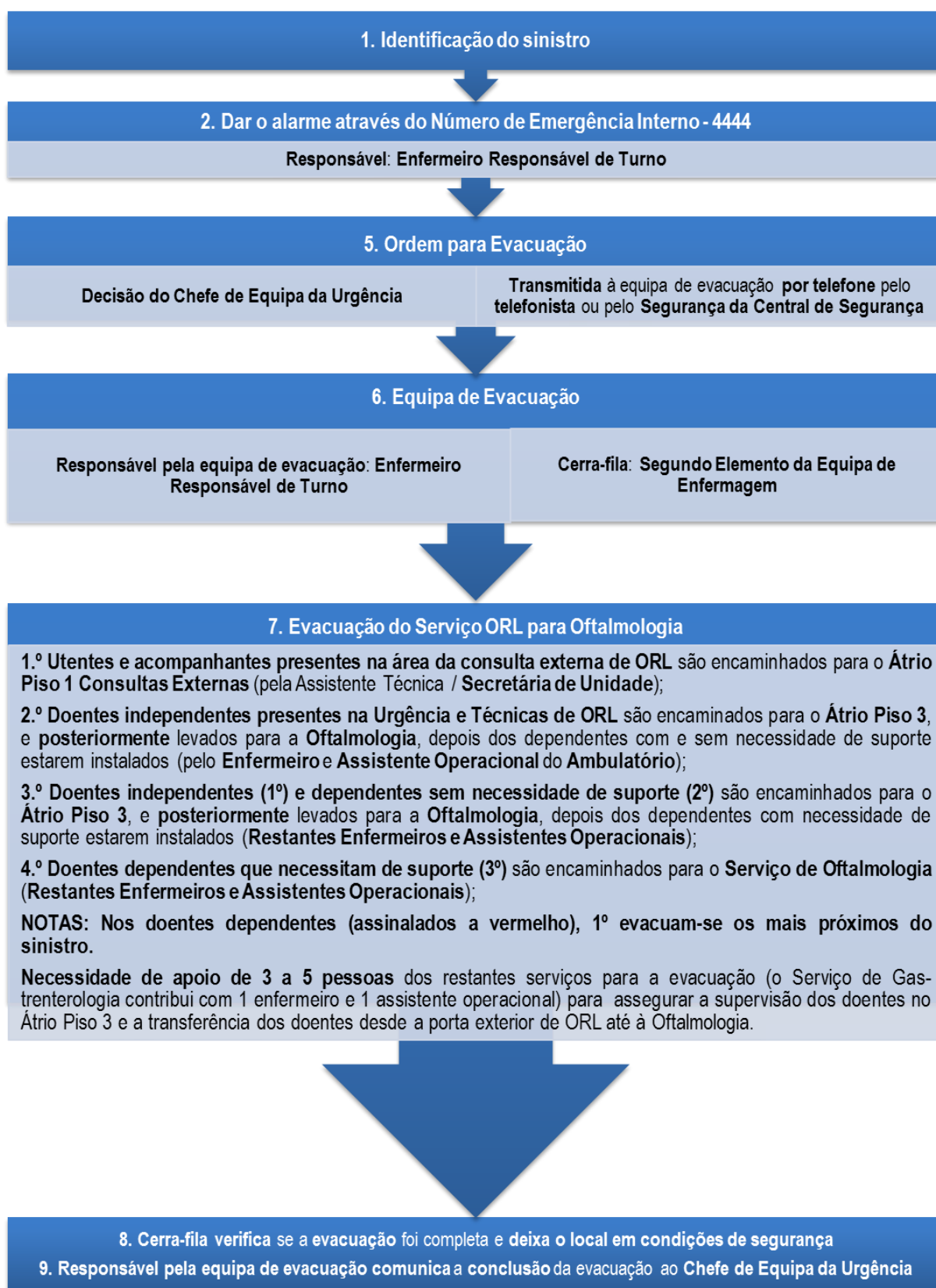
Doente independente

## ANEXO 2 – FLUXOGRAMA DE EVACUAÇÃO DO SERVIÇO ORL ENTRE AS 8H-16H (DIAS ÚTEIS)





**ANEXO 3 – FLUXOGRAMA DE EVACUAÇÃO DO SERVIÇO ORL ENTRE AS 16H-8H + FINS-DE-SEMANA + FERIADOS**



**APÊNDICE X – SUPERVISÃO DE  
CUIDADOS: A PESSOA  
LARINGECTOMIZADA**



**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**2º CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM**  
**ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**UC ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**UT SUPERVISÃO DE CUIDADOS**

**SUPERVISÃO  
DE  
CUIDADOS**

**A PESSOA  
LARINGECTOMIZADA**

**RESPONSÁVEL PELA  
UNIDADE CURRICULAR:**  
Prof. Dra. Alice Ruivo

**PROFESSOR ORIENTADOR:**  
Prof. Dra. Lurdes Martins

**REALIZADO POR:**  
Conceição Carolino  
David Peças  
Fernanda Carolino  
Hugo Franco

**SETÚBAL, 2011**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**2º CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM**  
**ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**UC ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**UT SUPERVISÃO DE CUIDADOS**

**SUPERVISÃO DE CUIDADOS:**  
**A PESSOA**  
**LARINGECTOMIZADA**

**RESPONSÁVEL PELA**  
**UNIDADE CURRICULAR:**  
Prof. Dra. Alice Ruivo

**PROFESSOR ORIENTADOR:**  
Prof. Dra. Lurdes Martins

**REALIZADO POR:**  
Conceição Carolino 100514011  
David Peças 100514003  
Fernanda Carolino 100514012  
Hugo Franco 100514025

**SETÚBAL, 2011**



## Preâmbulo

Caríssimo leitor,

Queríamos convidá-lo a fazer um exercício. Um exercício de leitura, que vise romper com as concepções dogmáticas que ainda possa ter sobre o conhecimento. Mas não um qualquer conhecimento. O conhecimento que lhe falamos é o conhecimento sobre o Conhecimento de Enfermagem. Pergunta o leitor: “Mas será suficiente um simples exercício de leitura?”. Muito mais profundo que um simples exercício de parafraseado lexical, o convite que lhe fazemos passa por algo mais *profundo*. Passa por fazer, com o grupo, a reflexão sobre o objeto de estudo de uma ciência e a forma como se gera conhecimento científico nessa ciência. Interroga-se o leitor “Mas, onde pretendemos chegar?”. O nosso objetivo está na génese da nossa prática, os Cuidados de Enfermagem Especializados, que pretendemos ver refletidos, suportados e evidenciados no conteúdo deste trabalho.

Com base naquilo que acreditamos ser uma Enfermagem Moderna, de reflexão sobre o seu objeto de estudo, percebemos a influência de inúmeros epistemólogos para a rutura de um paradigma cartesiano vigente e que suportava até há bem pouco tempo a forma como nos posicionávamos perante as práticas e como partíamos para a sustentação e produção científica.

Consideramos que a abordagem ontológica da enfermagem assenta em constructos vários e não em exclusivo num modelo existencial fenomenológico que concebe o homem como uma subjetividade incorporada (que encara o homem como um ser no mundo e aborda a experiência vivida) não resolvendo parte das necessidades de pesquisa e desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

A partir dos contributos teóricos das aulas de epistemologia, que permitiram definir uma configuração de disciplinariedade e do paradigma epistemológico atual, posicionamo-nos na construção do conhecimento em enfermagem no pluralismo metodológico, apoiando com firmeza o princípio de heterogeneidade para uma análise epistemológica do conhecimento em Enfermagem - a pluralidade metodológica na construção do saber. Ultrapassando *os obstáculos epistemológicos* (cit. Bachelard), incrementando o conhecimento *tácito* (cit. Polanyi) podemos criar uma rutura com o *positivismo científico* (cit. Popper) defensor de um só método e criar ruturas de modo a permitir a imersão de novos *paradigmas* (cit. Kuhn) capazes de dar respostas mais abrangentes e evolutivas.

As posições que têm sido veiculadas na literatura de enfermagem assinalam a redutibilidade das perspectivas monistas – camufladas algumas vezes por expressões como *holismo*. Mais do que mudar de paradigma ou de método de abordagem, trata-se de adequar a metodologia ao objeto de estudo. Isto é, defendemos que a abordagem da investigação em enfermagem terá que ser plural, quer em termos paradigmáticos quer metodológicos, adequando-se à natureza complexa da pessoa sem excluir nenhuma das suas dimensões.

Neste sentido, será lícito que possamos triangular e utilizar diversas abordagens metodológicas. No entanto, embora algumas orientações anarquistas, como a perspectiva de Feyerabend, se radicalizem numa orientação de absoluto relativismo epistemológico, julgamos que a orientação epistemológica deve ser clarificadora e funcionar como o *caminho* que guia todo o processo de investigação, em consonância com a natureza do problema e com o propósito de descobrir as conexões de motivos (compreensíveis) ou de causas (explicáveis).

O *caminho* que fizemos permitiu-nos conhecer diferentes teorias que explicam a construção do conhecimento em Enfermagem. A teoria de Carper, reflete, para o grupo, a tradução de como se Conhece em Enfermagem, através da identificação dos quatro componentes fundamentais do conhecimento: *científico, ético, estético e de conhecimento pessoal*.

E para finalizar pergunta o leitor “Porquê explorar estes conceitos?”. Porque só desta forma poderemos valorizar a nossa *práxis* (binómio articulado de teoria e prática) de fundamentação conceptual da ação, que contribui para o aumento do Conhecimento.

Caro leitor, como futuros Peritos, foi esta a forma que escolhemos de iniciar este caminho sobre conhecimento e cuidados de enfermagem. Espero que o ajude a compreender e a contextualizar o restante trabalho desenvolvido.



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Lurdes Martins pela sua disponibilidade, atenção e tutorias realizadas, fundamentais para a realização deste trabalho.

Muito obrigado.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

APLV – Associação Portuguesa dos Limitados de Voz

Art. - Artigo

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ORL – Otorrinolaringologia

P. - Pagina

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

QT - Quimioterapia

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Sr – Senhor

Sra - Senhora

UT – Unidade Temática

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Processo de Supervisão Clínica.....	16
Quadro 2 – Adesão ao Regime Terapêutico: Diagnóstico e Resultado Esperado.....	24
Quadro 3 – Adesão ao Regime Terapêutico: Intervenções de Enfermagem.....	24
Quadro 4 – Náusea: Diagnóstico e Resultado Esperado .....	26
Quadro 5 – Náusea: Intervenções de Enfermagem.....	26
Quadro 6 – Angústia Espiritual: Diagnóstico e Resultado Esperado .....	28
Quadro 7 – Angústia Espiritual: Intervenções de Enfermagem .....	28
Quadro 8 – Imagem Corporal e Auto-estima: Diagnóstico e Resultado Esperado .....	29
Quadro 9 – Imagem Corporal e Auto-estima: Intervenções de Enfermagem .....	30
Quadro 10 – Comunicação: Diagnóstico e Resultado Esperado .....	33
Quadro 11 – Comunicação: Intervenções de Enfermagem .....	34
Quadro 12 – Úlcera de Pressão: Diagnóstico e Resultado Esperado.....	35
Quadro 13 – Úlcera de Pressão: Intervenções de Enfermagem .....	35
Quadro 14 – Dor: Diagnóstico e Resultado Esperado .....	38
Quadro 15 – Dor: Intervenções de Enfermagem .....	38
Quadro 16 – Ferida Cirúrgica: Diagnóstico e Resultado Esperado.....	39
Quadro 17 – Ferida Cirúrgica: Intervenções de Enfermagem.....	40
Quadro 18 – Infecção: Diagnóstico e Resultado Esperado .....	41
Quadro 19 – Infecção: Intervenções de Enfermagem.....	41
Quadro 20 – Cuidado à Traqueostomia: Diagnóstico e Resultado Esperado .....	43
Quadro 21 – Cuidado à Traqueostomia: Intervenções de Enfermagem .....	43

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. DESCRIÇÃO DO CASO.....</b>	<b>14</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
2.1. SUPERVISÃO DE CUIDADOS .....	15
2.2. LARINGECTOMIA TOTAL .....	17
2.2.1. <i>Dimensões Psicossociais da Laringectomia Total</i> .....	18
2.3. IMAGEM CORPORAL.....	19
2.4. AUTO-ESTIMA.....	22
2.5. COMUNICAÇÃO.....	22
<b>3. PLANO DE CUIDADOS .....</b>	<b>24</b>
3.1. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO .....	24
3.2. NÁUSEA .....	26
3.3. ANGÚSTIA ESPIRITUAL.....	28
3.4. IMAGEM CORPORAL E AUTO-ESTIMA .....	29
3.5. COMUNICAÇÃO.....	33
3.6. ÚLCERA DE PRESSÃO .....	35
3.7. DOR .....	38
3.8. FERIDA CIRÚRGICA.....	39
3.9. INFECÇÃO.....	41
3.10. CUIDADO À TRAQUEOSTOMIA .....	43
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA.....</b>	<b>46</b>
4.1. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO .....	46
4.2. ANGÚSTIA ESPIRITUAL.....	48
4.3. IMAGEM CORPORAL E AUTO-ESTIMA .....	53
4.4. COMUNICAÇÃO.....	56
4.5. ÚLCERA DE PRESSÃO .....	57
4.6. DOR .....	60

4.7. FERIDA CIRÚRGICA .....	62
4.8. INFECÇÃO .....	64
4.9. CUIDADO À TRAQUEOSTOMIA.....	67
<b>5. QUESTÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS EMERGENTES .....</b>	<b>70</b>
5.1. SOBRE A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA .....	70
5.2. SOBRE O SOFRIMENTO E A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA .....	73
5.3. SOBRE O CUIDAR.....	77
5.4. SOBRE O DIREITO À INFORMAÇÃO E O CONSENTIMENTO INFORMADO DA PESSOA.....	80
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>
BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ELETRÓNICAS .....	91
<b>ANEXOS .....</b>	<b>101</b>
ANEXO I - AVALIAÇÃO DO RISCO DA NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO - (OE, 2009).....	102
ANEXO II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS).....	108
ANEXO III - ESCALA DE AUTO-ESTIMA GLOBAL DE ROSENBERG (1989), ADAPTADA POR LUÍSA FARIA (2000) .....	110
ANEXO IV - ESCALA DE INSATISFAÇÃO CORPORAL DE PROBST, VANDEREYCKEN, VAN COPPENOLLE E VANDERLINDEN (1995), ADAPTADA POR PASCOAL E NARCISO (2006).....	112
ANEXO V - ESCALA DE BRADEN.....	114
ANEXO VI – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE.....	116



# INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Temática (UT) de Supervisão de Cuidados, vinculada ao 2º Semestre do 2º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sendo a docente responsável pela sua tutoria a Professora Doutora Lurdes Martins. Este trabalho constitui o elemento de avaliação para a UT referida, ao mesmo tempo que se apresenta como um importante instrumento de reflexão da *práxis* do enfermeiro especialista nos cuidados à pessoa em situação crítica que vivencia complexos processos de doença crítica e / ou falência orgânica.

“Supervisão de Cuidados – A Pessoa Laringectomizada” constitui o título do presente trabalho, o qual se baseia numa abordagem e aplicação de um Processo de Supervisão Clínica, à luz do Modelo de Nicklin, aplicado a um caso hipotético escolhido pelo grupo de trabalho que, concomitantemente possibilita a integração dos contributos das restantes UT leccionadas no 2º semestre. A operacionalização dos conteúdos abordados nas UT é elaborada sob a forma de reflexão da *práxis* do enfermeiro, no âmbito da ética, bioética e direito em enfermagem, da enfermagem médico-cirúrgica, tendo em conta as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica.

A supervisão de cuidados em enfermagem constitui-se como um processo dinâmico e interactivo, mediador, facilitador e potenciador da aprendizagem experiencial, sustentado numa relação de confiança e ajuda entre todos os intervenientes, com o objectivo de promover o desenvolvimento das competências pessoais e profissionais dos elementos que participam num ensino clínico (Cunha et al., 2010).

Actualmente, a supervisão de cuidados em enfermagem, enquanto dimensão dos processos de promoção da qualidade e da acreditação, reveste-se de enorme importância devido aos benefícios que proporciona a nível da assistência. Para muitas instituições a supervisão clínica é uma estratégia de acompanhamento e de desenvolvimento profissional não contornável (Abreu, 2007).

A supervisão clínica capacita os profissionais para um melhor desempenho global e para uma melhor prestação de cuidados aos doentes (Nicklin, 1998; cit. por Abreu, 2007).

Concretamente, e centrada na supervisão clínica, pretendemos com este trabalho realizar uma reflexão sobre os processos de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica, considerando as idiossincrasias individuais, assim como delimitar problemas complexos de enfermagem, formular diagnósticos para problemas identificados segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2, identificar os resultados esperados e os fundamentos adequados para a tomada de decisão de cuidados, e planear as intervenções de enfermagem adequadas aos diagnósticos e resultados formulados.

Desta forma, constituem-se como objectivos deste trabalho:

- Fornecer aportes específicos na área da enfermagem Médico-Cirúrgica em áreas de *expertise*;
- Desenvolver a utilização do processo de enfermagem, com recurso à CIPE;
- Promover a reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem, sobre os contextos e sobre os intervenientes;
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes e famílias;
- Compreender os processos de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica e as vivências pessoais associadas;
- Desenvolver competências na tomada de decisão em cuidados complexos;
- Desenvolver raciocínio crítico na tomada de decisão em cuidados complexos;
- Desenvolver competências de avaliação do trabalho realizado.

De modo a facilitar a leitura, o presente trabalho encontra-se organizado em cinco (5) capítulos.

O primeiro capítulo consta da apresentação do caso, de modo a enquadrar o ponto de partida de todo o trabalho desenvolvido.

No segundo capítulo, correspondente ao enquadramento teórico, é realizada uma revisão bibliográfica sobre o processo de supervisão de cuidados e dos temas subjacentes ao caso apresentado e, nesse sentido, são clarificados os conceitos mais significativos no âmbito do caso exposto, como sejam a laringectomia total e a alteração da imagem corporal, auto-estima e comunicação na pessoa laringectomizada.

Seguidamente, no terceiro capítulo, apresentamos a descrição do plano de cuidados, em que, recorrendo ao modelo de supervisão clínica de Nicklin e utilizando a CIPE versão 2, identificamos os diagnósticos de enfermagem para os problemas identificados, prevemos os resultados esperados, descrevemos os fundamentos adequados para a tomada de decisão



e planeamos as intervenções de enfermagem adequadas aos diagnósticos e aos resultados formulados, devidamente fundamentados pela bibliografia.

O quarto capítulo inclui uma análise reflexiva sobre o plano de cuidados elaborado, em que identificamos a operacionalização das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica, à luz da elaboração deste trabalho e da reflexão das práticas.

Abordamos ainda, num quinto capítulo, as questões éticas e deontológicas emergentes neste caso específico, onde evidenciamos as questões sobre o respeito pela dignidade humana, o sofrimento e experiência da doença, o cuidar e o direito à informação e consentimento informado e esclarecido da pessoa.

Na conclusão descrevemos algumas reflexões do grupo acerca do tema do trabalho e do seu desenvolvimento, bem como a análise e avaliação dos objectivos a que nos propusemos atingir.

## **1. DESCRIÇÃO DO CASO**

O Sr. J.R. tem 48 anos e foi-lhe diagnosticada Neoplasia de Laringe após realização de Biópsia.

Apresenta hábitos tabágicos e alcoólicos acentuados, manifesta dificuldades económicas e a pessoa significativa é a esposa, que é doméstica.

Em reunião clínica entre ORL/Oncologia/Radiologia decidiu-se a realização de quimioterapia (QT) antes de se avançar para a Laringectomia Total.

O doente iniciou a realização de QT, sem ser envolvido no processo terapêutico, comparecendo no Hospital de Dia da Oncologia acompanhado pela pessoa significativa. Não foi informado previamente pela equipa médica do tratamento a realizar, nem tinha consentimento informado e esclarecido assinado. O doente e a família desconheciam totalmente os efeitos secundários do tratamento o Sr. J.R. afirma que “para quê fazer tratamento se só vai piorar”. Durante a permanência em Hospital de Dia questiona frequentemente o porquê de sofrer tanto. Teve perda ponderal, imunossupressão, náuseas e vômitos durante a realização do tratamento.

Realizou Laringectomia Total, onde simultaneamente se detectou um avanço inesperado no estadio da doença, com invasão de estruturas inoperáveis. Neste sentido, foi-lhe dado um prognóstico de 6 meses de vida.

Após a cirurgia apresenta dor, sentimentos negativos relativos à sua auto-imagem e imagem corporal, e tem dificuldade em comunicar com a equipa e com a família.

O Sr. J.R. afirma várias vezes que está “exausto e quer descansar em paz”.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Seguidamente, evidenciamos o enquadramento de suporte ao desenvolvimento da problemática proposta.

### 2.1. SUPERVISÃO DE CUIDADOS

No passado, o vocábulo Supervisão estava relacionado com a ideia de inspecção e revisão do trabalho dos funcionários, em que o supervisor procurava apenas identificar os procedimentos mal executados. O supervisor programava o trabalho, tomava decisões e tinha autoridade para fazer com que os trabalhadores obedecessem sem questionar. Esta forma ditatorial de supervisão, persistiu durante muitos anos anulando a iniciativa das pessoas, reduzindo-as meramente a peças de uma engrenagem. O conceito foi evoluindo e actualmente predomina a ideia que a atenção da supervisão reside na ajuda ao trabalhador, para que realize melhor o seu trabalho. Este intervém activamente na definição das metas do seu trabalho e no planeamento de estratégias para as alcançar (Garrido, 2004).

O conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem surge como uma das preocupações centrais na formação e gestão dos cuidados, com a finalidade de lhes conferir qualidade e visibilidade. Várias teóricas reflectiram sobre esta temática, assim emerge Jean Watson, com a Teoria dos Cuidados Humanos Transcendentais, na qual refere que a supervisão ajuda ao “*crecimento*” e “*maturação*” profissional, pessoal e espiritual dos que nela forem envolvidos. Por sua vez, Betty Neuman, pioneira no desenvolvimento da enfermagem de saúde mental comunitária, apreende a supervisão como um processo que, baseado nos diagnósticos de enfermagem e objectivos estabelecidos, possibilita avaliar o seu êxito ou a sua reformulação. Por outro lado, Imogene King, sustenta a supervisão durante o acompanhamento das práticas, a fim de avaliar as tomadas de decisão e alternativas possíveis (Tomey & Alligood, 2004; cit. por Ferreira, 2007).

A supervisão de cuidados em enfermagem, é um processo dinâmico e interactivo, mediador, facilitador e potenciador da aprendizagem experiencial, que assenta numa relação de confiança e ajuda entre todos os intervenientes, com o intuito de alcançar o desenvolvimento das competências pessoais e profissionais dos elementos que participam no ensino clínico, dando assim “*sentido ao processo de formação em contexto real*” (Fonseca, 2006; cit. por Cunha et al.2010).

Actualmente, a supervisão de cuidados em enfermagem é uma das dimensões relevantes dos processos de promoção da qualidade e da acreditação, devido aos benefícios que proporciona a nível da assistência. Para muitas instituições a supervisão clínica é uma estratégia de acompanhamento e de desenvolvimento profissional não contornável (Abreu, 2007).

Deodato (2010) afirma que, a Supervisão de Cuidados, como elo da aprendizagem em ambiente clínico, pode desempenhar um papel complementar no desenvolvimento de competências do estudante. A reflexão e a discussão em pequenos grupos favorecem a análise sobre as suas vivências, ao mesmo tempo que possibilita a mobilização de conhecimentos, constituindo assim uma experiência formativa significativa. Segundo o mesmo autor (2010, p. 7), a Supervisão de Cuidados é “... *uma estratégia possível de acompanhamento de competências clínicas, pelo enfermeiro em formação. Um espaço de reflexão sobre as decisões tomadas e os actos praticados ou omitidos, a par da supervisão clínica de acompanhamento contínuo, contribuirá certamente para o desenvolvimento de competências pretendido.*”

Nicklin (1998), referido por Abreu (2007, p.196), afirma que “... *a supervisão tem a capacidade melhorar o desempenho dos profissionais e a prestação de cuidados a doentes.*”

Abreu (2007) menciona vários modelos de supervisão clínica, entre os quais o de Nicklin que é um modelo centrado na prática e que defende o aumento da eficácia do profissional através do equilíbrio entre as várias funções. Este modelo apresenta 6 etapas do processo de enfermagem num ciclo de supervisão:

Quadro 1 – Processo de Supervisão Clínica

Fonte: Abreu (2007, p.194), adaptado de Nicklin (1997)

<b>PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA</b>	
<b>Objectivo</b>	Apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afectivas e relacionais)
<b>Identificação do problema</b>	Clarificação dos problemas e das áreas de intervenção
<b>Contextualização</b>	Definição de objectivos de intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional;
<b>Planeamento</b>	Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes
<b>Implementação</b>	Concretização das acções planeadas;
<b>Avaliação</b>	Avaliação dos resultados e do processo de supervisão

## 2.2. LARINGECTOMIA TOTAL

O cancro tem várias representações, sendo que o cancro da cabeça e pescoço acarreta uma alteração grave da imagem corporal (Gonçalves et al., 2010). Este tipo de cancro apresentava em 2005 uma taxa de incidência, por cem mil tumores malignos, na região norte de Portugal, de 20,6% nos homens, e de 5,6% nas mulheres, sendo a taxa total de 12,9% (IPO, 2005). Em 2009, a taxa de tumores malignos da laringe reduziu significativamente na região norte do país, fixando-se nos 3,1% nos homens e 0,15% nas mulheres (IPO, 2009). Importa ainda realçar que um terço dos doentes com cancro de laringe morre, sendo que a taxa de sobrevivência aos cinco anos é de 53% e aos 10 anos de 43% (Jennings et al., 2001; cit. por Gonçalves et al., 2010).

Dos principais factores de risco associados ao cancro da laringe evidenciam-se as características do local de trabalho (contacto com amianto), o tabagismo crónico e, em particular, a adição de hábitos tabágicos e consumo crónico de bebidas alcoólicas (Dias et al., 2002). Além dos já mencionados, são ainda referidos como factores de risco a idade avançada, sexo masculino, vírus de Epstein-Barr, exposição a agentes químicos e a exposição solar (Jennings, et al., 2001; cit. por Gonçalves, 2010).

O tumor da laringe apresenta um impacto superior relativamente a outros tumores, afectando adultos relativamente jovens, ainda numa idade activa, o que provoca maiores implicações na sua vida familiar, social e laboral. A singularidade da região corporal afectada, que tem interacções complexas entre a face, a cavidade oral, a passagem do ar, a apresentação pessoal e a ingestão de comida, traduzem uma necessidade acrescida de exigência no planeamento das intervenções (Jennings, et al., 2001; cit. por Gonçalves, 2010).

O tumor da laringe pode invadir outras zonas aumentando a sintomatologia associada, nomeadamente, tosse, dor ou desconforto, otalgia (referida se alastra à faringe), sensação de corpo estranho, hemoptises, perda de peso, infecções respiratórias e o aparecimento de nódulos linfáticos cervicais, sendo este último identificado como um dos primeiros sinais da doença (Olias, 2004)

A laringectomia total está indicada em carcinomas avançados da laringe. Consiste na remoção completa da laringe, o osso hióide e os músculos infra-hióideos conectados à laringe e possível remoção do espaço pré-epiglótico com a lesão (Meeker & Rothrock, 1995).

Segundo Olias (2004), a laringectomia total está indicada para as seguintes situações:

- Tumores extensos que não permitam uma laringectomia parcial;
- Contra-indicação de outras formas de terapêutica e sem possibilidade de laringectomia parcial;
- Tumores da glândula tiroideia com invasão laríngea;
- Em grande parte das recorrências tumorais pós-cirurgia ou radioterapia;
- Após laringectomia parcial sem sucesso ou complicada por pericondrite crónica;
- No caso de laringe disfuncional, provocada por trauma grave ou inflamação crónica com destruição do esqueleto cartilágneo.

O objectivo da laringectomia total é remover o tumor e os nódulos cervicais metásticos presentes, assim como todas as estruturas não vitais do pescoço (Meeker & Rothroch, 1995).

Frequentemente, durante a laringectomia total procede-se ao esvaziamento cervical bilateral, em doentes em que seja elevado o risco de metástases do pescoço, onde se incluem os tumores primários que, pelas dimensões e localização, se sabe que podem resultar em metástases, e os gânglios linfáticos cervicais, palpáveis na altura da cirurgia (Phipps et al., 1999).

A laringectomia total encerra a ligação entre a traqueia e a faringe, que dá lugar a uma traqueostomia permanente. A traqueostomia permanente altera o olfacto e o paladar, pela alteração da respiração nasal, e em que a pessoa deixa de receber as sensações olfactivas, provocando concomitantemente a perda total da voz (Phipps et al., 1999).

Nos doentes com cancro da laringe, a comunicação está alterada significativamente, quer antes da cirurgia, provocado pela disфонia, quer após a laringectomia total, uma vez que deixa de conseguir comunicar através da fala. No pós-operatório imediato pode recorrer à comunicação escrita e à comunicação não-verbal, através de mímica labial e gestos (Olias, 2004).

A terapia da fala pode permitir à pessoa laringectomizada adquirir um novo tipo de voz, a esofágica, tendo ainda como alternativas outros métodos de comunicação, como sejam a laringe electrónica ou a prótese fonatória.

### **2.2.1. Dimensões Psicossociais da Laringectomia Total**

O estigma inerente ao cancro provoca nas pessoas sentimentos de angústia, desânimo e desespero, mesmo quando se antevê a sua cura. O seu impacto psicológico não resulta

apenas das suas características próprias, mas também marcadamente pelas características específicas do seu tratamento (Dias et al., 2002).

A laringectomia total produz alterações fisiológicas que incluem alteração da via respiratória, traqueostomia permanente, afonia, diminuição da actividade motora do ombro, braço e pescoço e diminuição do olfacto e paladar. Concomitantemente provoca alterações psicossociais que abrangem a imagem corporal, a comunicação verbal-oral, as actividades sociais e a auto-estima da pessoa (Zago, 1998; cit. por Silva et al., 2002)

Existem medos e noções preconcebidas associadas ao cancro da laringe, pelo que a maioria das pessoas espera o pior prognóstico. Apesar disso, outras pessoas assumem a inevitabilidade da perda de voz e das alterações da imagem corporal, como factores ameaçadores à auto-estima e ao seu auto conceito. A pessoa submetida a laringectomia total sofre naturalmente alterações nos seus papéis sociais, comunicação e imagem corporal decorrentes da cirurgia e das consequentes alterações físicas.

### 2.3. IMAGEM CORPORAL

Consoante a abordagem escolhida, o conceito de corpo tornou-se múltiplo e foi abordado por diferentes perspectivas ao longo dos tempos. O corpo pensado e concebido por Platão, que sustentava uma concepção dualista: da alma (inteligível) e do corpo (sensível), e assegurava que a alma preexiste ao corpo e a ele sobrevive (Castro et al., 2006). Por outro lado, a perspectiva Aristotélica sustentava que o corpo e a alma não se distinguem (Cunha et al., 2004), demandando que todo o corpo se resume a dois princípios: matéria e forma, produzindo o seu todo uma harmonia absoluta e constante (Castro et al., 2006).

Na sua teoria dualista, Descartes separou o corpo da mente (Castro et al., 2006), identificando-o como organismo dicotomizado e mecânico – o corpo-máquina, o qual é composto por partes e não por uma só unidade (Scopel et al., 2006; cit. por Oliveira, 2009). Na cultura ocidental, o corpo assume uma relevância social e cultural preponderante, em virtude de representar a parte da construção da identidade da pessoa e por ser ele que leva as suas acções à prática (Cunha, 2004).

A vivência de experiências com base nos valores referentes ao corpo faz com que o conceito de corpo humano tenha uma construção apoiada na cultura. O corpo traduz a individualidade da pessoa e a sua valorização social como ser único e autónomo, sendo também veículo de comunicação com o mundo.

Hoje em dia a cultura do corpo é muito valorizada, visível na relevância que é dada à alimentação, ao exercício físico e à moda. O corpo representa a pessoa, um ser único, completo e indissociável do meio. É, por isso, a identidade da pessoa.

Desta forma, o mundo que nos rodeia e a nossa forma de estar na vida contribuem para a construção da identidade corporal, incorporando os medos e angústias, forças e limitações resultantes da vivência da consciência da expressividade corporal.

A imagem corporal, enquanto experiência subjectiva, muda constantemente em virtude do crescimento biológico, das circunstâncias de vida e das experiências vividas.

Pode definir-se como o elo de ligação na relação corpo/mente, abrangendo em si os factores psicológicos, sociais e fisiológicos da pessoa relativamente ao seu corpo (Cunha, 2004). As relações sociais das imagens dos outros e das relações do corpo com outros objectos têm importância para a individualidade do seu desenvolvimento, sendo, por isso, social e culturalmente construída (*Idem*). De acordo com o autor, as auto-imagens são constituídas por percepções, em que a pessoa se compreende a si própria como objecto percebido. Existem várias auto-imagens que contribuem para a construção do autoconceito (*Ibidem*).

Na pessoa com doença oncológica, como é o caso da pessoa com cancro de laringe submetida a laringectomia total, o confronto com o diagnóstico, o tratamento e a esperança de vida, a possibilidade de alterações corporais e, inevitavelmente, nos seus padrões de vida, contribuem com enorme relevância para as alterações da auto-imagem e do autoconceito (Oliveira, 2004).

A laringectomia total é um processo agressivo que deforma a pessoa de modo temporário ou definitivo, apresentando um impacto relevante na sua auto-imagem (Dias et al., 2002).

A laringectomia total constitui uma ameaça à imagem corporal e à auto-estima, na medida em que, provoca grandes alterações no aspecto, na estrutura e no funcionamento do organismo da pessoa. O impacto da alteração súbita da imagem, que tem uma visibilidade imediata, e a traqueostomia permanente como suporte de vida, alteram significativamente a imagem corporal construída anteriormente. O significado dessa alteração (em aspecto, estrutura ou funcionamento) muda de pessoa para pessoa, mas marca-a sempre de forma muito significativa (Barbosa, 1997; cit. por Oliveira, 2009).

Um estudo comparativo da qualidade de vida em laringectomizados totais e parciais, evidencia que estes últimos apresentam melhor qualidade de vida, pela inalteração da imagem corporal. Estes resultados evidenciam também que a alteração do aspecto físico, a



perda da voz e as limitações funcionais, que ocorrem após este tipo de intervenção, constituem uma ameaça à auto-imagem, à identidade e à forma como o indivíduo vive e se relaciona com o meio (Dias et al., 2002).

Desta forma, o processo de reestruturação da imagem corporal integra alterações: na imagem corporal percebida pela pessoa, na postura, no movimento e nas próprias funções corporais (Burns e Holmes, 1991; cit. por Cunha, 2004).

Por outro lado, o insucesso na assimilação das alterações corporais na imagem corporal pode desencadear depressão, dificuldade de relacionamento interpessoal, isolamento social, e conjuntamente, a diminuição da qualidade de vida (*Idem*). Segundo os autores, por vezes, o impacto da doença oncológica na imagem corporal pode colocar a vida em risco, pois as alterações na imagem corporal podem ser sobrevalorizadas em relação ao bem-estar, levando à recusa ou abandono dos tratamentos imprescindíveis. Nestes casos, a depressão, a falta de energia, e as avassaladoras alterações na percepção do “eu” pela pessoa, diminuem as forças indispensáveis para continuar a lutar pela vida. (*Ibidem*).

A imagem corporal negativa é sem dúvida um dos primeiros problemas identificados na pessoa laringectomizada. Desta forma, compete ao enfermeiro informar acerca dos recursos disponíveis para lidar com as alterações corporais associadas à cirurgia, promovendo a adaptação à nova situação.

O enfermeiro pode ajudar a pessoa laringectomizada ao sugerir-lhe outros significados da sua alteração corporal que ainda não tenham sido considerados por si, nomeadamente, através da apresentação de respostas positivas a estas mudanças efectuadas por outras pessoas que tenham passado pela mesma situação. A existência de um grupo de laringectomizados voluntários com protocolo de colaboração com os Serviços Clínicos, permite operacionalizar esta intervenção, que serve de apoio emocional e de aceitação da alteração da imagem corporal, através do exemplo que representam.

O feedback positivo quando a pessoa apresenta respostas saudáveis é também uma intervenção importante. Da mesma forma, o prestador de cuidados e a família devem também ser estimulados a reflectir sobre as alterações corporais da pessoa e a manifestar a sua aceitação das mesmas. Tendo em conta que este processo pode ser demorado, o enfermeiro deve disponibilizar o seu apoio de forma sistemática e intermitente (Burns e Holmes, 1991; cit. Por Cunha 2004).

## 2.4. AUTO-ESTIMA

A auto-estima da pessoa laringectomizada pode estar alterada em consequência da cirurgia, uma vez que, as deficiências estéticas e funcionais decorrentes da cirurgia podem persistir ao longo do tempo (Dias et al., 2002). Segundo o autor, quanto maior a mutilação física, maior o desajustamento psicológico, social e cultural, evidenciando a importância de considerar precocemente as alterações da auto-estima da pessoa laringectomizada na programação dos cuidados, de forma a minimizar o impacto destas na sua vida (*Idem*).

A recuperação da auto-estima também se evidencia como um factor determinante na recuperação da pessoa laringectomizada, na medida em que influencia a eficácia das estratégias de *coping* utilizadas pela pessoa, quer perante a doença oncológica, quer perante as bruscas alterações na imagem corporal e estilos de vida (*Ibidem*). A alteração da auto-estima condiciona a qualidade de vida destas pessoas, afectando a sua recuperação e reabilitação. Assim, a auto-estima negativa deve ser precocemente identificada pelo enfermeiro e devem ser implementadas estratégias multidisciplinares que visem torná-la positiva.

## 2.5. COMUNICAÇÃO

As pessoas partilham significados e compreensão umas com as outras através da comunicação. Esta é um processo pelo qual uma pessoa transmite os seus pensamentos, sentimentos e ideias às outras, assim como um instrumento que possibilita compreender e aceitar o outro, receber ou enviar informações, ensinar e aprender. Esse processo, no entanto, pode ser afectado por vários factores, como são exemplo a idade, a ocasião, a emoção, o género, a atitude e a cultura (Atkinson e Murray, 1985; cit. por Flávio et al., 1999).

A laringectomia total modifica radicalmente o padrão habitual de comunicação, provocado pela impossibilidade de uso do ar expirado pelas vias aéreas superiores, o qual é expelido agora através da traqueostomia. O tracto respiratório fica mais curto e no seu percurso não existem estruturas que permitam a acção vibratória (cordas vocais) que permite produzir o som (Pinho, 2003; cit. por Oliveira, 2009).

A voz é um aspecto fundamental na identidade da pessoa, eliminado pela laringectomia total, o que tem implicações no reajustamento psicossocial da pessoa laringectomizada.

Após uma laringectomia total, a pessoa evidencia a cirurgia nos contornos do seu pescoço, da sua traqueostomia permanente e do pescoço afunilado, que constituem as principais alterações da sua imagem corporal e que se fazem acompanhar de uma afonia ou perda de voz (Dias et al., 2002). Estas alterações têm implicações na interacção e comunicação interpessoal com o outro, provocando um desajustamento psicossocial assinalável, pelo que a recuperação da fala, após a laringectomia total, deve ser uma prioridade na sua reabilitação (*Idem*)

Num estudo realizado por Armstrong e colaboradores (2001), referenciado por Dias et al. (2002), destaca-se a relevância das dificuldades de comunicação após a cirurgia, referindo que 61% dos indivíduos ao fim de um mês ainda utilizavam como meio de comunicação a escrita, tendendo este número a diminuir em estádios mais tardios (6 meses após). É ainda referido que, seis meses após a cirurgia, 63% dos laringectomizados mantinham dificuldades comunicacionais, as quais interferiam e condicionavam as suas relações sociais, e 32% referiram que tinham de repetir tudo o que diziam mais de metade das vezes, de modo a que a mensagem transmitida fosse entendida correctamente.

As limitações vocais e, conseqüentemente, comunicacionais da pessoa laringectomizada influenciam a sua interacção social, obrigando a uma readaptação ao nível das suas vivências intrapsíquicas e de socialização (Dias et al., 2002).

As hipóteses de recuperação da capacidade fonatória na pessoa laringectomizada incluem o recurso aos segmentos anatómicos restantes (voz esofágica), a utilização de próteses (larínge electrónica), e outros métodos cirúrgicos (shunts traqueoesofágicos) ou protético-cirúrgicos (fístulas traqueoesofágicas) (Oliveira, 2009).

Em conclusão, a laringectomia total tem um impacto relevante nas relações sociais da pessoa laringectomizada, uma vez que, as suas capacidades de comunicação são influenciadas de forma temporária ou definitiva, e em que as alterações na sua imagem corporal e auto-estima também condicionam a forma como esta se relaciona com os outros.

### 3. PLANO DE CUIDADOS

Passamos à descrição do plano de cuidados proposto.

#### 3.1. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Quadro 2 – Adesão ao Regime Terapêutico: Diagnóstico e Resultado Esperado

<b>Diagnóstico</b>	<b>Não Adesão ao Regime Terapêutico</b>
<p>Segundo a CIPE Versão 2 (2011, p.36), Adesão significa “<i>Acção auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)</i>”.</p>	
<b>Resultado Esperado</b>	<b>Adesão ao Regime Terapêutico</b>
<p>Tendo em conta o mandato social e o desempenho do papel na equipa de saúde, são os enfermeiros que desenvolvem com o doente e família planos de gestão do regime terapêutico. Cabe-nos planear de forma eficaz para melhorar a adesão, ajudando a integrar os diferentes aspectos do regime terapêutico, tornando-nos parceiros e recurso na construção de capacidades nesta gestão.</p> <p>Como tal, os cuidados de enfermagem dirigidos para este diagnóstico têm o intuito de capacitar a pessoa e família sobre o Regime Terapêutico Farmacológico ou Regime Medicamentoso: medicação (compreende a medicação prescrita, a sua dosagem e momento de toma, as reacções adversas e todos os cuidados inerentes à medicação que a pessoa e o profissional de saúde devem ter em conta).</p>	

Quadro 3 – Adesão ao Regime Terapêutico: Intervenções de Enfermagem

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fundamentação</b>
Avaliar a atitude relativamente ao regime	Utilização do Instrumento de avaliação: <i>Avaliação do risco da não-adesão ao tratamento - (OE, 2009) – Anexo I.</i>
Avaliar a atitude relativamente à doença (processo patológico)	A medição exacta da adesão é muito importante, mas não há nenhuma forma totalmente exacta para determinar a extensão do problema. Há várias estratégias descritas na literatura, mas são substitutas

Ensinar acerca da doença – ansiedade, depressão e doença oncológica	do comportamento real da pessoa. Algumas das estratégias que são utilizadas para medir a adesão incluem:
Avaliar a resposta psicossocial às instruções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perguntar aos prestadores de cuidados e aos doentes;</li> <li>• Questionários padronizados aplicados aos doentes;</li> <li>• Contagem da dose restante;</li> <li>• Dispositivo electrónico de monitorização, que regista a hora e a data a que o recipiente de medicação foi aberto;</li> </ul>
Providenciar material de leitura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar quando as prescrições são aviadas pela primeira vez e na repetição. (OE, 2009)</li> </ul>
Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz;	Hecht et al. (2005) apresentam algumas estratégias para ajudar o ser humano na adesão: Negociar a adesão; Acompanhamento do processo de decisão; Providenciar sempre feedback;
Ensinar sobre prevenção de complicações	Estratégias Educacionais: promotoras de conhecimento acerca da medicação e/ou doença; As estratégias educacionais, que melhoram a adesão entre as pessoas com doenças crónicas, incluem a redução do número de medicamentos e da frequência das doses, o facultar de informação acerca dos efeitos secundários esperados e a motivação das pessoas para as alterações no estilo de vida causadas pela terapêutica. É muito importante educar as pessoas acerca das suas doenças crónicas, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão. A educação é necessária para a auto-gestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio auto-cuidado.
Ensinar sobre regime medicamentoso;	A educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não precisam só de ser informados mas também de ser <i>motivados e encorajados</i> a aderir ao tratamento e aos objectivos relacionados com o estilo de vida (OE, 2009).
Ensinar sobre sinais de complicações;	Estratégias Comportamentais: o objectivo consiste em incorporar na rotina diária mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento dos tratamentos propostos (Bugalho & Carneiro, 2004). As estratégias comportamentais incluem os lembretes e o reforço do comportamento do doente. Além disso, os prestadores de cuidados de saúde (profissionais de saúde) podem investigar as preferências dos doentes. (OE, 2009).
Orientar para serviços de saúde;	
Promover a esperança	
Promover o apoio social	
Reforçar a adesão	

## 3.2. NÁUSEA

Quadro 4 – Náusea: Diagnóstico e Resultado Esperado

<b>Diagnóstico</b>	<b>Náusea Actual</b>
	Segundo a CIPE Versão 2 (2010, p.63), a náusea é uma “ <i>percepção com as características específicas: sensação de enjojo e de vontade de vomitar; sensação desagradável, vagamente referenciada ao epigastro e abdómen, ofensiva ao paladar ou ao olfacto</i> ”.
<b>Resultado Esperado</b>	<b>Náusea Melhorada</b>
	Tendo em conta o facto de a náusea e o vómito serem eventos comuns neste tipo de situações clínicas, as causas associadas devem ser investigadas para que seja possível planear um cuidado efectivo, uma vez que quando não tratados causam significativo desconforto físico e psíquico podendo interferir na adesão ao tratamento (Pimenta et al., 2006). Como tal, os cuidados de enfermagem dirigidos para este diagnóstico têm o intuito de melhorar a percepção de náusea e o processo do sistema gastrointestinal, tornando-o eficaz. A gestão da náusea é um dos focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em hospital de dia de Oncologia.

Quadro 5 – Náusea: Intervenções de Enfermagem

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Fundamentação</b>
Avaliar a náusea  Monitorizar a náusea	Permite verificar a duração, frequência, quantidade e aparência do vómito, a causa dos mesmos e os sintomas associados (fadiga, perda de apetite, entre outros) (ANCP, 2009)  A monitorização é realizada de acordo com a <i>Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) – Anexo II</i> .
Ensinar sobre regime dietético  Ensinar a família acerca do regime dietético	Impede ou diminui comportamentos alimentares que exacerbam o estímulo de náusea. Preferência por alimentos secos ao pequeno-almoço, como torradas, biscoitos, entre outros;  Evitar alimentos excessivamente doces, ricos em lípidos (gordura) ou fritos. Incentivar a pessoa a comer alimentos e líquidos frios, como gelados, pedaços de gelo e líquidos frios (chá, sumos sem gás). Os alimentos frios atenuam os sintomas, melhoram o sabor dos alimentos, estimulam o apetite e aumentam o consumo de proteínas. Ensinar a pessoa a restringir
Ensinar acerca das necessidades dietéticas	a ingestão de líquidos no momento das refeições, evita a distensão excessiva do estômago e

	<p>consequentemente a estimulação nauseante e o vômito; Instruir a pessoa a realizar uma dieta fracionada e em pequenas porções, atenua os estímulos nauseantes e evita a sensação de estômago distendido;</p> <p>Ensinar sobre técnicas de hidratação (ex.: cubo de gelo, gelatinas, chás frios, etc.) (Carpenito, 1997).</p>
Reforçar adesão	Permite à pessoa comer aquilo que deseja nos momentos em que tem mais disposição para se alimentar (Carpenito, 1997).
Promover a higiene oral	Proporciona conforto à pessoa e reduz risco de mucosite (ANCP, 2009).
Ensinar técnicas de adaptação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar as causas/factores de exacerbação como medicamentos, dor intensa, ansiedade, tosse, entre outros.</li> <li>• Não realizar movimentos dolorosos antes das refeições;</li> <li>• Proporcionar uma atmosfera relaxada e agradável para a refeição;</li> <li>• Ensinar a pessoa a descansar antes das refeições;</li> <li>• Ensinar a pessoa a praticar a respiração profunda e a deglutição voluntária, de modo a suprimir o reflexo do vômito;</li> <li>• Ensinar a pessoa a não se deitar após as refeições;</li> <li>• Evitar comer alimentos preferidos durante os períodos de náusea;</li> </ul> <p>Se houver náuseas e vômitos antecipatórios à quimioterapia, praticar a técnica de relaxamento muscular progressivo. Reduz ou elimina os estímulos nocivos e estímulo do vômito (Carpenito, 1997)</p>
Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso	<p>O ensino ao cliente e a família sobre a administração adequada dos medicamentos bem como a monitorização são competências que fazem parte integrante das atribuições do enfermeiro (Potter e Perry, 2006)</p> <p>Os conhecimentos e a forma como a pessoa encara a farmacoterapia têm influência na sua vontade de, ou na capacidade para, cumprir um regime terapêutico (<i>Idem</i>)</p>
Avaliar a resposta à medicação	No tratamento de náuseas e vômitos em geral envolve

o uso de drogas antieméticas que podem auxiliar no seu alívio (ANCP, 2009).

O uso concomitante de medidas não-farmacológicas e farmacológicas levam a melhores efeitos do que a prática de uma medida isolada (*Idem*).

### 3.3. ANGÚSTIA ESPIRITUAL

Quadro 6 – Angústia Espiritual: Diagnóstico e Resultado Esperado

Diagnóstico	Angústia Espiritual Presente
	Por Angustia Espiritual, segundo a CIPE Versão 2 (2011, p.39), definimos uma “ <i>Angústia: Rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade</i> ”.
Resultado Esperado	Angústia Espiritual Diminuída
	As necessidades espirituais dos doentes, pela sua complexidade, nem sempre são devidamente valorizadas podendo estar relacionadas com a subjectividade e reducionismo do conceito de espiritualidade. Torna-se necessário, para uma intervenção adequada e alteração de <i>status</i> de diagnóstico, uma correcta avaliação da situação. O facto de cada paciente ser diferente, deve ser, um desafio à prestação de cuidados, por isso o enfermeiro deve avaliar as necessidades espirituais, diagnosticar e intervir adequadamente. (Caldeira et al., 2011)

Quadro 7 – Angústia Espiritual: Intervenções de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Avaliar o bem-estar espiritual	Aplicação do <i>Spiritual Well-being Questionnaire - SWBQp</i> (SWBQ, 2003; Gomez & Fisher, 2005). Versão portuguesa do questionário por Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009. O questionário inclui 20 itens que avaliam o grau em que o respondente sente estar a desenvolver cada um dos quatro domínios de BEE – pessoal, comunitário, ambiental e transcendental.
Aconselhar sobre angústia espiritual	Wright (2005) criou um modelo teórico para ajudar os enfermeiros na identificação e satisfação das necessidades espirituais dos seus clientes, denominando-o – Modelo Trinitário: crenças, sofrimento e espiritualidade. Este tem como princípio



Providenciar apoio espiritual

basilar a relação indissociável entre as crenças, a espiritualidade e o sofrimento.

A comunicação terapêutica assume extrema relevância, na operacionalização deste modelo, porque a identificação das crenças, quer da pessoa, como da sua família, só é possível com a criação de momentos de partilha e escuta e com a observação do modo como estes enfrentam o problema causador, seja ele uma doença, ou até a morte.

Providenciar para o comportamento espiritual.

Para enfrentar este desafio os enfermeiros devem desenvolver competências que passam por reconhecer que todos temos uma dimensão espiritual e algumas pessoas terão um elemento religioso na sua espiritualidade. Do mesmo modo, compreender a natureza da espiritualidade no contexto dos cuidados e ter sensibilidade na sua própria espiritualidade. A prática de cuidados espirituais passa por estabelecer uma relação de confiança com a pessoa, promover e facilitar um ambiente de apoio, responder de forma sensata às crenças dos doentes, integrar a espiritualidade no plano de cuidados para assegurar a qualidade. A criação de espaço para permitir este conhecimento, permite conhecer a pessoa de quem cuida e o seu contexto de vida, logo, aceder às suas experiências, à forma como ela se coloca e vê o mundo à sua volta. (*Idem*)

A atenção à espiritualidade dos pacientes promove uma atmosfera de humanização, pelo respeito à sua individualidade e necessidades espirituais, enquanto integradoras da sua dignidade. (Caldeira et al., 2011).

### 3.4. IMAGEM CORPORAL E AUTO-ESTIMA

Quadro 8 – Imagem Corporal e Auto-estima: Diagnóstico e Resultado Esperado

#### Diagnóstico

#### Imagem Corporal Perturbada e Auto-Estima Diminuída

De acordo com a CIPE Versão 2 (2011, p.58) a imagem corporal é definida como uma “Auto-Imagem: Imagem mental do próprio corpo, no seu todo ou em parte, ou da aparência física do próprio”. A auto-estima é definida como “Auto-Imagem: Opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de autolimitação,

*desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva” (CIPE Versão 2, 2011, p.41).*

A imagem corporal pode definir-se como o elo de ligação na relação entre o corpo e a mente, compreendendo os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais da pessoa em relação ao seu corpo (Cunha, 2004).

A auto-estima da pessoa laringectomizada pode estar perturbada em consequência da cirurgia. Este estado da auto-estima afecta a qualidade de vida destas pessoas, influenciando a sua recuperação e reabilitação, pelo que a auto-estima perturbada deve ser precocemente identificada pelo enfermeiro e devem ser implementadas estratégias multidisciplinares que visem torná-la positiva (Dias et al., 2002).

### **Resultado Esperado                      Imagem Corporal Positiva e Auto-Estima Melhorada**

A alteração da imagem-corporal perturbada é um dos primeiros problemas a serem encarados pela pessoa laringectomizada, competindo ao enfermeiro implementar intervenções que visem fornecer a informação necessária acerca dos recursos disponíveis para lidar com as mudanças ocorridas no seu corpo, promover uma adaptação eficaz à sua nova condição e promover a aquisição de uma imagem corporal positiva.

Segundo Dias et al. (2002), quanto maior a mutilação física, maior o desajustamento psicológico, social e cultural, pelo que se evidencia a importância de considerar precocemente as alterações da auto-estima da pessoa laringectomizada na programação dos cuidados, de forma a minimizar o impacto destas na sua vida. Assim, a recuperação da auto-estima reconhece-se também como um factor determinante na recuperação da pessoa laringectomizada, na medida em que influencia a eficácia das estratégias de *coping* utilizadas pela pessoa, quer perante a doença oncológica, quer perante as bruscas alterações na imagem corporal e estilos de vida (*Idem*).

Quadro 9 – Imagem Corporal e Auto-estima: Intervenções de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Avaliar a Auto-Imagem Avaliar a Auto-Estima	<p>Os cuidados de enfermagem prestados ao indivíduo com cancro da laringe, proposto para laringectomia total, devem visar à preservação da qualidade de vida do indivíduo. Assim, todos os cuidados de enfermagem, incluindo os momentos de educação, devem ser orientados durante o período pré e pós-operatório no sentido da reabilitação precoce com uma supervisão contínua (Oliveira, 2009).</p> <p>Segundo Dias et al. (2002), citados por Oliveira (2009), a auto-estima e a auto-imagem são condicionantes da qualidade de vida do indivíduo, e terão uma influência decisiva na sua recuperação e reabilitação.</p> <p>Assim, é importante que, desde o período pré-</p>

	<p>operatório, o enfermeiro faça uma avaliação progressiva da pessoa, da sua auto-imagem, dos seus medos e receios, das suas dúvidas e angústias, das suas principais necessidades, do significado que a doença representa para si, e da aceitação da traqueostomia e da perda da voz. Este levantamento dos problemas é necessário para que seja estabelecido, desde o primeiro momento, um plano de acção para a aceitação das alterações na sua imagem corporal, devendo dar-se continuidade a esta avaliação após a cirurgia.</p>
<p>Monitorizar a Imagem Corporal Monitorizar a Auto-estima</p>	<p>No sentido de quantificar a imagem corporal e a auto-estima da pessoa, o enfermeiro, além da sua observação e juízo clínico, pode recorrer a escalas de avaliação destas, validadas para a população portuguesa, nomeadamente a Escala de Auto-Estima Global de Rosenberg (1989), adaptada por Luísa Faria (2000) – <i>Anexo III</i> e a Escala de Insatisfação Corporal de Probst, Vandereycken, Van Coppenolle e Vanderlinden (1995), adaptada por Pascoal e Narciso (2006) (Menezes, 2008) – <i>Anexo IV</i>.</p> <p>A quantificação da imagem corporal e da auto-estima, através dos instrumentos de medida, permite a operacionalização da avaliação das intervenções desenvolvidas à pessoa, para a resolução destes diagnósticos, e conseqüentemente permite a melhoria contínua da intervenção do enfermeiro nesta área específica.</p> <p>Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), o enfermeiro é responsável pela concepção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem, sustentando a sua tomada decisão através da observação directa e indirecta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos complementares necessários.</p>
<p>Incentivar a pessoa a olhar-se ao espelho Incentivar a pessoa a cuidar da traqueostomia</p>	<p>No pós-operatório é essencial permitir à pessoa que se olhe e se adapte à sua nova imagem corporal, proporcionando-lhe o conhecimento e a capacitação para lidar com as suas alterações corporais, assim como com as necessidades de readaptação funcional e de reinserção social.</p> <p>Frequentemente a pessoa ostomizada recusa-se a olhar e cuidar do estoma numa fase inicial. A adaptação à</p>

nova imagem corporal inicia-se pela acção de olhar para o seu corpo, cabendo ao enfermeiro incentivar a pessoa a ver a parte alterada e a tocar-lhe.

Segundo Harcourt et al. (2006), citados por Menezes (2008), a adaptação eficaz à nova imagem corporal implica a integração das mudanças na anterior imagem que o indivíduo tem de si próprio. A pessoa pode desenvolver estratégias de evitamento ou não evitamento para lidar com esta situação, em que, nas primeiras as pessoas evitam as situações sociais e negam muitas vezes a sua situação, enquanto nas segundas procuram informação e adaptação à situação actual (*Idem*).

A aprendizagem de capacidades para cuidar da traqueostomia também conduz à aceitação da mesma, desmistificando angústias e receios que a pessoa possa ter (White, 2002; cit. por Menezes, 2008).

Promover o envolvimento familiar

De forma a evitar uma chamada de atenção à sua aparência corporal, muitas vezes os indivíduos incorrem em atitudes de isolamento social, evitando o contacto visual, os diálogos ou mesmo os encontros sociais (Harcourt et al., 2006; cit. por Menezes, 2008). Tendo em conta que, tal como refere Oliveira (2009), a observação do comportamento e reacção dos outros permitem testar e consolidar a nossa imagem corporal, torna-se preponderante proporcionar o envolvimento da família.

O apoio social e o suporte familiar fornecido são fundamentais para uma melhor adaptação à sua situação de saúde e aceitação da nova imagem corporal, (Harcourt et al., 2006; cit. por Menezes, 2008).

A adaptação às modificações da imagem corporal é influenciada pela ajuda fornecida à pessoa e à família para ultrapassar a situação. Quando os familiares permanecem unidos o ostomizado sente-se fortalecido, pelo que o apoio da família é fundamental. Pelo contrário, quando o ostomizado não sente este apoio, podem evidenciar-se sentimentos de impotência e de revolta (Farias et al., 2004).

Ao informar a família da situação e solicitar a sua ajuda, o enfermeiro está a promover o envolvimento da mesma no processo terapêutico.

Apoiar o indivíduo	O acompanhamento da pessoa submetida a laringectomia total é um processo longo, individual, com avanços e recuos, que envolve, para além do empenho e da aceitação por parte da pessoa em causa, o apoio de uma equipa multidisciplinar. O enfermeiro, sobretudo por ser o elo mais próximo dessa equipa, tem a oportunidade de através da relação de ajuda e disponibilidade, cuidar do indivíduo e torna-lo no actor principal de todo o seu processo de recuperação / adaptação da sua nova condição (Oliveira, 2009).
Informar sobre os recursos existentes (sociais, comunitários)	O contacto com pessoas com a mesma situação pode ajudar a aceitar a sua diferença. Neste sentido, Oliveira (2009) refere que a interacção com outros laringectomizados é um factor favorecedor do processo de transição, na medida em que é encarado como um aspecto positivo das suas vidas, evidenciando testemunhos de laringectomizados que referem que “ <i>A possibilidade de ajudar pessoas com as mesmas limitações faz de mim uma pessoa melhor</i> ” e “ <i>Os conhecimentos e a possibilidade de praticar o bem e dar apoio aos doentes oncológicos através da APLV são as melhores coisas da minha vida</i> ” (Oliveira, 2009, p. 92). Assim, o contacto com um laringectomizado traz esperança à pessoa e à família que estão a iniciar este processo, pelo exemplo de vida semelhante que representam. Neste sentido, é dado conhecimento sobre a existência do Movimento de Apoio a Laringectomizados da Liga Portuguesa contra o Cancro, e proporcionada a visita de uma pessoa laringectomizada do Grupo de Laringectomizados.

### 3.5. COMUNICAÇÃO

Quadro 10 – Comunicação: Diagnóstico e Resultado Esperado

<b>Diagnóstico</b>	<b>Comunicação Comprometida</b>
<p>A Comunicação é definida como “<i>Comportamento Interactivo: Dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados</i>” (CIPE Versão 2, 2011, p.45).</p> <p>Nos doentes com cancro da laringe, o comprometimento da comunicação verbal é muito significativo, quer no período pré-operatório, provocado pela disфонia, quer após a laringectomia total, em que há perda da capacidade para comunicar através da fala. No pós-</p>	

operatório imediato o laringectomizado pode recorrer à comunicação escrita e à comunicação não-verbal, usando a mímica labial e gestos (Olias e Colaboradores, 2004; cit. por Oliveira, 2009).

**Resultado Esperado**

**Comunicação Efectiva**

Após a laringectomia total, a reabilitação vocal é programada de acordo com o tratamento instaurado. Neste sentido, existe a possibilidade de recuperação da capacidade vocal através da utilização dos segmentos anatómicos remanescentes (voz esofágica), meios protésicos (laringes electrónicas), cirúrgicos (shunts traqueoesofágicos) ou protético-cirúrgicos (fístulas traqueoesofágicas), como meios de substituição da função fonatória alterada.

Desta forma, deve o enfermeiro implementar intervenções que visem minorar os efeitos da comunicação comprometida, optimizando a comunicação do laringectomizado com a família e do laringectomizado com o enfermeiro, promovendo a adaptação deste às suas alterações de comunicação.

Quadro 11 – Comunicação: Intervenções de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem		Justificação
Identificar Obstáculos à Comunicação Optimizar comunicação	à	É importante avaliar no pré-operatório a capacidade de comunicação da pessoa e os possíveis obstáculos à comunicação perante a ausência de voz. Assim, o enfermeiro identifica a escolaridade da pessoa, como avaliação da capacidade de comunicação escrita, e informa a pessoa sobre as implicações da laringectomia ao nível da comunicação, referindo-lhe que não conseguirá comunicar oralmente, pelo que, inicialmente recorrer-se-á a estratégias alternativas de comunicação, como são exemplo a comunicação escrita ou os sistemas de sinais.
Orientar a pessoa para a terapia da fala		A existência de um terapeuta da fala na equipa de saúde é muito importante para a reabilitação das alterações decorrentes das intervenções a que a pessoa é submetida no tratamento do cancro da laringe (Oliveira, 2009).
Promover alternativas de comunicação	de	A pessoa não conseguirá comunicar oralmente, pelo que teremos que recorrer à escrita ou através de sistemas de sinais (Abreu et al., 2002), promovendo alternativas de comunicação. Os meios utilizados podem ser o quadro mágico e marcador ou papel e caneta para a pessoa com escolaridade, e o Álbum seriado ou sistema de sinais para o caso de uma pessoa

	sem escolaridade.
Providenciar material de leitura	À pessoa com escolaridade podem ser fornecidos folhetos pertinentes e adequados às necessidades de informação da pessoa laringectomizada e do prestador de cuidados, nomeadamente sobre “Cuidados à Traqueostomia” e “Direitos e Deveres do Laringectomizado”.

### 3.6. ÚLCERA DE PRESSÃO

Quadro 12 – Úlcera de Pressão: Diagnóstico e Resultado Esperado

<b>Diagnóstico</b>	<b>Risco de Úlcera de Pressão</b>
	<p>Segundo a CIPE Versão 2 (2011, p.79), a úlcera de pressão é definida por “<i>Úlcera: Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada</i>”.</p> <p>Segundo a definição internacional da National Pressure Ulcer Advisory Panel / European Pressur Ulcer Advisory Panel (NPUAP/EPUAP) a úlcera de pressão “<i>é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção</i>”, (NPUAP/EPUAP, 2009).</p>
<b>Resultado Esperado</b>	<b>Ausência de úlcera de pressão (até ao momento da alta)</b>
	<p>De acordo com a DGS (2011), a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento. O objectivo da avaliação da possibilidade de desenvolver úlceras de pressão passa pela eficácia na sua prevenção, sendo objectivo do enfermeiro evitar o seu aparecimento através de uma monitorização adequada do risco e da implementação de medidas preventivas ajustadas.</p>

Quadro 13 – Úlcera de Pressão: Intervenções de Enfermagem

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Justificação</b>
Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden de 48/48 horas.	As escalas de avaliação de risco, neste diagnóstico, constituem-se como instrumentos para avaliar a possibilidade do indivíduo desenvolver úlceras de pressão. Além disso, o uso concomitante de escalas de avaliação de risco, de instrumentos de avaliação da pele, juízo clínico e protocolos de cuidados, podem reduzir a incidência e prevalência das úlceras de pressão (NPUAP/EPUAP, 2009; DGS, 2011).



	<p>A avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão é essencial para o planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento (DGS, 2011).</p> <p>Suportada por evidência científica, a escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Escala de Braden – <i>Anexo V</i> foi testada em diversos países, demonstrando maior precisão do que as outras escalas existentes. Em Portugal, a Escala de Braden foi testada por Pedro Lopes Ferreira, Cristina Miguéns, João Gouveia e Kátia Furtado, com o objectivo de a validar nos diferentes contextos assistenciais, em doentes crónicos e com doença aguda (DGS, 2008).</p> <p>A EPUAP recomenda o uso da Escala de Braden, evidenciando a sua maior fiabilidade, validade, aceitabilidade, segurança e menor custo na sua aplicação (DGS, 2008).</p> <p>De acordo com a DGS (2011), o enfermeiro deve avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e das necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a sua admissão, mantendo a periodicidade da avaliação nos internamentos hospitalares de 48 em 48 horas.</p>
<p>Promover ingestão de alimentos e de líquidos adequados.</p>	<p>Para a conservação das características cutâneas e de cicatrização dos tecidos é indispensável manter uma nutrição adequada. De acordo com Phipps et al. (1999), constituem-se como sintomas de compromisso nutricional os seguintes: diminuição de apetite e diminuição da ingestão de alimentos; níveis séricos de albumina inferiores a 3-3,5 mg/dL; hemoglobina inferior a 10 mg/dL; sinais e sintomas de desidratação; níveis de sódio elevados, entre outros.</p>
<p>Vigiar a pele através do Instrumento de Avaliação da Pele, 1 vez por turno</p>	<p>A vigilância contínua do estado da pele é fundamental para a detecção precoce de danos causados pela pressão nas zonas de proeminência óssea. Sendo tanto mais pertinente, quanto maior o risco identificado na pessoa (EPUAP, 2009).</p> <p>De acordo com a DGS (2011), o enfermeiro deve</p>



	<p>avaliar o estado da pele, identificando as características e tipo de alterações relacionadas com a integridade cutânea, através da utilização do instrumento da avaliação da pele – <i>Anexo VI</i>.</p>
<p>Aplicar creme no corpo, 1 vez por turno e em SOS</p>	<p>Segundo a EPUAP (2009), a utilização de emolientes para hidratar a pele seca contribui para a redução do risco de dano da pele, em virtude de permitirem a diminuição da perda de água a partir da pele.</p>
<p>Manter a pele seca</p>	<p>A protecção da pele relativamente à exposição à humidade excessiva, através do uso de produtos barreira de forma, contribui para a diminuição do risco de lesão por pressão, mantendo e melhorando a tolerância dos tecidos à pressão para prevenir lesão ou o seu agravamento (EPUAP, 2009).</p>
<p>Providenciar dispositivo para aliviar pressão</p>	<p>De acordo com a EPUAP (2009), relativamente à utilização de colchões e camas na prevenção de úlceras de pressão, devem usar-se colchões de espuma de alta especificidade em vez de espuma padrão hospitalar (standard), em todos os indivíduos avaliados como em risco de desenvolver úlceras de pressão, pela sua maior eficácia na prevenção de úlceras de pressão.</p>
<p>Incentivar a pessoa a alternar posicionamento</p>	<p>O posicionamento contribui para o conforto, a dignidade e a capacidade funcional da pessoa (EPUAP, 2009).</p> <p>Assim, deve o enfermeiro incentivar a pessoa a realizar alternância de decúbitos para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo, evitando sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento) (EPUAP, 2009).</p>
<p>Supervisionar o indivíduo no posicionamento de 4/4 horas Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos</p>	<p>De acordo com a EPUAP (2009), o enfermeiro deve promover a alternância de decúbitos (posicionamentos) na pessoa que se encontra em risco de desenvolver úlceras de pressão, com o objectivo de reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo. Na pessoa capaz de assegurar a alternância de decúbitos, deve o enfermeiro incentivá-la à sua realização, assim como supervisionar o seu nível de capacidade e a qualidade do posicionamento.</p>


### 3.7. DOR

Quadro 14 – Dor: Diagnóstico e Resultado Esperado

Diagnóstico	Dor no pescoço anterior
<p>Segundo a CIPE Versão 2 (2011, p.50), Dor significa: <i>“Percepção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.”</i></p> <p>Dor por Ferida: <i>“(…) Sensação de dor com origem numa ferida ou periferia de uma ferida, consoante a natureza desta; habitualmente descrita como uma dor aguda, cortante e lacerante, ou como uma dor embotada, surda, incómoda, com hipersensibilidade, a menos que a lesão tenha destruído as terminações nervosas e as sensações de dor.”</i> (CIPE Versão 2, 2011, p.51)</p> <p>Dor Cutânea: <i>“Desconforto ligeiro a intenso, resultante da lesão ou doença da pele.”</i> (CIPE Versão 2, 2011, p.50).</p>	
Resultado Esperado	Dor no pescoço nenhuma
<p>Enfermeiro tem um papel relevante no cuidar pessoas com dor, como vem descrito no “Dor - Guia orientador de Boas Praticas”, emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2008, p.7) <i>“(…) a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas – e em concreto às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor –, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados. Trata-se, então, de conhecer e seguir os princípios científicos que relevam hoje o envolvimento da pessoa na avaliação e no tratamento da sua dor, bem como a finalidade do cuidado.”</i></p>	

Quadro 15 – Dor: Intervenções de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Identificar a atitude face à Dor	Colheita de dados sobre a história de dor é de extrema importância – <i>“O sucesso no tratamento da dor requer uma avaliação cuidadosa de sua natureza, entendimento dos diferentes tipos e padrões de dor e conhecimento do melhor tratamento. A boa avaliação inicial da dor irá atuar como uma linha de base para o julgamento de intervenções subsequentes.”</i> (Instituto Nacional de Câncer, 2002, p.13)
Avaliar a Dor	O controlo da dor pressupõe a avaliação da mesma em todos os turnos e sempre que se preveja a sua ocorrência, valorizando o relato do doente,
Monitorizar a Dor (utilizar a escala	

<p>Numérica)</p> 	<p>implicando o recurso a um instrumento de avaliação de forma a poder identificar a intensidade da dor.  <i>“A dor é algo intrínseca ao próprio indivíduo. Sempre vivida na primeira pessoa, e só acessível a terceiros por aquilo que a própria pessoa comunica, verbalmente ou por outra forma”</i> (Paulo, 2006, p.28). <i>“A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação”</i> (OE, 2008, p.15).  <i>“O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes”</i> (DGS, 2003, p.1).</p>
<p>Gerir a dor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover um ambiente calmo.</li> <li>• Administração de medicação analgésica.</li> <li>• Disponibilizar música ambiente.</li> </ul>	<p><i>“O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.”</i> (OE, 2008, p. 17).</p>
<p>Promover actividades lúdicas</p>	<p><i>“Estratégias para desviar a atenção da dor”</i> (OE, 2008, p.49).</p>
<p>Massajar o dorso</p>	<p><i>“Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular”</i> (OE, 2008, p.50).</p>
<p>Avaliar o controlo da Dor</p>	<p><i>“O envolvimento da pessoa no controlo da dor respeita o princípio ético da autonomia.”</i> (OE, 2008, p.18).</p>
<p>Ensinar sobre Gestão da Dor</p>	<p>De forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados é imperioso incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados.  <i>“Estratégias de educação, formação e ensino de todos os intervenientes são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional.”</i> (OE, 2008, p.11).</p>

### 3.8. FERIDA CIRÚRGICA

Quadro 16 – Ferida Cirúrgica: Diagnóstico e Resultado Esperado

Diagnóstico	Ferida Cirúrgica
<p>Segundo a CIPE Versão 2 (2011, p.55), Ferida Cirúrgica é definida como: <i>“(…) Corte de</i></p>	

*tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pus”.*

### Resultado Esperado

### Ferida Cirúrgica nenhuma

Cicatrização é “...uma resposta complexa e altamente organizada do tecido com solução de continuidade...A capacidade orgânica de cicatrizar feridas é uma das mais poderosas propriedades de defesa que o ser humano possui” (Meeker & Rothrock, 1995, p.169).

Os cuidados de enfermagem dirigidos para este diagnóstico têm o intuito de promover a cicatrização da ferida cirúrgica e contribuir para a reabilitação do doente.

Quadro 17 – Ferida Cirúrgica: Intervenções de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem	Justificação
<p>Cuidado à ferida</p> <p>✓ vigiar penso da ferida de 8/8h e SOS</p> <p>✓ executar tratamento à ferida cirúrgica, diariamente e em SOS</p>	<p>A ferida deve ser cuidada com o intuito de favorecer a cicatrização, proteger a pele e tecidos subjacentes, proporcionar conforto e bem-estar e prevenir a infecção (Ministério da Saúde, 2008),</p> <p>A manutenção da incisão cirúrgica com os bordos limpos promove a rápida cicatrização da mesma. (Meeker &amp; Rothrock, 1995)</p> <p>A DGS (2004) preconiza alguns cuidados à ferida nomeadamente proteger a ferida com penso estéril durante as primeiras 48 horas, lavar as mãos antes e após a substituição do penso ou de qualquer contacto com o local da incisão, substituir o mesmo com técnica asséptica,</p>
<p>Avaliar Cicatrização da ferida</p> <p>✓ vigiar ferida</p> <p>✓ monitorizar a ferida cirúrgica</p>	<p>A vigilância sistematizada da ferida é um aspecto essencial do plano de cuidados. A avaliação objectiva da ferida permite, por um lado adequar o tipo de tratamento (suportado em estudos de investigação recentes) de acordo com as características da ferida e, e por outro lado, avaliar a sua evolução até à cicatrização. (Gogia, 2003).</p> <p>A observação e registo de características específicas da ferida cirúrgica, nomeadamente, profundidade, comprimento, coloração, caracterização dos tecidos, presença de cheiro e/ou exsudado, são cruciais para determinar a evolução da cicatrização.</p>

Ensinar sobre cuidados e cicatrização da ferida

Ensinar é “Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (CIPE Versão 2, 2011 p.96).

A DGS (2004) recomenda realizar ensino ao doente e família relativamente aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas e sinais de infecção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta).

### 3.9. INFECÇÃO

Quadro 18 – Infecção: Diagnóstico e Resultado Esperado

Diagnóstico	Risco de Infecção
Segundo a CIPE Versão 2 (2011, p.59), Infecção significa: <i>“Processo Patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e se multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo”</i> .	
Resultado Esperado	Infecção nenhuma
<i>“As medidas tomadas pelos profissionais de saúde para identificar os perigos e prevenir e minimizar os riscos de infecção para o doente, continuam a ser cruciais para a prestação informada e segura de cuidados de saúde. A prestação de cuidados de qualidade e a utilização eficaz de recursos visam reduzir o desconforto e o sofrimento associados à doença e a maximizar as probabilidades de recuperação e de retorno à vida pessoal, social e profissional”</i> (Bilbão et al., 2006, p.51).	

Quadro 19 – Infecção: Intervenções de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Avaliar a susceptibilidade à infecção	<i>“A idade, o estado imunitário e a patologia associada podem definir o segundo elo da cadeia infecciosa, o hospedeiro susceptível. As idades extremas como a infância e a velhice estão associadas a uma menor resistência à infecção. Similarmente, o estado nutricional do doente, as doenças crónicas, determinados tipos de tumores, a diabetes mellitus, a leucemia, os linfomas e a maioria das terapêuticas anti-tumorais tornam estes doentes mais susceptíveis a processos infecciosos”</i> (Bilbão et al., 2006, p. 52).

	<i>“Pode ser útil fazer uma avaliação do risco para categorizar os doentes e planear as intervenções de controlo de infecção” (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002, p. 48).</i>
Ensinar medidas de segurança	<i>“Ações educativas com uso de pôsteres, sinais luminosos, mensagens e envolvimento de pacientes” (Almeida Cruz et al., 2009, p 36).</i>
Monitorizar a temperatura corporal	<i>“A febre é um sintoma comum de infecção” (Brunner et al, p. 1621).</i>
Monitorizar os sinais e sintomas de infecção	<i>“A febre pode estar ausente ou ser tardia (...) O Enfermeiro precisa estar alerta para os sinais mais subtis de infecção: confusão mental frequência respiratória elevada, taquicardia e modificações na aparência e na coloração facial” (Brunner et al., p. 163). “(...) vigiar a ocorrência de infecções por microrganismos resistentes, monitorizar o seu tratamento e compreender a possível relação entre o uso de anti-microbianos e as taxas de resistência aos mesmos. A implementação de medidas e estratégias de prevenção e controlo deste problema pode ter uma repercussão positiva e muito benéfica nos cuidados prestados aos doentes críticos” (Oliveira, 2009).</i>
Prevenir a infecção cruzada	<p>Actualmente, os pontos fulcrais da prevenção e controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são a assepsia, a lavagem das mãos, a vigilância epidemiológica e isolamento dos doentes (Oliveira, 2009)</p> <p><i>“As mãos são as estruturas corporais mais utilizadas no contato direto e se constituem no principal veículo de transmissão de microrganismos, representando o elo entre paciente, profissional e ambiente. A ruptura desse elo de transmissão exige a adoção de normas básicas de higiene no ambiente hospitalar, sendo a de maior impacto a higienização das mãos” (Almeida Cruz et al., 2009, p 34).</i></p> <p><i>“Para minimizar a transmissão de microrganismos do equipamento e do ambiente, devem estar instituídos métodos adequados para a limpeza, desinfecção e esterilização” (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002, p. 51).</i></p>

### 3.10. CUIDADO À TRAQUEOSTOMIA

Quadro 20 – Cuidado à Traqueostomia: Diagnóstico e Resultado Esperado

<b>Diagnóstico</b>	<b>Défi ce de conhecimento sobre cuidado à traqueostomia</b>
Segundo a CIPE Versão 2 (2011, p. 45), conhecimento é o “ <i>Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação</i> ”	
<b>Resultado Esperado</b>	<b>Conhecimento no cuidado à traqueostomia efectivo</b>
Autonomia é “ <i>Status de autogovernação e auto-orientação</i> ” (CIPE Versão 2, 2011, p.41). Os cuidados de enfermagem dirigidos para este diagnóstico têm o intuito de capacitar o doente e família de autonomia relativamente aos cuidados à traqueostomia. Implicam também conhecimento sobre o que é previsível acontecer e se considera “normal” e sobre os sinais e sintomas de complicações possíveis de ocorrer.	

Quadro 21 – Cuidado à Traqueostomia: Intervenções de Enfermagem

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Justificação</b>
Avaliar a disponibilidade para aprender	Segundo Meeker & Rothrock (1995), existem vários factores que influenciam a disponibilidade para aprender, nomeadamente o desconforto físico (dor, náusea, fadiga...) e psicológico (medo, ansiedade, preocupação...).
Ensinar sobre cuidados à traqueostomia	Ensinar é “ <i>Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde</i> ” (CIPE Versão 2, 2011 p. 96);
• Providenciar literatura de suporte (folhetos)	Os cuidados são essenciais para manter a permeabilidade aérea do estoma (Phipps et al., 1995, p. 885) Devem ser facultados os conhecimentos e informações essenciais aos prestadores de cuidados no domicílio, de preferência acompanhados de um documento escrito que o doente poderá consultar em sua casa (DGS, 2005). Recomenda-se que a selecção do conteúdo dos ensin os deve ter em consideração aquilo que o doente necessita e simultaneamente aquilo que quer aprender (Meeker & Rothrock, 1995).
Instruir o doente sobre cuidados à traqueostomia,	Instruir é “ <i>Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa</i> ” (CIPE Versão 2, 2011, p. 97).



<p>✓ Demonstrar ao doente como se realizam os cuidados ao estoma, nomeadamente a higiene, substituição e limpeza da canula.</p>	<p>Estar capacitado para cuidar dele próprio promove a auto confiança do doente (Phipps et al., 1995, p. 885).</p>
<p>Avaliar a resposta ao ensino</p> <p>✓ Verificar através do treino se o doente consegue colocar em pratica os cuidados ensinados e instruídos.</p>	<p>Pode ser difícil avaliar processos cognitivos, contudo as experiências motoras reflectem esses processos. A observação directa, é assim um método eficaz na avaliação da aprendizagem nos cuidados de saúde (Meeker &amp; Rothrock, 1995).</p> <p>O ensino, instrução e treino devem ser repetidos até que o doente esteja capacitado e se sinta autoconfiante para o fazer sem ajuda.</p> <p>Segundo os Enunciados Descritivos, na readaptação funcional são elementos importantes entre outros, “<i>o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional</i>” (OE, 2001, p. 15).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>• Avaliar a resposta psicossocial do ensino sobre ferida</li> </ul>	<p>A percepção da imagem corporal alterada vivida pelo laringectomizado pode gerar um impacto psicossocial e atitudes que dificultam a sua reabilitação, propiciando o seu isolamento social, a depressão e dificuldades gerais relativamente ao retomar dos seus papéis sociais. Assim, a identificação dessas atitudes é um aspecto importante para os enfermeiros que planeiam a assistência (Hannickel, 2002).</p> <p>A escuta activa e a relação empática são essenciais para avaliar a condição emocional do doente, de modo a que se possam disponibilizar os recursos necessários a cada situação.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolver e Apoiar o Prestador de cuidados</li> <li>•</li> </ul>	<p>A família tem uma grande influência no desenvolvimento da doença do doente e o seu apoio é fundamental para que ele consiga utilizar os seus recursos de adaptação da forma mais eficaz de acordo com as suas possibilidades e limitações individuais (Penna, 2004)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<p>“<i>Os enfermeiros permitem a participação activa e adequada do indivíduo e de pessoas significativas para si, encorajando a independência e autodeterminação</i>” (Abreu, 2007, p.12 ).</p> <p>O ensino sobre os cuidados à traqueostomia</p>



<p>Promover a autonomia</p>	<p>deve ser planeado e iniciado precocemente ao cliente e família, para que estes possam enfrentar as dificuldades com o apoio dos profissionais e alcançar a autonomia dos cuidados durante o período de internamento (Martins et al., 2000)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeamento da alta</li> <li>•</li> </ul>	<p>A alta deve ser planeada logo desde o início do internamento com o objectivo de orientar e treinar o cliente e a família para o auto cuidado (Pianucci, 2008).</p> <p>A preparação da alta, deve iniciar-se o mais cedo possível e tendo em conta o conhecimento da situação sócio-económica tomam-se as medidas necessárias, incluindo o encaminhamento social e administrativo para a sua reintegração social (DGS, 2005).</p> <p>O doente e família devem ser orientados para assumir os cuidados que possam ser necessários após a alta. Se necessários podem ser requeridos os recursos da comunidade (Meeker &amp; Rothrock, 1995)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar antecipadamente para grupos de apoio</li> <li>✓ -Informar sobre a existência da Associação Portuguesa de Limitados da Voz (APLV) na Rua Dr. António de Almeida 4200-072 Porto, Telefone - 22 502 64 92 Fax- 22 502 62 19, Móvel- 91 326 08 33, e-mail- aplvoz.geral@sapo.pt</li> <li>✓ -Informar sobre a existência do Movimento de Apoio a Laringectomizados (MovApLar) da Liga Portuguesa Contra o Cancro. Pavilhão da Liga no IPOLFG, Rua Professor Lima Basto 1099-023 Lisboa Telefone- 217271241</li> </ul>	<p>Informar o doente sobre a existência de grupos de apoio de laringectomizados, onde podem contactar com outros doentes que partilham as suas experiências e contribuem para a melhoria da sua auto confiança, auto estima e auto imagem (Martins, et al., 2000).</p> <p>No Hospital Garcia de Orta está sediado o Grupo de Laringectomizados de Almada (associado ao Movimento de Apoio a Laringectomizados da Liga Portuguesa contra o Cancro), localizados no piso 3, que prestam apoio em regime de voluntariado, quer aos doentes internados quer aos doentes no domicílio.</p>

## 4. ANÁLISE REFLEXIVA

Realizámos uma análise reflexiva sobre os focos de maior sensibilidade aos cuidados de enfermagem e que, simultaneamente, nos possibilitaram a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica.

### 4.1. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

A adesão pode ser definida como a medida em que o comportamento da pessoa é concordante com as recomendações do enfermeiro. Aglutina também comportamentos alargados, que vão para além de tomar a medicação prescrita e considera a auto-gestão da doença e das suas consequências. (OE, 2009)

Sejam quais forem as estimativas de adesão numa dada situação, face a regimes terapêuticos de maior ou menor duração, a questão da *adesão* é reconhecida como multifactorial e complexa. No estudo de Silva (2008) a adesão do ser humano aos diferentes regimes terapêuticos relaciona-se com:

- Os conhecimentos, as experiências positivas e a forma como os mobiliza, quer em termos do seu problema de saúde, quer relacionado com o regime terapêutico. A influência positiva das suas crenças.
- A auto-responsabilização e a manutenção de uma relação de confiança com os profissionais de saúde.
- O papel da família na manutenção da adesão.

Segundo o mesmo autor, a *não* adesão do ser humano aos diferentes regimes terapêuticos relaciona-se com os seguintes:

- Incapacidade quer física, quer cognitiva para operacionalização e manutenção do regime.
- A não consciencialização das repercussões dos hábitos instituídos ao longo dos anos, a percepção da necessidade de mudança de hábitos como restritivo e a falta de motivação.
- A passividade no processo de cuidados, centrando a responsabilidade nos outros.
- A sobreposição das dificuldades económicas face às necessidades essenciais do dia-a-dia.

- A construção de ideias erróneas face ao problema de saúde, as expectativas muito elevadas nos resultados esperados em relação aos efeitos terapêuticos do regime.
- O tempo e a ausência de sintomas.

As implicações da não adesão ao tratamento são significativas, incluindo o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes (OE, 2009), complicações médicas e psicológicas da doença, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de resistência aos fármacos, desperdiça recursos de cuidados de saúde e mina a confiança do público nos sistemas de saúde (OMS, 2003; Balkrishnana, 2005; cit. por OE, 2010).

A problemática no âmbito da adesão ao regime terapêutico, tem na sua matriz, conceitos como o de *persona e ambiente* que são essenciais à compreensão dos comportamentos humanos.

Da análise conceptual realizada, consideramos que a teoria sistémica permite elaborar uma construção teórica ou enquadrar o *Modelo dos Sistemas de Neuman*, onde os conceitos anteriores (persona e ambiente), adquirem um estatuto relevante face ao fenómeno abordado. Neuman (1995), considera a persona como núcleo central do sistema e o ambiente, como interno e externo. Da interacção constante e da procura da estabilidade do sistema, através de uma dinâmica troca de energia, emerge o conceito de ambiente criado.

A persona como parte integrante do sistema aberto, constrói perspectivas diferentes e únicas que determinam à partida a adopção de comportamentos adequados que permitam encontrar o equilíbrio. As intervenções personalizadas do profissional de enfermagem. A actualidade do conhecimento em enfermagem leva-nos a questionar o conceito de persona. Sendo o objecto de estudo, as respostas humanas aos processos de saúde, no sentido da capacitação ou da adaptação a novas situações, indica a necessidade de compreender o que conduz o ser humano a optar por determinado comportamento em detrimento de outro. A procura da resposta será no próprio ser humano. Mas o que se entende por ser humano?

O conceito de ser humano é estruturante na Escola do Ser Humano Unitário, cujo objectivo é reivindicar por esta via o conceito de holismo, evidenciando simultaneamente a referência à Teoria Sistémica (Lopes, 1999, p.57). Destacamos Parse (1999), que define ser humano como um ser aberto, com capacidade para agir em sinergia com o universo numa dinâmica de interacção dos limites espaciais ou temporais e considerando-o com liberdade para escolher as suas orientações.

O papel do enfermeiro é o de ajudar a pessoa a tomar decisões informadas para alcançar os objectivos e ultrapassar barreiras ambientais, ser parceiro no processo de tomada de decisão, numa relação em que se espera que os problemas sejam resolvidos em colaboração, *capacitando o Outro* para a obtenção de saúde.

De acordo com o nosso mandato social e desempenho de papel na equipa de saúde, são os enfermeiros e nomeadamente os enfermeiros especialistas que desenvolvem, com os clientes, planos de gestão de regime terapêutico que, frequentemente, envolvem orientações de diferentes profissionais, terapêutica medicamentosa, modificações no estilo de vida e acompanhamentos que podem ser difíceis para as pessoas e as suas famílias. Decorrente da identificação que fazemos, quanto às dificuldades e constrangimentos, cabe-nos planear com as pessoas e famílias para melhorar a adesão, ajudando a integrar os diferentes aspectos do regime terapêutico e constituindo-nos como parceiros e recurso fundamental (Catálogo OE, 2009).

## 4.2. ANGÚSTIA ESPIRITUAL

Para compreender a amplitude dos conceitos de espiritualidade e de angústia, é importante analisar as origens etimológicas destes dois conceitos. A palavra espiritualidade deriva do latim *spirituāle*, que significa relativo à respiração, espiritual, imaterial. Esta relação com a respiração advém da palavra espírito que deriva também de uma palavra latina – *spiritu* – que significa sopro de ar, vento, ar aspirado, acto de respiração, alento, sopro sinónimo de vida, segurança, presunção, arrogância, orgulho, disposição do espírito, sopro criador, espírito poético e alma.

Carpenito (1997, p.603) define angústia como um distúrbio no sistema de crenças e valores que proporciona força, esperança e significado para a vida.

Heidegger (2008, p.330) descreve a angústia como algo que desperta o homem da alienação em que vive e da tranquilidade indiferente face à sua natureza e finitude. É a angústia que o liberta da ocupação do quotidiano e da fuga dele mesmo, permitindo-lhe um poder-ser mais próprio, mais autêntico, e colocando-o perante a possibilidade insuperável da sua própria morte. Para Levinas (2003, p.43-48) é um despertar do "para-si" é uma emoção, um movimento, uma inquietude no desconhecido.

A angústia não afecta apenas a consciência que a pessoa tem de si mesmo, mas também a percepção do outro e do mundo à sua volta, pelo que de acordo com Sauzet (2004, p.63), a angústia é uma doença da existência ou da maneira de ser do homem, é um abanão

existencial, um mal-estar, uma afecção da existência que revela o homem na sua nudez existencial.

A angústia espiritual é um fenómeno complexo, cuja expressão compreende vários domínios, não podendo ser explicada apenas pela componente religiosa.

No Encontro que se estabelece entre enfermeiro e a pessoa, a avaliação das necessidades espirituais deste último – processo indispensável à própria prestação de cuidados espirituais – exige por parte do enfermeiro um conhecimento e uma compreensão profundos do doente (e de si).

A prestação de cuidados espirituais é um processo de nível perito (Benner, 2001), integrado na prática dos cuidados diários do enfermeiro especialista, que implica uma partilha do sofrimento da pessoa e que cuja finalidade passa, por os ajudar a encontrar um *sentido* para determinado acontecimento de vida.

A dificuldade para se definir o aspecto espiritual na assistência à pessoa e as razões que levam à sua operacionalização são várias: ansiedade e desconforto em discutir o assunto, considerado pouco científico e muito pessoal; sentimento de inadequação e falta de formação para o cuidado espiritual; ausência de modelos teóricos para a assistência espiritual e falta de compreensão da própria espiritualidade.

A dimensão da recuperação física da pessoa poderá ser influenciada pela aceção espiritual da pessoa em causa, devendo o enfermeiro ser capaz de identificar os sinais de angústia espiritual e mobilizar esforços para estabelecer o bem-estar espiritual da pessoa (Govier, 2000). Como afirmam Molzahn e Sheilds (2008), existem vários estudos científicos que evidenciam uma relação positiva entre a espiritualidade, a saúde e o bem-estar. Como Ross (1994) afirma, a presença ou ausência de satisfação das necessidades espirituais da pessoa hospitalizada, determinará a velocidade e a extensão da sua recuperação, bem-estar e qualidade de vida. Em suma, como refere Oldnall (1995), a componente espiritual humana tem uma influência relevante na capacidade individual de recuperação e na habilidade de coping com as diferentes condições de saúde/doença.

Encontramos em Watson, e na sua teoria, uma forma de conceptualizarmos teoricamente o processo de Angústia Espiritual. A sua teoria apresenta três postulados fundamentais: os factores de cuidar (mais recentemente, o processo caritas ou caritas clínico), o cuidar transpessoal e o momento do cuidado (Watson, 2007).

O cuidar envolve, na perspectiva de Watson (2002), um conjunto de respostas humanas intersubjectivas no contexto da saúde-doença. Este cuidar dá-se na relação humana e,

segundo a autora, apresenta um conjunto importante de características: tem um elevado grau de consideração, profunda admiração e respeito pela dignidade da pessoa humana e pela vida humana; é respeitador da liberdade e da autonomia da pessoa; focaliza-se na realidade interna e subjectiva do indivíduo (e do enfermeiro) e naquilo que este compreende, da vivência da situação de saúde-doença em que se encontra; ocorre na relação enfermeiro-indivíduo, em que o seu objectivo fundamental é que a pessoa adquira um maior conhecimento de si, auto-controle e capacidade em se auto-cuidar. O enquadramento do enfermeiro na relação é de co-participante no cuidar.

Contudo Watson faria evoluir a sua concepção, de factores de cuidado, para algo que considera menos estático, o processo *caritas ou caritas clínico*. A autora, evidencia que esta evolução para o processo *caritas* traduz um novo paradigma para a enfermagem, em que existe a convergência de uma dimensão espiritual, com uma manifesta evocação do *amor e do cuidar*.

As relações de cuidado transpessoal são um pressuposto fundamental da teoria de Watson (2007). A autora acentua que este cuidar transpessoal associa a preocupação pela interioridade e significados subjectivos do outro (campo fenomenológico), mas vai bem para além desta dimensão. Esta ultrapassa o domínio do ego e até do próprio momento existente, abarca o espiritual (Watson, 2002, 2007) e até mesmo as ligações e preocupações cósmicas (Watson, 2007), encontrando formas potenciais de cura (Watson, 2002, 2007). É importante clarificar que este cuidar transpessoal, formado pelo binómio enfermeiro-pessoa, é bidireccional, a interacção faz-se nos dois sentidos, o campo fenomenológico é de ambos (Watson, 2002). A autora utiliza mesmo a expressão: "...transacção do cuidar..." (*Idem*, p.102).

A relação transpessoal do cuidado acarreta para o enfermeiro, intencionalidade, a consciência do cuidado à medida que este entra no mundo do outro e descobre a sua maneira de ser (ao nível espiritual). Isto mesmo, refere a autora, implica que haja um enfoque essencial na singularidade e unicidade de si próprio, do outro e do momento, embora, apesar disto mesmo, haja a possibilidade de ultrapassar o próprio momento, permitindo novas possibilidades. O cuidar transpessoal requer: ser-se e tornar-se autêntico, capacidade de estar presente para si próprio e para os outros, de uma forma consciente. Watson (2007) salienta que o enfermeiro procura reconhecer, identificar e ligar-se à condição interior do espírito do outro (à sua forma essencial de ser), utilizando a sua presença de uma forma verdadeira, focalizando-se no momento do cuidado. A autora

concebe o cuidar/caritas como a ajuda do enfermeiro à pessoa, para que esta aceda às suas capacidades interiores de cura.

Resumindo, o cuidar transpessoal, que define Watson (2002), consiste na capacidade do enfermeiro em detectar e ligar-se ao campo intersubjectivo da pessoa (campo fenomenológico) e aí forma-se uma relação bidireccional entre os dois. Esta relação ultrapassa o domínio físico e mental, ela alcança a dimensão espiritual, ou seja, a condição essencial de cada um. É, pois, a partir desta ligação com este enfoque, que se possibilita a libertação de tudo aquilo que se encontrava reprimido (sentimentos, pensamentos, energia), promovendo a harmonia da pessoa, que por sua vez possibilita a auto-reparação e auto-restabelecimento.

A compreensão das significações do conceito de espiritualidade é também muito útil e contribui para a integração da mesma na prática de cuidados. Consultámos o trabalho de Caldeira et al., 2011, onde foi realizada uma revisão das significações do conceito de Espiritualidade em Enfermagem através de pesquisa em base de dados. Com base nos descritores espiritualidade e enfermagem, os autores analisaram 58 artigos científicos, tendo emergido quatro categorias, que passamos a descrever:

1. Dimensões do fenómeno: Transcendente, Religiosa, Cultural, Existencial;
2. Factores precipitantes: Sofrimento, Doença, Morte, Situações adversas;
3. Características: Integradora, Individual, Promotora de sentimentos positivos, Vivência multidimensional;
4. Nos cuidados de enfermagem: Promotora de Humanização, Processo de Enfermagem;

Como futuros peritos nesta área concordamos com Cassell, (1991, p. 24), quando afirma que nunca poderemos viver verdadeiramente a angústia dos outros, mas podemos (e devemos) aprender a *“reconhecer os objectivos, os valores e as respostas estéticas que formam o sentido do “eu”, cuja integridade é ameaçada pela dor e pela doença”*.

A reflexão sobre o cuidar espiritual permitiu posicionarmo-nos como futuros Enfermeiros Especialistas, perante a pessoa e família, que vivenciam um processo complexo de doença, possibilitando mobilizar as competências específicas, nomeadamente as que dizem respeito ao *“Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e ou falência orgânica - Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil*

*e de forma holística.” (Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro), dando resposta nomeadamente às seguintes unidades de competência:*

*K.1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”*

*K.1.4.1 – Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.*

*K.1.4.2 - Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.*

*K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”*

*K.1.5.1 - Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica.*

*K.1.5.2 – Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”.*

*K.1.5.3 – Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.*

*K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica”*

*K.1.6.1. – Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transacções da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação.*

*K.1.6.2 – Reconhece o impacto das transacções na relação terapêutica junto da pessoa em situação crítica.*

*K.1.6.3 – Selecciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica.*

*K.1.6.4 – Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.*

Reconhecemos a alta sensibilidade do cuidar espiritual. A reflexão sobre esta questão permitiu perceber que o enfermeiro funciona como um elemento-chave, na antecipação e identificação das dimensões espirituais da pessoa, ocorrendo a substituição dos cuidados padronizados, por cuidados personalizados àquela pessoa e família que é única (Wright, 2005).



### 4.3. IMAGEM CORPORAL E AUTO-ESTIMA

A imagem corporal pode definir-se como o elo de ligação na relação entre o corpo e a mente, compreendendo os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais da pessoa em relação ao seu corpo (Cunha, 2004).

Cada pessoa constrói individualmente a sua imagem corporal através das relações sociais, das imagens dos outros e das relações do seu corpo com outros objectos, sendo, por isso, social e culturalmente construída (*Idem*). Neste sentido, o mesmo autor refere que as auto-imagens são compostas por percepções, em que a pessoa se constitui a ela própria como objecto percebido, não existindo apenas uma, mas sim várias auto-imagens, que contribuem conjuntamente para a construção do auto conceito (*Ibidem*).

Existe uma forte agressão física e psicológica, em diferentes graus, na pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica da qual resulte um estoma, sendo um dos efeitos mais marcantes, as alterações da imagem corporal e da auto-estima, (Cash, 2002; cit. por Menezes, 2008). A imagem corporal relaciona-se com os sentimentos que a pessoa apresenta relativamente à maneira como se vê, às referências de “normalidade” que encontra nos que o rodeiam, sendo a perda da imagem corporal “perfeita”, por vezes, vivenciada como um processo de luto (*Idem*).

De acordo com Carvalho et al. (2000), citado por Menezes (2008), a imagem corporal pode definir-se por várias componentes que se conjugam entre si: o corpo como realmente é (imagem real), o corpo como gostaríamos que fosse (imagem ideal), o corpo visto pelos outros e o corpo como o exibimos (vestuário, postura, maquilhagem e acessórios).

A existência de um estoma induz uma perturbação na imagem corporal da pessoa, provocando diferentes reacções emocionais, onde se enquadra a diminuição da auto-estima (Salter, 1988b; Weerakoon, 2001; cit. por Menezes, 2008).

A adaptação à perturbação da imagem corporal influencia a capacidade da pessoa desenvolver relações pessoais, de expressar a sua sexualidade e de se reabilitar da situação de doença (Sardiñas et al., 2001).

Menezes (2008), citando White (2002), evidencia que as alterações repentinas no corpo são mais difíceis de adequar psicologicamente do que as mudanças graduais. Neste sentido, Sardiñas et al. (2001) defende que a realização de uma ostomia de urgência é mais difícil de aceitar do que a programada, da mesma forma que uma alteração temporária na imagem corporal é mais fácil de aceitar do que uma definitiva.

O corpo traduz a individualidade e valorização social da pessoa como ser único e autónomo, e permite-lhe comunicar com o mundo, revelando-se não só como componente de elementos orgânicos, mas também como vector essencial para a componente social, psicológica, cultural e religiosa (Braunstein et al., 2001; cit. por Oliveira, 2009).

No caso da pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total, a afectação da auto-imagem e do auto conceito assume enorme relevância, pelo confronto das implicações da cirurgia nas suas alterações corporais e, necessariamente, nos seus padrões de vida (Oliveira, 2009).

A laringectomia total assume-se como um processo desfigurador para o paciente, de forma temporária ou definitiva, provocando um forte impacto na sua auto-imagem (Dias et al., 2002; cit. por Oliveira, 2009). Constitui-se, por isso, numa ameaça à imagem corporal e auto estima da pessoa, provocando grandes alterações no aspecto, na estrutura e no funcionamento do organismo do indivíduo, principalmente porque a pessoa é imediatamente confrontada com o trauma da cirurgia e com o facto de agora possuir um orifício que lhe permite a manutenção da vida, mas que lhe altera de forma profunda a imagem corporal anteriormente construída. O significado desta alteração (seja em aparência, estrutura ou função) varia de pessoa para pessoa mas, marca-a, sempre, de forma muito significativa (Barbosa, 1997; cit. por Oliveira 2009).

Estudos comparativos nos laringectomizados totais com os doentes nos quais foi possível preservar parte da laringe evidenciam que, estes últimos apresentam melhor qualidade de vida pela manutenção da imagem corporal (Dias et al., 2002; cit. por Oliveira, 2009).

No laringectomizado, a alteração do seu aspecto físico, a perda da voz e as limitações funcionais constituem-se como ameaça à sua auto-imagem, à sua identidade e à forma como a pessoa vive e se relaciona com o meio (Oliveira, 2009).

O processo de reestruturação da imagem corporal da pessoa integra mudanças ao nível da imagem corporal de si, da postura, do movimento e da própria função do corpo (Cunha, 2004; cit. por Oliveira, 2009).

O enfermeiro tem que ter sempre em conta que o cancro altera a vida pessoal a todos os níveis, nomeadamente a nível profissional, familiar, económico e sexual, dando lugar a múltiplos conflitos que necessitam de ser ultrapassados (André et al., 1997; cit. Por Oliveira, 2009).

A alteração da imagem-corporal é claramente um dos primeiros problemas a serem encarados após a laringectomia total, pelo que compete ao enfermeiro implementar

intervenções que visem fornecer a informação necessária acerca dos recursos disponíveis para lidar com as mudanças ocorridas com o seu corpo, promovendo uma adaptação eficaz à sua nova condição e a aquisição de uma imagem corporal positiva.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), o enfermeiro é responsável pela concepção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem, sustentando a sua tomada de decisão numa abordagem sistémica e sistemática da avaliação efectuada sobre determinada situação/problema, baseada na observação directa e indirecta, e no recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos. O recurso a instrumentos de avaliação, como no caso da Auto-Estima e da Imagem Corporal, decorre de uma intervenção planeada de Enfermagem, visando o cuidado ou o encaminhamento da pessoa para outro profissional melhor colocado para responder ao problema, em ordem à prestação de cuidados de saúde e de Enfermagem de elevada qualidade (OE, 2008).

Perante a pessoa que apresenta perturbação da imagem corporal e da auto-estima, o enfermeiro é responsável pela gestão dos cuidados e pela implementação das intervenções que visam minimizar o impacto destas perturbações no processo de saúde/doença da pessoa, contribuindo para melhorar a imagem corporal e auto-estima desta, e concomitantemente, otimizar a reabilitação funcional e a reinserção social da pessoa laringectomizada.

A nossa actuação nesta área, enquanto enfermeiro especialista, insere-se ao nível das competências do **“A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”**, em que **“A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”** demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, e assentando a competência num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Anexo I do Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro).

A actuação, enquanto enfermeiro especialista, insere-se também ao nível do **“C. Domínio da Gestão dos cuidados”**, da competência **“C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”**, através da gestão adequada dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Anexo III do Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro).

#### 4.4. COMUNICAÇÃO

A existência de uma traqueostomia permanente altera o olfacto e o paladar, porque a respiração nasal deixa de se verificar, deixando a pessoa de receber as sensações olfactivas e provoca perda total da voz (Phipps et al., 1999).

Nos doentes com cancro da laringe, as alterações da comunicação verbal são muito significativas, quer no período pré-operatório, provocado pela disfonia, quer após a laringectomia total, em que há perda da capacidade para comunicar através da fala. No pós-operatório imediato o laringectomizado pode recorrer à comunicação escrita e à comunicação não verbal, usando a mímica labial e gestos (Olias et al., 2004; cit. por Oliveira, 2009).

Posteriormente, o doente poderá utilizar outros métodos de comunicação como a voz esofágica, a laringe electrónica ou a prótese fonatória, e recorrendo também à terapia da fala.

As limitações vocais e, conseqüentemente, comunicacionais do laringectomizado condicionam a sua interacção social, levando ao reajustamento das suas vivências intrapsíquicas e de socialização (Dias et al., 2002).

Após a laringectomia total, a reabilitação vocal é programada de acordo com o tratamento instaurado. Neste sentido, existe a possibilidade de recuperação da capacidade vocal através da utilização dos segmentos anatómicos remanescentes (voz esofágica), meios protésicos (laringes electrónicas), cirúrgicos (shunts traqueoesofágicos) ou protético-cirúrgicos (fístulas traqueoesofágicas), como meios de substituição da função fonatória alterada. Nesta óptica, Pinho (2003), cit. por Oliveira (2009, p.34), refere que “*as possibilidades de actuação fonoaudiológica estão vinculadas às dificuldades de comunicação impostas pela própria doença, às modalidades de tratamento na laringe, às consequências em termos funcionais e às adaptações desenvolvidas. Neste sentido, os procedimentos de avaliação e reabilitação devem ser individualizados, não apenas em função do tratamento realizado, mas dos mecanismos compensatórios desenvolvidos para as funções que se apresentam alteradas*”.

Quando não é possível a aprendizagem nem a utilização de nenhum destes meios, muitos laringectomizados adoptam a fala murmurada.

No pós-operatório imediato, o enfermeiro deve promover alternativas de comunicação, como a comunicação escrita e comunicação não-verbal, e usando a mímica labial e gestos. Desta forma, o enfermeiro implementa intervenções que visam minorar os efeitos da

comunicação comprometida, otimizando a comunicação da pessoa laringectomizada com a família e desta com o enfermeiro, promovendo a sua adaptação às alterações de comunicação.

A actuação do enfermeiro, ao nível da comunicação comprometida, explicita a natureza dos cuidados de enfermagem de qualidade e engloba diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem. Concretamente, no que respeita à readaptação funcional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente, desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, constituindo elementos importantes face à readaptação funcional, entre outros: o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional (OE, 2001).

À imagem do que sucede na intervenção do enfermeiro perante a pessoa com perturbação da auto-imagem, a nossa actuação, enquanto enfermeiro especialista, relativamente à pessoa com comunicação comprometida, insere-se ao nível do “**A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**”, da competência “**A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção**” demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, e assentando a competência num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Anexo I do Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro). Insere-se ainda ao nível do “**C. Domínio da Gestão dos cuidados**”, da competência “**C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional**”, através da gestão adequada dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Anexo III do Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro).

## 4.5. ÚLCERA DE PRESSÃO

Segundo a National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP/EPUAP) a úlcera de pressão “...*é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção*”, (NPUAP/EPUAP, 2009, p.7).

As úlceras de pressão representam um importante problema de saúde pública e constituem-se como um indicador da qualidade dos cuidados prestados. São causa de sofrimento e contribuem para a diminuição da qualidade de vida dos doentes, podendo mesmo levar à morte (Russo, 2996; Vangilder, 2008; cit. por DGS, 2011).

Aproximadamente 95% das úlceras de pressão podem ser prevenidas pelo reconhecimento precoce do grau de risco. Desta forma, de acordo com NPUAP/EPUAP (2009), cit. por DGS (2011), o conhecimento da sua etiologia e dos factores de risco subjacentes ao seu desenvolvimento são fundamentais para implementar estratégias eficazes na prevenção das úlceras de pressão.

Os dados epidemiológicos portugueses mais recentes, relativamente aos cuidados hospitalares, evidenciam uma prevalência média de úlceras de pressão de cerca de 11,5%. A estratificação por serviços específicos, como os serviços de Medicina, traduz uma prevalência média que atinge para 17,5% (Ferreira, 2007; cit. por DGS, 2011).

As úlceras de pressão podem determinar a diminuição da qualidade de vida da pessoa, enquanto causa directa ou indirecta do aumento da morbilidade e mortalidade, causar sofrimento para a pessoa e família e, ainda, a nível da prestação de cuidados, incorrer no aumento do tempo de internamento, na sobrecarga de trabalho para os profissionais e no acréscimo dos gastos em saúde, constituindo-se como um indicador negativo da qualidade dos cuidados de saúde (Allman, 1999; Ducker, 2002; Stausberg, 2005; NPUAP/EPUAP, 2009; DGS, 2011).

Assim, para a eficácia do planeamento e da implementação de medidas das prevenção e tratamento das úlceras de pressão, a avaliação do seu risco apresenta um papel fundamental. Neste sentido, reconhece-se a importância do registo e da caracterização das úlceras de pressão, para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, permitindo definir as medidas adequadas ao seu tratamento e à melhoria dos cuidados aos doentes (DGS, 2011).

De entre as várias existentes, a Escala de Bradem é a mais recomendada, e adoptada em Portugal na maioria das instituições, em virtude da sua validação para a população portuguesa e das orientações da NPUAP/EPUAP (2009). Esta é constituída por seis subescalas (ou factores de risco), que têm como objectivo avaliar as seguintes dimensões: Percepção sensorial, Humidade da pele, Actividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Forças de Deslizamento. Os factores de risco identificados na avaliação devem contribuir para

a instituição de um plano de cuidados individualizado, com o objectivo de reduzir o impacto dessas variáveis (NPUAP/EPUAP, 2009).

A actuação do enfermeiro, relativamente ao risco de úlcera de pressão no Sr. J. R., vai de encontro aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001, p.12) quando descrevem que, “*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes*”. Constituem-se como elementos importantes da acção do enfermeiro para a prevenção de complicações, de uma forma geral, as seguintes:

- Identificar, tão rapidamente quanto possível, os problemas potenciais do cliente, sobre aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para os evitar ou minimizar-lhes as consequências;
- Prescrever intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;
- Ser rigoroso, técnica e cientificamente, na implementação das intervenções de enfermagem;
- Referenciar as situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde;
- Supervisionar as actividades que realizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- Responsabilizar-se pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega (OE, 2001).

Concomitantemente, o reconhecimento da úlcera de pressão como importante indicador de saúde, assim como a instituição de medidas integradas e intervenções concretas que visem intervir na sua prevenção e na melhoria contínua das práticas, evidenciam competências comuns do enfermeiro especialista.

A reflexão que este tema proporcionou e a perspectivação como futuros enfermeiros especialistas, perante a pessoa que vivencia um processo complexo de doença, possibilitou mobilizar algumas competências comuns. Em concreto, no que respeito ao “***A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal***”, demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, assentando esta competência num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico,

na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro), e dando resposta à unidade de competência “A.2 *Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*”.

Ainda, no que concerne ao “**B. Domínio da Melhoria da Qualidade**”, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua, evidenciamos a mobilização da competência “B.2 *Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*”. Neste sentido, o enfermeiro reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco, ao mesmo tempo que adopta e promove a adopção de medidas apropriadas, através de uma conduta preventiva e antecipatória, recolhendo e analisando informação, produzida e recebida, com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. Mais, o enfermeiro reconhece a importância da melhoria contínua da qualidade, através da análise e revisão das práticas, avalia a qualidade dos cuidados, e, partindo dos resultados, planeia programas de melhoria contínua (OE, 2010).

#### 4.6. DOR

A dor é evocada por muitos como uma das grandes causas do sofrimento, sendo mais temida que a própria morte (Paulo, 2006). A dor não é observável – só os seus efeitos são notados, A dor é uma experiência difícil de comunicar totalmente a outro indivíduo. A experiência da dor é única em cada indivíduo. (Travelbee, 2004, cit. por Tomey, 2004).

A dor é uma experiência subjectiva que só a pessoa que a sente pode verdadeiramente descreve-la. É uma experiência única e singular que leva ao sofrimento e a redução da qualidade de vida. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e concomitantemente um direito dos doentes (DGS, Circular Normativa N° 09/DGCG, 2003). Assim sendo a dor deve ser vista como uma prioridade no âmbito da prestação dos cuidados de saúde.

Após reflectir sobre esta problemática a Direcção Geral da Saúde instituiu a “Dor como 5° Sinal Vital” (DGS, Circular Normativa N° 09/DGCG, 2003).

A complexidade deste diagnóstico levou à criação de Unidades de Dor nos Cuidados de Saúde Hospitalares que constituem “o topo de um sistema de referência, baseado na



*complexidade crescente da situação clínica e/ou da estratégia terapêutica” (DGS, Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008, p.7).*

Enfermeiro tem um papel imprescindível no cuidar pessoas com dor. A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor tem como fim a promoção do conforto e bem-estar. Compete ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planejar e executar intervenções necessárias seguindo os princípios científicos.

Kolcaba descreve as necessidades dos cuidados de saúde como necessidades de conforto que incluem as necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais. Segundo esta teórica, citada por Dowd (2004), cabe à enfermeira a apreciação intencional das necessidades do conforto, a concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base. A apreciação e a reapreciação podem ser intuitivas e ou subjectivas, tal como, quando uma enfermeira pergunta se o doente tem dor, ou objectiva quando observa um fâcies com dor. A apreciação pode obter-se através da aplicação de escalas visuais ou análogas ou ainda através de questionários.

Segundo a DGS (2003) considera-se boa prática a utilização para mensuração da intensidade da dor, entre outras validadas internacionalmente, a “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo). “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.

A escala utilizada pelos enfermeiros no serviço onde está internado o Sr. J. R. é a numérica. Perante este diagnóstico o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística dando resposta à competência específica:

***K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.*** *Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.*

***K.1.3. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.***

A Dor que o Sr. J. R. tem presentemente é induzida pela cirurgia mas tendo em conta o diagnóstico e o seu estadio o enfermeiro especialista aproveitou este internamento para o encaminhar para a Unidade da Dor e desta forma agilizou a competência “C1 — Gere os

*cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro).*

#### 4.7. FERIDA CIRÚRGICA

A cicatrização é um processo fisiológico complexo. É essencial que exista um conhecimento abrangente sobre o processo de cicatrização, para que se possam tomar as decisões correctas e minimizar ou eliminar os factores que afectam este processo (Gogia, 2003).

A cicatrização da ferida cirúrgica é uma das preocupações do enfermeiro, porque a reabilitação do doente está dependente da mesma. Existem alguns factores que podem influenciar a cicatrização, nomeadamente a idade, estado de nutrição, estado imunológico, medicamentos sistémicos e outras patologias associadas (Gogia, 2003).

Uma das complicações mais frequentes que afectam a cicatrização é a infecção. A infecção do local cirúrgico é, conjuntamente com a pneumonia, a infecção urinária e a bacteriémia relacionada com os cateteres vasculares centrais, uma das infecções nosocomiais mais frequentes (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

Nos inquéritos de prevalência realizados em Portugal em 1988, 1993 e 2003, a infecção do local cirúrgico representou, respectivamente, 20%, 16% e 13,03% das infecções nosocomiais reveladas, tendo sido o tipo de infecção mais frequente nos serviços de Cirurgia (Ministério da Saúde, 2004).

No caso do Sr JR, o facto de se encontrar imunodeprimido devido aos ciclos de quimioterapia e à corticoterapia realizados, pode constituir um factor de risco na cicatrização da ferida. O cuidar a ferida cirúrgica torna-se num aspecto relevante no pós-operatório, porque a realização do penso e a técnica utilizada são também factores que influenciam a cicatrização.

Existem várias teóricas que trabalharam e desenvolveram as suas filosofias e teorias com base no conceito – **Cuidar**. Para Watson (2002, p.55) cuidar é o ideal moral da enfermagem, sendo o seu objectivo proteger, melhorar, e preservar a dignidade humana. Cuidar abarca os valores, vontade, compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e respectivas consequências. O acto de cuidar está associado a respostas humanas intersubjectivas às *“condições de saúde-doença; um conhecimento de saúde-doença; interacções ambiente – pessoa; um conhecimento do processo de cuidar; um auto*

*conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar”* (Watson, 2002, p.55).

O cuidar implica envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros indivíduos. A função da enfermagem quer na ciência quer na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana. Considerada como ciência humana, envolve o processo de cuidar como actos humanitários e epistémicos significativos que promovem a preservação da humanidade (Watson, 2002).

O objectivo da enfermagem é ajudar as pessoas a alcançar um grau de harmonia a nível da “mente-corpo-espírito” que gera autoconhecimento, auto-respeito, auto-cura, transcendência e processos de autocuidado (Watson, 1992, 2002). Os cuidados de enfermagem devem auxiliar a pessoa a perceber o significado da sua existência, através da avaliação da sua falta de harmonia e de sofrimento, promovendo o autocontrolo, auto-estima e autodeterminação em relação à saúde, doença, tratamento, e decisões terapêuticas (Apostolo, 2007)

Para Leininger o cuidar é a essência da enfermagem e constitui um foco distinto, central, dominante e unificante. Os cuidados, culturalmente congruentes, são imprescindíveis para o bem-estar, saúde, crescimento, sobrevivência e confronto das dificuldades ou da morte.

Na teoria de Watson e Leininger o cuidar assume uma importância central e o conforto é um elemento do cuidar (Apostolo, 2007). O mesmo autor menciona que Leininger (1995) e Malinowski & Stamler( 2002) afirmam que para poder avaliar e intervir de acordo com as necessidades de conforto, o enfermeiro deve avaliar o significado que cada pessoa, família ou grupo cultural lhes atribui.

O diagnóstico de ferida cirúrgica do Sr JR exige que o enfermeiro especialista tenha um papel primordial nesta área de cuidar; deve adoptar as intervenções necessárias para promover a cicatrização da ferida, bem como a manutenção ou recuperação do conforto do doente. A sua actuação incide:

✓ Na gestão de cuidados, optimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas como está descrito na **competência C1, Gere os cuidados optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional** (ANEXO III do Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro).

✓ Nos processos de tomada de decisão e nas intervenções, que assentam em padrões de conhecimento válidos, actuais e pertinentes assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo de investigação, como está definido na **competência D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento** (ANEXO IV do Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro).

Collière (1999, p. 235) realça que, “cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, **um acto de vida**, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”.

## 4.8. INFECCÃO

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade (DGS, 2008).

A tecnologia e a ciência, ao longo dos tempos tem evoluído, no entanto, a infecção hospitalar continua a constituir uma ameaça à segurança da pessoa hospitalizada, contribuindo para aumentar as taxas de morbilidade e mortalidade, aumentar os custos de hospitalização mediante o prolongamento do internamento e custos com meios Complementares de diagnóstico (Pereira, 2005).

No século XIX, com Florence Nightingale, foram desenvolvidos os primeiros perfis da prevenção e controlo da infecção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados. Nightingale expos uma abordagem filosófica da enfermagem, com o enfoque na relação entre enfermagem e o doente-ambiente, valorizando especialmente as condições de higiene. Defendia que um ambiente sujo era fonte de infecção bem como sustentava que a higiene dos doentes e das enfermeiras era fundamental, dando grande relevância à lavagem das mãos. Incutia a noção de que, a enfermeira tinha que controlar o ambiente para proteger o doente (Ptettscher, 2004).

O controlo de infecção hospitalar foi, ao longo dos anos, evoluindo e evidenciando-se como um fenómeno que não se restringe apenas ao meio hospitalar, mas também, a todos os estabelecimentos da área de saúde, nos quais se desenvolvem acções consideradas de risco para o aparecimento das infecções. A infecção hospitalar transcende seus aspectos perceptíveis e conhecidos, situando-se em dimensões complexas do cuidado à saúde na

sociedade moderna, ambas em constante transformação. Assim, a infecção hospitalar é um evento histórico, social e não apenas biológico, requerendo investimentos científicos, tecnológicos e humanos para a incorporação de medidas de prevenção e controle, sem perder de vista a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros (Pereira, 2005).

O enfermeiro está capacitado para implementar procedimentos no controlo de infecção, como vem descrito na 71ª competência do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003). Esta competência é desenvolvida pelo enfermeiro especialista, na área de enfermagem médico-cirúrgica, *“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas”* (OE, 2010).

Centrado na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança, perante a situação do Sr. J. R. e com o objectivo promover as medidas necessárias para a prevenção da infecção através da identificação e modificação de práticas de risco o enfermeiro especialista:

- Ao identificar que o Sr. J. R. estava susceptível a infecções por se apresentar imunodeprimido na sequência da quimioterapia e da corticoterapia, optou por coloca-lo em isolamento (situação que o obrigou a “desactivar uma cama” por só existirem quartos de 2 camas), seguindo as indicações consideradas na Norma de Procedimento “Isolamento”, da Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Garcia de Orta, que tem como objectivo prevenir a infecção cruzada nos doentes hospitalizados e controlar surtos de infecção. Nesta situação concreta, incentivou os profissionais a cumprir a norma relativa aos procedimentos em situações de Isolamento Protector/Precauções com Imunodeprimidos nomeadamente:

***“1. Colocar o doente de preferência em quarto individual com pressão positiva.***

***2. Higiene das mãos:***

- *Devem ser lavadas antes do contacto com o doente; lavar com água e sabão, secar e imediatamente a seguir proceder à desinfecção com solução alcoólica (NP CCI N° 10/04 e 12/04).*

- *Ao deixar o quarto lavar e secar com toalhetes de papel (NP CCI N° 09/04);*

***3. Equipamento de Protecção individual (EPI):***

- ***Máscaras*** - *sim, devendo ser substituídas ao fim de quinze minutos e sempre que estiverem húmidas;*

- ***Aventais*** - *sim, devem ser utilizados sempre;*

• **Luvas** - não é necessário a sua utilização;

**4. Visitas** - estas deverão ser reduzidas ao mínimo possível e só podem entrar após a autorização do enfermeiro de serviço”.

• À porta do quarto colocou batas descartáveis, mascarar, solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) e cartaz com o procedimento da técnica de desinfecção das mãos.

• Identificou que a equipa não estava desperta para esta problemática e realizou formação à mesma com o intuito de mudar comportamentos. Baseou-se no princípio “*Para que um programa de controlo de infecção seja eficaz, é necessário que todos os profissionais conheçam os verdadeiros riscos e os meios mais eficazes e económicos para os minimizar. A prevenção e controlo de infecção é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde e tem como objectivo evitar que os agentes patogénicos tenham acesso, em número significativo, às portas de entrada de um hospedeiro susceptível.*” (Instituto Ricardo Jorge, 2007, p. 10)

Concomitantemente, o Sr., J.R. e a família como partes envolvidas no processo de cuidados, foram-lhes proporcionados ensinamentos nesta área.

A educação do doente e família baseia-se, essencialmente, na sensibilização dos mesmos para o uso de medidas de precaução e na sua responsabilização à adesão.

O programa de ensino deve incluir sempre, a avaliação sistemática da adesão às medidas de precaução para otimizar o seu cumprimento. As medidas de precaução a ensinar, são:

- ✓ Restringir o número de visitantes;
- ✓ Friccionar as mãos com solução anti-séptica de base alcoólica ou em alternativa, lavar com sabão anti-séptico, ao entrar e sair do quarto;
- ✓ Todas as pessoas, que entram no quarto, deverão usar máscara cirúrgica e bata descartável;
- ✓ Não partilhar objectos pessoais, revistas, outros;
- ✓ Sempre que possível manter a porta fechada. (Instituto Ricardo Jorge, 2007).

Reproduzindo a actuação do enfermeiro especialista nesta situação concreta, podemos constatar que foram operacionalizadas as competências:

**B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.**

*Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.*

**B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade**  
*Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.*

**B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.**

*Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.*

**C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.**

*Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.*

**C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.**

*Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.*

**D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**

*Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação. (Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro)*

**K3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

*Considerando o risco de infecção face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infecção. (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro).*

## 4.9. CUIDADO À TRAQUEOSTOMIA

Durante toda a vida, o ser humano necessita de realizar adaptações constantes por variadíssimas razões, desde as que são inerentes ao seu próprio desenvolvimento físico e psicológico, os múltiplos processos que vivencia a nível pessoal e social, passando pelos processos de doença. Estes últimos por vezes constituem situações muito complicadas e difíceis de gerir, que requerem especial atenção e apoio por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

Os doentes deixam vislumbrar a passagem de uma fase de vida para outra, de uma condição ou estado de vida para outro, à qual, Meleis e colaboradores (2000) designam por transição. De acordo com estes autores, a transição, revela um protótipo iterativo de vivência. A pessoa faz comparações frequentes e consecutivas entre o que lhe possibilitam as suas capacidades no presente e as que tinha antes de ser confrontado com a situação de doença. Essas situações sucessivas, são geradoras de grande conflito interno e comprometem o seu bem-estar, no dia-a-dia. (Mendes, Bastos e Paiva, 2010).

Segundo Swanson pretende-se, capacitar a pessoa para a tomada de decisão para o autocuidado, o que se reflecte na autoconfiança e auto realização. Esta tomada de decisão, envolve frequentemente a família. Quando se fala em família podemos referir-nos a pessoas ligadas por consanguinidade ou por afinidade emocional (*Idem*).

Meleis et al. (2000) afirmam que os enfermeiros podem influenciar os processos de transição se a sua intervenção for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais. O foco de atenção deve incidir especialmente nas transições múltiplas que são tanto sequenciais como em simultâneo. A forma como cada pessoa convive e passa pelos acontecimentos influencia directamente todo o processo, particularmente o modo como se envolve na procura de informação e em encontrar novas estratégias, no sentido do autocontrolo. (*Idem*)

*“O modo como cada pessoa encontra, ou reencontra, o seu bem-estar emocional, o seu bem-estar nas relações que estabelece nos contextos em que se insere e o nível de mestria conseguido que lhe permite viver face a determinada situação, revelam o resultado no processo de transição. No domínio do autocuidado deseja-se que a pessoa consiga a manutenção (adesão ao tratamento) e a gestão (tomada de decisão) ”* (Mendes, Bastos e Paiva, 2010, p.14). Segundo estes autores a transição, é descrita como o assumir de uma nova identidade, reformulada e com pilar na identidade anterior.

O conforto é um aspecto relevante no processo de saúde. Quando o conforto é alcançado, os doentes sentem-se mais fortes e conseqüentemente mais empenhados nos



comportamentos de saúde. Kolcaba & Wykle (1997) e Kolcaba (2003), referidos por Apostolo (2007, p.34), consideram que os doentes que se sentem confortáveis, curam-se mais rápido, superam melhor os obstáculos, adaptam-se melhor às restrições, reabilitam-se mais eficazmente e têm uma morte mais tranquila do que aqueles que estão desconfortáveis.

Apóstolo (2007) alude que Kolcaba (1994) entende o conforto como um resultado holístico, porque designa um estado das pessoas multifacetado e dinâmico.

É importante que o Sr. JR se sinta confortável e capacitado para se tornar autónomo quer nas actividades de vida diária quer nos cuidados específicos inerentes ao estadió de doença em que se encontra, nomeadamente os cuidados a realizar à traqueostomia. Implica que, como enfermeiros especialistas, tenhamos para com o doente e esposa uma intervenção direccionada para a área da “Aprendizagem de capacidades” com o objectivo de alcance do “Autocontrolo”. Esta intervenção pretende facilitar o processo de transição e permitir a melhor qualidade de vida possível ao Sr. JR.

Como enfermeiros especialistas desenvolvemos intervenções com o doente e esposa que possibilitam a sua adaptação e autonomia à situação de doença e ajudámo-lo a construir o seu projecto de saúde. As nossas intervenções como enfermeiros especialistas nesta área englobam:

✓ A gestão de cuidados, optimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas como está descrito na competência **C1**, “*Gere os cuidados optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional*” (ANEXO III do Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro).

✓ Os processos de tomada de decisão e as intervenções assentes em padrões de conhecimento válidos, actuais e pertinentes assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo de investigação, como está definido na competência **D2** “*Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento*” (ANEXO IV do Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro).

O acto de **Cuidar** é inerente à própria vida, “...cuidar, tomar conta, é um acto de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte ...” Collière (1999, p. 27).

## 5. QUESTÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS EMERGENTES

Quando reportamos a ética para o âmbito de enfermagem, e referenciamos a ética de enfermagem, traduz um pensar no agir de ser enfermeiro (Nunes, 2004, p.4).

Assim, quando falamos de ética é de extrema importância referenciar o artigo 8º do capítulo IV do REPE, onde define que os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos. Do mesmo modo, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (11/CNECV/95) afirma que existem aspectos éticos nos cuidados de saúde prestados no final de vida, os quais devem ser tidos em conta pelos enfermeiros. Como futuros enfermeiros especialistas torna-se fundamental, no âmbito de um cuidar perito, analisar a situação no domínio da ética e deontologia de Enfermagem, procurando estabelecer uma ligação estreita entre a tomada de decisão clínica e decisão ético deontológica, sendo neste âmbito relevante descrever os fundamentos éticos subjacentes ao processo de tomada de decisão, face ao caso apresentado.

### 5.1. SOBRE A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

O conceito de dignidade humana tem fundamentos na filosofia do mundo ocidental.

Embora a história nos confirme que nem sempre a dignidade humana foi respeitada, ou mesmo objecto de normas éticas e/ou legais de protecção, o certo é que a filosofia ocidental já se tinha preocupado com esta questão. Infelizmente, foi necessário um conflito mundial para uma tomada de consciência que levou à proclamação da **Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948**. E, tal como se demonstra **pela Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina**, assinada em 1997, foi necessário quase meio século para que os países signatários da mesma chegassem à fase da aplicação da mesma à medicina.

Citamos CNECV (1999, p.10) sobre a noção do termo Dignidade Humana:

*“Dignidade Humana é o reconhecimento de um valor. É um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como um meio. Isso quer dizer que a Dignidade Humana estaria baseada na própria natureza da espécie humana a qual inclui, normalmente, manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na*

*procura da realização de si próprio. Esse projecto de auto-realização exige, da parte de outros, reconhecimento, respeito, liberdade de acção e não instrumentalização da pessoa. Essa auto-realização pessoal, que seria o objecto e a razão da dignidade, só é possível através da solidariedade ontológica com todos os membros da nossa espécie. Tudo o que somos é devido a outros que se debruçaram sobre nós e nos transmitiram uma língua, uma cultura, uma série de tradições e princípios. Uma vez que fomos constituídos por esta solidariedade ontológica da raça humana e estamos inevitavelmente mergulhados nela, realizamo-nos a nós próprios através da relação e ajuda ao outro. Não respeitáramos a dignidade dos outros se não a respeitássemos no outro”*

Para Nunes (2007) o facto de a pessoa ter dignidade própria é uma convicção recente na história da humanidade - quando Kant escreveu que as pessoas têm valor absoluto, e devem ser consideradas *sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio*, estava a definir o que faz com que o ser humano seja dotado de dignidade especial, acima de qualquer *preço* e, sem existir equivalente.

A dignidade da pessoa humana é o núcleo essencial dos direitos humanos fundamentais, sendo condição primordial que, o ser humano não só é o único ser capaz de orientar as suas acções em função de finalidades racionalmente percebidas e livremente desejadas, como é, sobretudo, o único ser cuja existência, em si mesma, constitui um valor absoluto, isto é, um fim em si e nunca um meio para a prossecução de outros fins (*Idem*).

Para autora citada, se com a teoria de Kant se procura uma explicação com base no respeito – da dignidade e da pessoa como fim-em-si-mesmo -, com Hegel identifica-se a ideia de reconhecimento. Talvez por ser mais básica, mas sobretudo por implicar a relação com o olhar do outro. Porque a dignidade é, realmente, efeito do reconhecimento recíproco que fazemos uns aos outros.

A dignidade da pessoa humana constitui um princípio estruturante da nossa ordem jurídica, por força do disposto no **Artigo 1º da Constituição da República Portuguesa**, servindo, neste aspecto, como fundamentação ética – é como que o retractor do que a nação busca efectivar, quais os seus ideais mais profundos. Portugal, como outros países, declara ser a dignidade da pessoa humana um princípio que fundamenta os direitos pessoais, um núcleo inviolável, inerente à personalidade.

Da dignidade humana deriva, como descrito no Enunciado de Posição 02/07 OE15MAR2007 – Sobre Consentimento Informado, a inviolabilidade de cada pessoa, o reconhecimento da autonomia de cada um para traçar os seus próprios caminhos de vida e as suas próprias normas de excelência, sem outros limites a não ser o direito semelhante

dos outros à mesma autonomia. Assim, um dos direitos decorrentes da dignidade do ser humano, é o da autodeterminação, na operacionalização da sua autonomia, isto é, a aptidão para formular as próprias regras de vida.

No que respeita aos cuidados de enfermagem e ao sofrimento do doente, importa reflectir... será que não configura um atentado à dignidade humana não intervir neste contexto? A não intervenção sobre o sofrimento de um indivíduo que se encontra perto do fim de vida, não configura um desrespeito à sua dignidade humana e também da própria humanidade, atendendo ao sentido de conexão da comunidade humana, que liga um sujeito a todos os outros, mas também no sentido do valor que cada pessoa encerra em si mesma?

Se nos basearmos na concepção de dignidade de identidade proposta por Nordenfelt e Edgar (2005) referenciados por Pimenta (2010), a pessoa, em situação de sofrimento e na fase final da sua vida, altera a imagem e a sua auto-percepção, e nesse sentido poderá considerar a sua dignidade diminuída como pessoa.

Através das reflexões de Shotton e Seedhouse (1998) referidas por Pimenta (2010) e partindo concepção de dignidade como algo *a ser sentido*, como uma experiência de percepção da pessoa, podemos referir que a questão do fim de vida e ainda mais no domínio do sofrimento espiritual, configura uma situação de devastadora perda de dignidade, pelo impacto nas capacidades do indivíduo.

Numa reflexão ética e atendendo à sua dignidade como ser humano, cabe-nos como futuros enfermeiros especialistas contribuir para modificar esta situação, intervindo ao nível do sofrimento da pessoa em causa.

Há que afirmar que, sob o ponto de vista ético, a intervenção face ao sofrimento humano em fase final de vida deverá ser prestado não em função da conduta moral ou do protagonismo socialmente relevante do indivíduo em causa, mas sim, em razão da sua dignidade como ser humano, de acordo com o conceito de dignidade básica como definido por Kass (2007) e até mesmo Nordenfelt & Edgar (2005), referenciados por Pimenta (2010), conforme a sua definição de dignidade humana. Ou seja, a assistência ao sofrimento como um direito que imana da sua condição humana, independente da sua condição moral, social, étnica, religiosa ou qualquer outra para além da sua existência.

Reconhecemos que a questão do atendimento ao sofrimento não é uma questão que pela sua não satisfação coloca em risco a vida. Contudo, que sentido de vida humana é possível ter, vivendo em constante sofrimento ou em sofrimento constantemente provocado? Que

dignidade se concede à vida da pessoa humana nesta condição? O direito à vida restringe-se apenas a ter um corpo que funciona e tem vitalidade?

Convém salientar que os Enfermeiros Portugueses elegeram para si como valor do seu exercício, no compromisso para o desempenho das suas funções, a dignidade humana, conforme consta no artigo 78º (Princípios gerais) ponto 1 do Código Deontológico dos Enfermeiros<sup>102</sup>: “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”. Afirmar-se, igualmente, que um dos princípios orientadores da prática profissional: é “o respeito pelos direitos humanos, na relação com os clientes”. Proteger a autonomia é defender os direitos – da pessoa e do cidadão – que não se extinguem por alterações na situação de saúde. O respeito pela dignidade da pessoa humana significa, na realidade, a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir.

## 5.2. SOBRE O SOFRIMENTO E A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA

A experiência de doença habitualmente está associada ao sofrimento. A doença acarreta um conjunto de sintomas que provocam mal-estar e uma série de outros problemas que se traduzem em sofrimento quer para a pessoa doente quer para a sua família. Martins (2010, p.3) considera que, “ *Quando a doença é grave pondo em risco a vida da pessoa, quando traz incapacidade ou limitações alterando o seu modus vivendi ou quando obriga a pessoa a viver permanentemente com dor, o sofrimento é grande, tornando-se por vezes insuportável*”.

Muitas situações de doença requerem internamento hospitalar, o qual também funciona como fonte de sofrimento para o doente, nomeadamente, devido ao ambiente que lhe é estranho, pela separação dos seus familiares e amigos, pelas terapias a que tem de se submeter, pela dependência relativamente aos profissionais (Martins, 2010, p.4). Segundo o mesmo autor, para além da questão do internamento muitos doentes enfrentam situações pavorosas de dor, de angústia, de medo, de desespero, de incerteza, sentindo-se fragilizados e impotentes perante a doença.

Cabe às instituições e aos profissionais zelar pela boa aplicação das regras de deontologia profissional, assegurando que os doentes tenham a possibilidade de fazer valer os seus direitos e afirmar a sua primazia como pessoa. (DGS, 2005) É também da responsabilidade dos estabelecimentos de saúde, zelar pelo respeito dos direitos do homem e do cidadão

reconhecidos universalmente, e dos seguintes princípios gerais: não discriminação, respeito da pessoa, da sua liberdade individual, da sua vida privada e da sua autonomia (*Idem*).

Os cidadãos internados num estabelecimento de saúde, são pessoas com direitos e deveres, não deverão ser consideradas apenas do ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade, mas com todo o respeito devido à dignidade humana (*Ibidem*).

Cada pessoa é um ser único, protagonista de uma história e de uma entidade cultural e espiritual, que para muitos se define religiosamente. Valorizar estes aspectos é fundamental na prática dos cuidados de saúde. A experiência do sofrimento torna estas dimensões particularmente importantes para o doente internado. (DGS, 2005)

O turbilhão de sensações e sentimento é elevado quando associados à experiência da doença grave ou crónica afectando a identidade da pessoa, neste sentido Herzlich (2004, p.387) descreve que:

*“ (...) mudanças na auto-estima ocasionadas pelas doenças crônicas: sentimento de vergonha relativo ao estado de deterioração do corpo, o “estigma” sentido ao se encontrar com os outros e a sensação do paciente de uma “perda do eu (self)”. Para Michael Bury (1982), uma doença duradoura leva a “uma fundamental reconsideração da biografia da pessoa e de seu conceito de si”. Devido a seu conceito de “ruptura biográfica”, a ênfase se deslocou na direcção da dimensão temporal da experiência da doença e do trabalho “reflexivo” realizado pelos pacientes que buscam, nem sempre com sucesso, recuperar o controle de suas vidas”.*

Não se pode negar que a doença, tal como qualquer outro evento marcante na vida, é uma experiência única, que coloca a pessoa à prova testando a capacidade de se adaptar à sua nova condição, transição saúde-doença, remetendo para o Modelo de Transição de Afaf Meleis. A transição implica uma redefinição do sentido do eu no contexto social, através da aprendizagem de novos conhecimentos e competências que conduzem a alterações no comportamento, sendo esta uma das áreas de actuação dos enfermeiros (Meleis, cit. por Gonçalves et al., 2010).

O sofrimento é uma experiência universal e inerente à condição humana. Qualquer ser humano mais cedo ou mais tarde, com maior ou menor intensidade experimenta o sofrimento. Podemos afirmar que é impossível viver uma vida sem sofrimento (Martins, 2010, p.14).

Martins (2010, p.14) refere um estudo de Kahn & Steeves (1996), que tornou evidente a universalidade da experiência do sofrimento, no qual foi presenciada *“uma estrutura básica comum em doentes em sofrimento, que incluía os quatro aspectos existenciais apontados pelos fenomenologistas como os aspectos essenciais da estrutura fundamental do mundo da vida: o corpo vivido, a temporalidade, as relações humanas e o espaço vivido”*.

O sofrimento é também considerado uma experiência individual e subjectiva, porque cada pessoa tem uma forma diferente de viver e responder ao sofrimento, que advém da sua história de vida pessoal e única, da situação de vida actual, e da sua identidade pessoal (Martins, 2010, p.14).

Pimenta (2010, p. 105) refere que Ferrell e Coyle (2008) realçam que, o sofrimento frequentemente implica uma perda. Essa perda pode estar associada ao físico, à realidade corporal da pessoa, ou pode ser uma perda de algum relacionamento ou de um aspecto de si mesmo. A sensação de perda poderá ser apenas percebida pela pessoa que sofre conduzindo-a a um sentimento de desintegração.

Martins (2010) menciona que a pessoa que sofre necessita da atenção de outras pessoas, apesar de a dor e o sofrimento serem fenómenos solitários e subjectivos. O mesmo autor (2010 p.3), cita (Rehnfeldt & Eriksson;2004, Kahn & Steeves, 1996; Pollock & Sands, 1997) que afirmam que *“a pessoa que sofre procura no Outro algo que a ajude a suportar ou a dar sentido ao seu sofrimento – uma presença inteira, uma palavra de conforto, um tocar caloroso, uma escuta atenta”*. Perante a situação de sofrimento do Outro e seguindo a Teoria da Compaixão de Nussbaum, devemos valorizar e respeitar sempre esse sofrimento, pois ninguém merece sofrer. Promover a ajuda ao Outro deve fazer parte dos nossos projectos e quando esse objectivo é alcançado o meu florescimento vincula-se ao florescimento do outro (Nunes, 2009). É importante contribuir para uma sociedade justa, hoje é o outro que sofre e eu ajudo-o, amanhã poderei ser eu a sofrer e será outro a ajudar-me.

Como vem descrito nos Padrões de Qualidade, *“A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.”* (OE, 2001, p.6)

Para Wright (2005) mencionado por Martins (2010, p.4) os enfermeiros devem avaliar e compreender o sofrimento e as variadas reacções dos doentes e ao mesmo tempo identificar as necessidades daqueles que sofrem e aliviar-lhes a dor física, emocional e espiritual. Estes profissionais são, grande parte das vezes, o Outro para o doente, aquele de quem ele espera disponibilidade, atenção, paciência, carinho, compreensão e compaixão. O alívio do sofrimento impõe ao enfermeiro, disponibilidade, sensibilidade, compaixão e ligação para com a pessoa que sofre.

Ferrell e Coyle (2008) referidos por Pimenta (2010, p. 109) interrogaram-se sobre a natureza do sofrimento das pessoas e das suas famílias e quais os objectivos dos enfermeiros perante estes doentes. Assim enunciaram um conjunto de princípios que pretendem dar resposta a estas questões, dos quais se salientam algumas ideias fundamentais:

- O **sofrimento** implica perda de controlo e isso conduz a uma sensação de vulnerabilidade e insegurança. É habitual o sofredor acreditar que é incapaz de sair daquela situação;
- O **sofrimento** pode constituir-se como uma tomada de consciência da própria mortalidade;
- O **sofrimento** frequentemente acomete a pessoa para um isolamento profundo;
- Ao **sofrimento** é frequente associar-se a angústia espiritual. A perda de esperança pode verificar-se mesmo nas pessoas que têm religião. Perante uma situação de risco vital, as pessoas podem efectuar uma revisão de vida, pensando quer naquilo que viveram, quer no que lhes falta viver. Esta situação poderá provocar um repensar da relação com um ser transcendente.

A intervenção de enfermagem para o alívio do sofrimento do doente em final de vida progride através de um processo interaccional, dinâmico, integral e sistemático. Na primeira fase, os enfermeiros percebem, identificam e avaliam o sofrimento e descrevem-no como uma experiência dramática e multidimensional, expressa por sentimentos de dor, medo, ansiedade, angústia, inquietação, tristeza, impotência, desespero, e que está relacionado com a consciencialização da situação terminal, a ausência de futuro, a incerteza do devir, o medo de morrer. “ *Na segunda fase, os enfermeiros intervêm (1) ajudando o doente a viver os últimos dias de vida, ao proporcionar-lhe conforto físico, ao ajudá-lo a aceitar a realidade, ao apoiá-lo emocionalmente, ao harmonizar o ambiente à sua volta e ao proporcionar-lhe a presença*



*dos amigos e familiares e (2) ajudando-o a morrer, ao satisfazer os seus últimos desejos e necessidades espirituais, ao proporcionar-lhe a presença e conforto dos familiares, e ao confortá-lo no momento de morrer”* (Martins 2010 p.VI).

Quando se defronta com o sofrimento e a morte do doente, o enfermeiro sofre consciencializando-se da sua própria finitude e sente-se impotente face à morte. A relação profunda que estabelece com cada doente que acompanha no processo de sofrimento e de morte, permite ao enfermeiro aprender, crescer e amadurecer tornando-se mais competente para lidar com o sofrimento e a morte (Martins 2010 p.VI e VII.). O mesmo autor menciona que o alívio do sofrimento emocional e espiritual associado à doença, à dor e à proximidade da morte exige, do enfermeiro, uma intervenção terapêutica, que implica uma presença efectiva, interessada e calorosa, o domínio de técnicas de comunicação bem como experiência e maturidade.

Pimenta (2010, p. 102) alude a Wright (2005, 2008) que afirma que agir sobre o sofrimento humano de forma a proporcionar o seu alívio, ou a sua cessação, nas suas múltiplas dimensões e diversos planos (emocional, físico e espiritual), constitui o objectivo da enfermagem, *“O sofrimento é o coração da enfermagem”* (Wright, 2005, p. 37).

### 5.3. SOBRE O CUIDAR

A enfermagem fundamenta a sua prática na acção que visa o melhor bem para a pessoa cuidada, no respeito pelos direitos humanos nas relações interpessoais que estabelece (Pires, 2007).

A identificação do cuidar em enfermagem desde a origem da humanidade até à actualidade reveste-se de enorme importância, porque tal como refere Watson (2002) o processo de cuidar a pessoa, família e grupos, é muito importante para a enfermagem, não só pelas transacções dinâmicas de pessoa para pessoa, mas também por causa dos conhecimentos necessários, empenho, valores humanos e compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro.

A moral relaciona-se com os deveres profissionais, compreendidos num Código Deontológico. A ética em saúde é representada fundamentalmente pela qualidade de cuidados prestados no dia-a-dia, com o sentido de ajuda e de cuidado. A ética e os princípios éticos devem consubstanciar todos os cuidados prestados, de forma que estes respeitem a integridade (holística) de cada pessoa (Pires, 2007).

De acordo com Arroyo (1997), cit. por Pires (2007), a ética em enfermagem importa para uma reflexão sobre os valores e normas que norteiam uma actividade profissional. A ética e a moral em enfermagem assumiu significados diferentes ao longo do tempo, representando a moral as normas que regulam as relações entre as pessoas, e a ética enquanto fundamentação para a acção (Pires, 2007).

De acordo com Nunes (2011, p.25), “*A especificidade da enfermagem e a preocupação ética ligam-se e religam-se de modo peculiar na práxis do enfermeiro, configurando uma ética de enfermagem – não se trata de ética em enfermagem nem de ética para enfermeiros, mas de um campo próprio, do agir do enfermeiro*”.

Na perspectiva de Pedrero (1998), cit. por Pires (2007), a ética de enfermagem estuda as razões dos comportamentos na prática da profissão, os princípios que regulam a conduta do enfermeiro, as suas motivações, os valores do exercício profissional, assim como as alterações e as transformações através do tempo. Foi nesta base que se tornou importante definir o conceito de profissão, que o mesmo autor define como uma actividade humana com um campo definido de acção, um regulamento e um código de ética elaborado pelos seus membros, que se desenvolve após a obtenção um título profissional, e cujo desenvolvimento pessoal e a responsabilidade dos serviços prestados é possível graças à solidariedade entre os seus membros (Pires, 2007).

A publicação em 1948 da declaração dos direitos humanos potenciou as preocupações morais e éticas na enfermagem. Posteriormente, o surgimento de códigos para enfermeiras, da autoria de organizações de enfermagem, nacionais e internacionais, a partir de 1950, assinalam o início de uma abordagem sistemática da ética em enfermagem, tanto na sua prática como na sua formação (*Idem*).

Recentemente, em 1998, a criação do código deontológico do enfermeiro, constituiu um passo importante porque, mais do que um documento normativo, situa o vértice da excelência no relacionamento pessoa a pessoa, pressupondo e exigindo a integração de todos os saberes e competências próprias do enfermeiro numa atenção pessoal e única à pessoa que precisa de cuidados de saúde (*Ibidem*).

Nunes (2011, p.40) descreve que a existência de uma ética profissional, que deve ter formulados os princípios e valores da profissão a que se refere, a qual surge associada a um conjunto de deveres ou normas que obrigam um conjunto de profissionais de uma dada profissão, a uma deontologia profissional.

A complexidade de situações com que os enfermeiros se deparam diariamente desponta, frequentemente, dilemas relacionados com o cuidar, que exigem constantes tomadas de decisão éticas, normalmente difíceis, como é o caso da pessoa laringectomizada e família que expomos neste trabalho.

Os cuidados de enfermagem, enquanto atenção particular prestada pelo enfermeiro à pessoa ou aos seus familiares, com o objectivo de ajudá-los na sua situação, englobam toda a intervenção do enfermeiro, dentro das suas competências, para cuidar destas, contribuindo para o seu bem-estar (Hesbeen, 2000; cit. por Pires, 2007).

O reconhecimento da enfermagem enquanto profissão que centra a sua actividade na pessoa deve traduzir um discurso ético que direcciona a sua actividade para a sociedade como um bem para a mesma. Assim, em cada acção do enfermeiro, este faz escolhas e toma decisões tendo sempre em atenção a pessoa a quem se dirige a acção (Surribas, 1995; cit. por Pires, 2007).

Na perspectiva de Hesbeen (2000), cit. por Pires (2007), o cuidar em enfermagem deve ser compreendido como uma orientação de natureza filosófica, devendo os profissionais de saúde enquadrar as suas acções e as suas reflexões nesta perspectiva, e reconhecê-lo como um valor.

A essência dos cuidados de enfermagem é constante ao longo do tempo porque assenta fundamentalmente no **cuidar**, o qual firma a sua natureza e representa um valor para os mesmos (Arroyo, 1997; Collière, 1999; Hesbeen, 2000; Watson, 2002; cit. por Pires, 2007). Atendendo à situação específica do caso que aqui expomos compete-nos, enquanto enfermeiro especialista, reconhecer a importância de cuidar da pessoa desenvolvendo uma prática profissional e ética na nossa área de intervenção, e de promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Importa ao enfermeiro especialista demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, assentando a sua competência num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa.

Na defesa do cuidar, enquanto responsabilidade ética especial, procuramos elevar o intrínseco valor da pessoa e fortalecer a necessidade de uma consciencialização acrescida relativamente à inclusão do pensamento ético na prática profissional quotidiana e na análise das questões inerentes aos dilemas éticos especiais. (Queirós, 2002; cit. por Pires, 2007).

Aludindo à actuação do enfermeiro especialista, podemos constatar que reflexão ética efectuada nos permitiu operacionalizar as seguintes competências comuns: *A.1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

#### 5.4. SOBRE O DIREITO À INFORMAÇÃO E O CONSENTIMENTO INFORMADO DA PESSOA

A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000) refere no artigo 3.º que o “Direito à integridade do ser humano” deve ser respeitado no domínio da medicina.

Da mesma forma, a Constituição da República Portuguesa, de 1976, nos artigos 1.º, 25.º, 26.º, 27.º e 41.º, reconhece a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, os seus direitos à integridade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade e à liberdade.

Por seu turno, a Lei n.º 48/90 - Lei de Bases da Saúde, reconhece ainda na Base XIV, os direitos das pessoas a serem informados sobre a sua situação, as alternativas de tratamento e as prováveis consequências do seu estado e a decidirem receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta (Associação Portuguesa de Bioética, 2008).

Importa ainda referir a declaração universal sobre bioética e direitos humanos adoptada pela Comissão Nacional da UNESCO em Portugal, que segundo o artigo 5º a “autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.” (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2005).

Para além dos aspectos referidos anteriormente, existem ainda documentos como o consentimento informado e as directivas antecipadas de vontade que constituem instrumentos facilitadores nas situações de dilema ético. No entanto, por vezes também eles levantam interrogações éticas.

O consentimento informado livre e esclarecido pode ser definido como “um acto de decisão voluntária realizado por uma pessoa autónoma, após um processo no qual lhe foi concedida informação por ela compreendida, no sentido de aceitar ou recusar um tratamento proposto, conhecendo a natureza do mesmo, as suas consequências e os seus riscos” (Conselho da Europa, 1997, cit. por Cunha, 2004). A recusa é então a outra face do

consentimento, sendo que tal como este deve ocorrer de forma livre e esclarecida, devendo a pessoa compreender as consequências e riscos que podem advir da mesma (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

A recusa de tratamento livre e esclarecida conduz ainda a problemas éticos consoante se trate de um adulto capaz, de um incapacitado, ou de um menor.

Caso se trate de um adulto capaz no sentido jurídico, a recusa deve ter sido feita de modo esclarecido, isto é, os profissionais devem ter explicado os benefícios do tratamento e as consequências da sua recusa, esclarecendo quaisquer dúvidas existentes. Nestas situações, a recusa deve ser livre, sem ser objecto de coacção, primando o direito de autodeterminação e autonomia da pessoa (Hottois; Parizeau, 1998).

Para a tomada de decisão ética neste caso foram consultados os pareceres da Ordem dos Enfermeiros – OE15MAR2007 / EP 02/07 – sobre Consentimento Informado para as intervenções de Enfermagem.

Realçamos os pontos 3 e 4 do parecer sobre consentimento informado para a tomada de decisão ética no caso:

*“3 – Os enfermeiros têm o dever de informar e de obter consentimento para a realização de intervenções de enfermagem, de acordo com o art. 84º do Código Deontológico, sendo que as pessoas têm direito a aceder à informação, num formato apropriado e ao nível da sua própria escolha, que lhes permite participar activamente de modo informado, em decisões sobre a sua saúde. A informação deve ser adequada às suas necessidades e circunstâncias, inclusive as suas necessidades religiosas, étnicas e culturais bem como as suas habilidades de língua e níveis de alfabetização de saúde. Os riscos e os benefícios de intervenções de serviço de saúde e opções devem ser explicados aos clientes e, onde e quando apropriado, às suas famílias. Agir contra a vontade expressa de um cliente consciente, esclarecido e competente para decidir é violador das legis artis e das regras da deontologia profissional.*

*4 – A Ordem dos Enfermeiros considera que a formação – inicial e contínua – deve prover as competências necessárias para assegurar que os clientes são adequadamente informados.*

*Sabe-se que quando os clientes participam nas decisões sobre a sua saúde, maior probabilidade existe de ser satisfeita a sua necessidade de cuidados e melhores serão os resultados de saúde.*

*A capacitação (ou empoderamento) da pessoa é fundamental e o perfil do enfermeiro que*

*promove esse poder treina-se e desenvolve-se. Para tal, a formação contribui para a aquisição e o desenvolvimento das competências relacionadas com a comunicação e a relação interpessoal. Os enfermeiros têm de ter o conhecimento e as habilidades de adequar e dirigir a informação; constituir recursos para os clientes no acesso e utilização de informação; e contribuir e avaliar a base de evidência quanto ao impacto de clientes informados em resultados de saúde” (OE, OE15MAR2007 – EP 02/07, 2007).*

Assim, parece-nos que colocado perante a necessidade de tomar uma decisão, o enfermeiro deve agir de acordo com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, no respeito pelo seu Código Deontológico e na concretização dos princípios que consagram os direitos dos clientes, assume, também, conforme refere expressamente a alínea a) do Artigo 83º do Código Deontológico, parte integrante do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o dever de «co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento» e, conforme dispõe a alínea b) do mesmo Artigo, deve também «orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência».

Conscientes de que a acção do enfermeiro se repercute sobre toda a profissão, o enfermeiro deve «manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão», como refere a alínea a) do Artigo 90º do EOE. Neste sentido, conforme referido pelas alíneas a) e c) do Artigo 84º do Código Deontológico, o enfermeiro assume o dever de «informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem» e «atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem».

Constitui direito dos enfermeiros, nos termos do n.º 1 do Artigo 75º do EOE, «exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem».

É dever dos enfermeiros, nos termos da alínea a) do n.º 1 do Artigo 76º do EOE, «exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem».

Parece-nos, e de acordo com o parecer do Conselho Jurisdicional 111/09 sobre *Informar em Complementaridade* consideramos que:

- A informação em saúde é propriedade da pessoa.
- O enfermeiro tem o dever de informar a pessoa no que respeita aos cuidados de enfermagem atendendo com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem.
- A articulação e a complementaridade funcional dos profissionais são condições imprescindíveis no trabalho da equipa de saúde.
- Neste sentido, é nosso entendimento que nada impede que o enfermeiro informe acerca de informação da esfera de competência de outro profissional de saúde, ou vice-versa, desde que previamente consentido e em complementaridade entre os profissionais envolvidos, preferencialmente estabelecido em protocolo ou de outro modo, podendo desde que consentimento livre e esclarecido aceite e assinado prosseguir-se com o tratamento.

Reproduzindo a actuação do enfermeiro especialista, podemos constatar que reflexão efectuada nos permitiu operacionalizar as seguintes competências:

***A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.***

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

***A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.***

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

## 6. CONCLUSÃO

A concretização do presente trabalho apresenta-se de enorme relevância para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências associados aos cuidados prestados à pessoa vivenciar processos complexos de doença crítica.

Concretamente, a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem, baseado no modelo de Nicklin, e a conseqüente reflexão das práticas, possibilitou ao grupo mobilizar os diversos conhecimentos e competências adquiridas anteriormente, de onde destacamos os contributos leccionados nas UT do 2º semestre, e que facilitaram a operacionalização das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica.

Para o enquadramento teórico deste trabalho procurámos desenvolver os conceitos gerais e específicos mais significativos para o caso escolhido, à luz das referências mais actuais, traduzindo também uma mais-valia do ponto de vista do aperfeiçoamento de competências em investigação.

A abordagem das questões éticas e deontológicas emergentes neste caso, donde evidenciamos as questões sobre a dignidade da pessoa humana, o sofrimento e a experiência da doença, o cuidar, o direito à informação e ao consentimento informado, permitiram ao grupo representar a sua tomada de decisão, enquanto enfermeiros especialistas, agindo de acordo com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, no respeito pelo Código Deontológico e na concretização dos princípios que consagram os direitos dos clientes, reproduzindo a actuação do enfermeiro especialista, no âmbito das competências **A1. *Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção*** e **A2. *Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.***

Por outro lado, o processo de análise que agora efectuamos, ele próprio operacionaliza a competência **DI. *Desenvolve o Auto-conhecimento e a Assertividade***, referente ao **D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**, em que o enfermeiro demonstra a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, relevando a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.



Com a realização deste trabalho considerados ter atingido todos os objectivos a que nos propusemos, de onde destacamos, entre outros, os seguintes aspectos:

- Desenvolvida a utilização do processo de enfermagem, com recurso à CIPE Versão 2;
- Promovida a reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem, sobre os contextos e sobre os intervenientes;
- Promovida a melhoria da qualidade dos cuidados;
- Desenvolvida reflexão sobre os processos de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica e as vivências pessoais associadas;
- Desenvolvidas competências no raciocínio crítico para a tomada de decisão em cuidados complexos;
- Desenvolvidas competências de avaliação do trabalho realizado.

# REFERÊNCIAS

## BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. ISBN 978-85-89718-27.

ABREU, Álvaro; PINTO, Isabel CASTRO, Mônica, CARDOSO, Ana - O Cuidar num indivíduo laringectomizado. **Nursing – Formação Contínua em Enfermagem**. Lisboa. 171 (2002) 17-22.

ABREU, Wilson. – **Formação e aprendizagem em contexto clínico - Fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau Formação e Saúde LDA. 2007. ISBN 978-972-8485-87-0. 295 P.

ALMEIDA CRUZ, Elaine [et al.] - **Higienização** de Mãos: 20 Anos de Divergências Entre a Prática e o Idealizado. **Ciência y Enfermería**. ISSN 0717-2079. XV: 1 (2009) 33-38.

BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes et al. - Repercussões Psicossociais em Pacientes Submetidos a Laringectomia Total por Câncer de Laringe: Um Estudo Clínico-Qualitativo. **Rev. SBPH [online]**. ISSN 1516-0858.7:1 (2004) 45-58.

BENNER, Patrícia - **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BILBÃO, Mercedes; ROLA, Paula – **Controlo da Infecção. In Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas – Enfermagem Perioperatória, da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-x. 47-58 p.

BOLANDER, Baernes in Sorensen e Luckmann - **Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998.

BRAUNSTEIN, Florence ; PÉPIN, Jean-François - **O Lugar do Corpo na Cultura Ocidental**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

BRUNNER, Lilian; SUDDARTH, Doris – **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7ª edição. V. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 828 p.

BRUNNER, Lilian; SUDDARTH, Doris – **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7ª edição. V. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 829-1782 p.

BURNS, Nancy; HOLMES, Barbara C. – Alterations in Body Image. In S.B. BAIRD; R. MCCORKLE; M. GRANTS (Eds.) – **Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook**. Philadelphia. W.B. Saunders Company, 1991. ISBN 0-7216-2698-X.567-583 p.

CALDEIRA, Silvia; ARAÚJO, Michell; VIEIRA, Margarida; BRAGA, Violante; SÁ, Luis - **Revisão das significações do conceito de Espiritualidade em Enfermagem**. São Paulo: V Congresso Iberoamericano de Enfermagem. 2011. Poster.

CASSELL, Eric - **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine**. 2ª edição. New York: Oxford University Press. 2004.

CASSELL, Eric J. - **Recognizing Sufering**. Hastings Center Report, 1991. 24-31 p.

CARPENITO, Lynda – **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica**. 6ª Edição. Porto-Alegre: Artes Médicas, 1997. ISBN: 85-7307-292-X.

CERQUEIRA, Maria Manuela - **O Cuidador e o Doente Paliativo**. Formasau: Coimbra, 2005. ISBN 972-8485-49-2.

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica - Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda**. Volume 1. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5.

CIRCULAR NORMATIVA Nº.9/DGCG. 2003 – **A Dor Como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor**. Lisboa. DGS. 4p.

COLLIÈRE, Marie - **Promover a Vida**. 2ª Edição. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda. e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1999. ISBN: 972-757-109-3.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE/ICNP) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2. 206 p.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (CNECV) - **Reflexão Ética Sobre a Dignidade Humana**. Documento de trabalho nº. 29. 1999.

CUNHA, Maria João - **A Imagem Corporal – Uma abordagem sociológica à importância do corpo e da magreza para as adolescentes**. Azeitão: Autonomia 27. 2004. ISBN 972-98918-7-7.

CUNHA, Madalena [et al.] - **Atitudes do Enfermeiro em Contexto de Ensino Clínico: Uma Revisão da Literatura**. Viseu: Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, 2010.

DEODATO, Sérgio - Supervisão de Cuidados: Uma Estratégia Curricular em Enfermagem. **Revista Percursos**. ISSN 1646-5067. 18 (Outubro - Dezembro 2010) 3-7.

DIAS, Maria do Rosário, DUQUE, Alexandra, SILVA, Margarida Guerreiro - O lugar do silêncio e a perda psicossocial. **Enfermagem Oncológica**. Porto. 24(2002) 11-25.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. 2008. 16 p.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Março de 2007.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE- **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - Manual de Operacionalização**. Fevereiro de 2008.

DOWD, Thérèse – Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. In TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha - **Teóricas de Enfermagem e sua Obra, Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.481-497 p.

ELKIN, Martha K.; PERRY, Anne G.; POTTER, Patrícia A. – **Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos**. Segunda Edição. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2005. ISBN: 972-8383-96-7. 1133 p.

FERREIRA, Carlos - **Validação de um Método Pedagógico Interactivo em Contexto de Ensino Clínico**. Évora: Universidade de Évora. 2007. 291 p.

FLAVIO, Patrícia Gonçalves Custódio e ZAGO, Márcia Maria Fontão. Reabilitação vocal do laringectomizado: características culturais do processo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. ISSN 0104-1169. 7:2(1999) 63-70.

GARRIDO, António - **A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros**. Aveiro: Universidade de Aveiro. 2004. 199 p.

GEORGE, Julia B; e Colaboradores – **Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional**. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora. 2000.

GOGIA, Prem – **Feridas, Tratamento e Cicatrização**. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda. 2003. ISBN 85 – 7309-691-8.

GOUVEIA, Maria J.; MARQUES, Marta José L.; RIBEIRO, P. - Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (swbq): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. **Psicologia, Saúde & Doenças**. 10: 2(2009) 285-293.

GOVIER, I. - Spiritual care in nursing: a systematic approach. **Nursing Standard**. 14:17 (2000) 32-36.

Harcourt, D. e Rumsey, N. Altered Body Image. In Nora Kearney (Ed.). *Nursing patients with cancer: principles and practice* St. Louis: Elsevier, 2006. 701- 715p.

HEIDEGGER, Martin - **Ser e Tempo**. 3ª edição. Petrópolis: Editorial Vozes.

HOTTOIS, G.; PARIZEAU, M. – **Dicionário da Bioética**. 1ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget, 1998. ISBN 972-840-772-6.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2002. ISBN 85-7318-079-X. 124p.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE - **Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital**, Um Guia Prático. 2ª edição. 2002. 93 p.

KAZANOWSKI, Mary; LACCETTI, Margaret – **Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento**. Rio de Janeiro: LAB, 2005. ISBN 85-277-1075-7. 255p.

LEI nº 48/1990 de 24 de Agosto – **Lei de Bases da Saúde**

LÉVINAS, Emmanuel - **Deus, a Morte e o Tempo**. Coimbra: Almedina, 2004.

LOBO, Marie - Florence Nightingale. In GEORGE, Julia – **Teorias de Enfermagem, os Fundamentos à prática Profissional**. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed. 2000. 33-45 p.

LOPES, Manuel José - **Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns Dados e Implicações**. Gráfica 2000, 1999. 216p.

Manual de Normas de Procedimento da Comissão Controlo de Infecção do HGO EPE. 2011.

MEEKER, Margaret; ROTHROC K, Jane - **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 1995. ISBN 85-277-0403-X.

NEUMAN, Betty - **The Neuman Systems Model**. Third Edition. USA. 1995. Library of Congress. 732 p.

NUNES, Lucília – V Seminário de Ética de Enfermagem. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN. 1:15 (2004) 1-50.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005. ISBN 972-99646-0-2.

NUNES, Lucília – **Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-67-7.

NUNES, Lucília – O Florescimento Humano. In **Ética e Florescências em Todos os Caminhos**. Loures: Lusociência. 2009, ISBN 978-972-8930-47-9. 137-145 p.

OLDNALL, A. - On the absence of spirituality in nursing theories and models. **Journal of advanced nursing**. 21:3 (1995), 417-418.

OLIVEIRA, Irene - **Vivências da Mulher Mastectomizada: Abordagem Fenomenológica da Relação com o Corpo**. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, 2004. ISBN 972-99144-0-0.

OLIVEIRA, Vanessa - **Transições de Vida em Adultos submetidos a Laringectomia Total – Implicações na Educação para a Saúde**. Minho: Universidade do Minho. 2009. Tese de Mestrado. Mestrado de Educação – Especialização em Educação para a Saúde.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro**: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2. 454p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 24 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor, Guia orientador de Boas Práticas**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5. 55p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento**. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009. ISBN: 978-989-96021-1-3.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 10 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 4 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010. ISBN: 978-989-96021-9-9.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Parecer 72/2008 de 17-Dezembro - Mobilização de escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos como recurso na avaliação diagnóstica em Enfermagem**.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Parecer 111/2009 - Sobre Informação e Complementaridade**

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **EP 02/07 de 15 de Março - Sobre Consentimento Informado**

PAULO, José - **As Vivências da Dor e do Sofrimento na Pessoa com Doença Oncológica em Tratamento Paliativo**. Lisboa: Universidade Aberta. 2006. 183 p. Dissertação de mestrado em comunicação em saúde.

PENNA, Theresinha - Dinâmica Psicossocial de Famílias de Pacientes com Cancer. In FILHO, Júlio; e BURD, Miriam - **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. ISBN 85-7396-308-5. P. 377-388.

PEREIRA, Maria da Graça & LOPES, Cristiana - **O Doente Oncológico e a sua Família**. Lisboa: Climepsi Editores. 2005.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-84-3.

PHIPPS, Wilma; LONG, Bárbara; WOODS, Nancy Fugate; CASSMEYER, Virginia -**Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. Lisboa: Lusodidacta, 1999.

PHIPPS, Wilma; BROSEMAN, Linda- Intervenções em Pessoas com Problemas das Vias Aéreas Superiores. In PHIPPS, Wilma; LONG, Barbara; WOODS, Nancy; CASSMEYER, Virgínia- **Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e prática Clínica**. Segunda Edição em Português, volume I, Tomo II. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-96610-0-6. 885 p.

PHIPPS, Wilma et al. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 6ª edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7.

PIANUCCI, Ana - **Saber Cuidar: Procedimentos Básicos em Enfermagem**. 13ª Edição. São Paulo: Editora Senac São Paulo. 2008. ISBN 978-85-7359-721-9.

PIETTSCHER, Susan – **Florence Nightingale: Enfermagem Moderna**. In TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha - **Teóricas de Enfermagem e sua Obra, Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. P. 73-94.

PIMENTA, Cibele; MOTA, Dálete; CRUZ, Diná – **Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia**. Barueri: Editora Manole, 2006.

PINHO, S. - **Reabilitação Fonoaudiológica em Câncer de Laringe. Fundamentos em Fonoaudiologia. Tratamento dos Distúrbios da Voz**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

PIRES, Ana – Ética e Cuidar em Enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. 72 (Maio 2007) 13-18.

POTTER, Patricia; PERRY, Anne – **Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos**. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-24-0.

QUEIRÓS, Ana – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8717-07-5.

SARDIÑAS, C., ALFONSO, L., SOSA, M., ARBONA, F., MARTÍNEZ, M.- Problemática Actual del Paciente con Ostomía. **Rev. Cubana Med. Milit**. 30:4 (2001) 256-62.

SAUZET, Jean-Paul - La personne en fin de vie – **Essai philosophique sur l'accompagnement et les soins palliatifs**. Paris: Editions L'Harmattan, 2004.

REGULAMENTO n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**.

REGULAMENTO n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**.

TAYLOR, S. - Teoria do Défice de Auto Cuidado de Enfermagem. In TOMEY, A. e ALLIGOOD, M. - **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

TOMEY, Ann – Joyce Travelbee: Modelo de Relação Pessoa-A-Pessoa. In TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha - **Teóricas de Enfermagem e sua Obra, Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. 467-480 p.

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha - **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra, Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda., 2004. ISBN 972-8383-74-6.

WATSON, Jean- **ENFERMAGEM - Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda., 2002. ISBN 972-8383-33-9. 182 p.

WATSON, J. - **Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors / caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice**. Texto contexto enferm., Florianópolis, 16:1 (2007) 129-135.

WHITE, C. - Body images in Oncology. In T. Cash e T. Pruzinsky (Eds.). **Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: The Guilford Press, 2002. 379-386 p.

WRIGHT, L. - **Espiritualidade sofrimento e doença: ideias para curar**. Coimbra: Ariadne editor, 2005. ISBN 972-8838-19-0

## ELETRÓNICAS

APÓSTOLO, Luis - **O Imaginário Conduzido no Conforto de Doentes em Contexto Psiquiátrico**. [Em linha]. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. [Consultado em 14/10/2011]. Disponível em [www: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7157/2/O%20IMAGINARIO%20CONDUZIDO%20NO%20CONFORTO%20DE%20DOENTES%20EM%20CONTEXTO%20PS.pdf>](http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7157/2/O%20IMAGINARIO%20CONDUZIDO%20NO%20CONFORTO%20DE%20DOENTES%20EM%20CONTEXTO%20PS.pdf)

BUGALHO, A; CARNEIRO, A.V. - **Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas**. Lisboa: CEMBE-FML. [Em linha]. 2004. [Consultado em 16/10/2011]. Disponível em [www:http://74.125.155.132/scholar?q=cache:EeZbnXqglPOJ:scholar.google.com/+interven%C3%A7%C3%B5es+para+aumentar+a+ades%C3%A3o+terap%C3%Aautica+em+patologias+cr%C3%B3nicas&hl=pt-PT&as\\_sdt=O&as\\_vis=1](http://74.125.155.132/scholar?q=cache:EeZbnXqglPOJ:scholar.google.com/+interven%C3%A7%C3%B5es+para+aumentar+a+ades%C3%A3o+terap%C3%Aautica+em+patologias+cr%C3%B3nicas&hl=pt-PT&as_sdt=O&as_vis=1)>.

**CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA** - Em linha]. 2000. [Consultado em 30/11/2011]. Disponível em [www: <http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_pt.pdf>](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf).

CASTRO, Maria da Graça, ANDRADE, Tânia M. Ramos, MULLER, Marisa - Conceito mente e corpo através da história. **Psicologia em Estudo**, Maringá. [Em linha]. 1:1 (2006) 39-43. [Consultado em 20/11/2011]. Disponível em [www: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v1n1/v1n1a05.pdf>](http://www.scielo.br/pdf/pe/v1n1/v1n1a05.pdf).

COMISSÃO NACIONAL DA UNESCO - **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. [Em linha]. [Consultado em 30/11/2011]. Disponível em [www: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>](http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf).

**CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA**. [Em linha]. 1976. [Consultado em 30/11/2011]. Disponível em [www: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>](http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx).

CUNHA, J. - **A Autonomia e a Tomada de Decisão no Fim de Vida**. [Em linha]. [Consultado em 10/10/2011]. Disponível em [www: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/3/5506\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/3/5506_TM_01_P.pdf). 21-12-2009>.

**DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM**. [Em linha]. [Consultado em 02/10/2011]. Disponível em [www: http://sitio.dgicd.min-edu.pt/recursos/Documents/Declaracao-Universal\\_Direitos\\_Homem.pdf](http://sitio.dgicd.min-edu.pt/recursos/Documents/Declaracao-Universal_Direitos_Homem.pdf)

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Carta dos Direitos do Doente Internado**. [Em linha]. 2005. [Consultado em 29/10/2011]. Disponível em [www: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf).

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - **Consentimento Informado – Relatório Final**. [Em linha]. 2009. [Consultado em 02/10/2011]. Disponível em [www: <http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Estudo-CI.pdf>](http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/Estudo-CI.pdf).

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: **National Pressure Ulcer Advisory Panel**; [Em linha] 2009. [Consultado a 25 de Novembro de 2011]. Disponível em: [http://gaif.net/sites/default/files/Guideline\\_Prevencao\\_da\\_UPressao\\_PT.pdf](http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf)

FARIAS, D., GOMES, G., ZAPPAS, S.- **Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar**. [Em linha]. 2004. [Consultado em 23/11/2011]. Disponível em [www: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1702/1410>](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1702/1410).

GONÇALVES, Glória; GUTERRES, João; NOVAIS, Sônia - **A Vivência Da Transição Numa Pessoa Laringectomizada**. [Em linha]. 2010. [Consultado em 20/11/2011]. Disponível em [www: <http://www.aeop.net/fileManager/file/ON14\\_artigo1\\_abstract.pdf>](http://www.aeop.net/fileManager/file/ON14_artigo1_abstract.pdf).

HENRIQUES, M.A.P - **Adesão ao Regime Terapêutico em Idosos**. [Em linha]. 2006. [Consultado em 23/03/2011]. Disponível em www: <<http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF>>.

HERZLICH, Claudine - Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. [Em linha]. 14:2 (2004) 383-394. [Consultado em 11/11/2011]. Disponível em www: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a11.pdf>>.

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO, RORENO - **Registo Oncológico Regional Norte**. [Em linha] 2009. [Consultado em 30/11/2011]. Disponível em www: <[http://www.ipoporto.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C2A78C3F-1009-4F29-B970-2D1A69F40DCE/15264/Roreno\\_05.pdf](http://www.ipoporto.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C2A78C3F-1009-4F29-B970-2D1A69F40DCE/15264/Roreno_05.pdf)>.

INSTITUTO RICARDO JORGE - **Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico**. [Em linha]. 2004. [Consultado em 4/10/2011]. Disponível em www: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008553.pdf>>.

MACHADO, M. M. P. - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC Sobre o Contributo dos Enfermeiros**. [Em linha]. 2009. [Consultado em 23/11/2011]. Disponível em www: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9372>>.

MARTINS, Maria - **Aliviando o Sofrimento o Processo de Acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida**. [Em linha]. 2010. [Consultado em 30/10/2011] Disponível em www: <[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3185/1/ulsd060413\\_td\\_Maria\\_Martins.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3185/1/ulsd060413_td_Maria_Martins.pdf)>.

MARTINS, José; CASTILHO, Amélia; SIMÕES, Isabel - Cuidados de Enfermagem ao Doente com Traqueostomia. **Revista Referencia**. [Em linha ]. 4(2000) 75-78. [Consultado em 29/10/2011]. Disponível em www: <[http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id\\_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id\\_artigo=2045&id\\_rev=5&id\\_edicao=1](http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2045&id_rev=5&id_edicao=1)>.

MENEZES, Maria - **Satisfação Conjugal, Auto-estima e Imagem Corporal em Indivíduos Ostomizados**. [Em linha]. Tese Mestrado em Ciências da Educação. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. 2008. [Consultado em 23/10/2011]. Disponível em www: <[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/760/1/17273\\_Tese\\_Maria\\_Mar.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/760/1/17273_Tese_Maria_Mar.pdf)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ACSS - **Manual de Normas de Enfermagem - Procedimentos Técnicos**. [Em linha]. 2008. [Consultado em 29/10/2011] Disponível em www: <<http://www.rncci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/Manual%20ProcEnfermagem.pdf>>.

NUNES, Emanuelle et al. – Refletindo o ‘Transpessoal’ humano – uma compreensão multidisciplinar em transversalidade com o estado da arte de ser. **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha]. 2010. [Consultado em 29/10/2011] Disponível em <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832010000200018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832010000200018&script=sci_arttext)>. ISSN 0874-0283

OLIVEIRA, Maria João - **Vigilância de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Importância do Consumo de Anti-Microbianos em Cuidados Intensivos**. [Em linha]. Tese de Mestrado, Lisboa: Faculdade de Medicina, 2009. [Consultado em 30/10/2011]. Disponível em www: <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1105>>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA - **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. [Em linha]. 2005 [Consultado em 13/11/2011]. Disponível em www: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization. [Em linha]. 2003. [Consultado em 29/10/2011] Disponível em www: <[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/index.html](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.html)>.

Parecer sobre Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde relacionados com o Final da Vida (11/CNECV/95) [Em linha]. 1995. [Consultado em 29/10/2011] Disponível <http://www.cnecv.pt/pareceres.php?p=5>



PEREIRA, Milca et al - A Infecção Hospitalar e Sua Implicações Para o Cuidar da Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. [Em linha]. 14:2 Abr-Jun (2005). [Consultado 30/10/2011]. Disponível em [www: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf>](http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf).

PIMENTA Sérgio - **A Enfermagem e o Sofrimento Espiritual do Doente em Fase Final de Vida**. [Em linha]. 2010. [Consultado em 30/10/2011]. Disponível em [www: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56031/2/Trabalho%20de%20Projecto%20de%20Srgio%20Miguel%20Magalhes%20Pimenta%20Me.pdf>](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56031/2/Trabalho%20de%20Projecto%20de%20Srgio%20Miguel%20Magalhes%20Pimenta%20Me.pdf).

SABRINA, Hannickel; ZAGO, Márcia; BARBEIRA, Cláudia; SAWADA, Namie - O Comportamento dos Laringectomizados Frente à Imagem Corporal. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [Em Linha]. 2002. [Consultado em 29/10/2011]. Disponível em [www: <http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v03/pdf/artigo1.pdf>](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo1.pdf).

SAPETA, Paula; LOPES, Manuel -Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. **Revista Referencia**. [Em linha]. II.ª Série, 4 (2007). [Consultado em 18/11/2011 ]. Disponível em [www: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174420.PDF>](http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174420.PDF).

SILVA, Luciana, PINTO, Maria Helena, ZAGO, Márcia – Assistência de Enfermagem ao Laringectomizado no Período Pós-operatório. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Brasil: INCA-Ministério da Saúde. [Em linha]. 48(2002). [Consultado em 18/10/2011]. Disponível em [www: <http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v02/pdf/artigo1.pdf>](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/artigo1.pdf).

ZAGONEL, Ivete - Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. **Rev. Latino - Am. Enfermagem**. [Em linha]. 7:3 (1999) 32. [Consultado em 1/11/2011] Disponível em [www: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000300005>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300005). ISSN 0104-1169.



# **ANEXOS**

**ANEXO I - AVALIAÇÃO DO RISCO DA  
NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO - (OE,  
2009)**

Este instrumento fornece um exemplo de uma abordagem à avaliação da não-adesão ao tratamento. Uma abordagem sistemática à identificação dos motivos do cliente para a não-adesão irá orientar a selecção das intervenções de Enfermagem.

Data: \_\_\_\_\_ Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Nome do cliente:

Utilize as perguntas de avaliação para identificar as áreas de risco de não-adesão ao regime de tratamento. Utilize as perguntas adicionais para descobrir mais pormenores quando a resposta do cliente indicar um problema possível. Verifique os diagnósticos de Enfermagem correspondentes quando as respostas do cliente indicarem uma não-adesão real ou risco de não-adesão.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AValiação
<b>Física</b>	
<input type="checkbox"/> Intolerância à actividade	Tem algum problema que afecte a sua capacidade de fazer a actividade necessária para levar a cabo o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Cognição, comprometida	Há algo que o impeça de tomar o seu medicamento ou seguir o seu regime de tratamento? Tem dificuldade em se concentrar? Esquece-se de onde está e do que está a fazer? Tem dificuldade em compreender ou seguir as instruções de tratamento? Alguma vez pensa que os outros estão a tentar magoá-lo ou a tentar controlar a sua mente?
<input type="checkbox"/> Efeitos secundários da medicação	Sente efeitos secundários devido à medicação, que não desaparecem? Estes efeitos secundários fazem com que queira parar de tomar a sua medicação?



<input type="checkbox"/> Memória, comprometida	Tem dificuldade em lembrar-se das coisas (tomar a medicação, seguir a dieta, ir às consultas)?
<input type="checkbox"/> Compromisso musculoesquelético	Há alguma coisa que o impeça de (abrir os frascos de medicamentos, tirar os medicamentos, administrar insulina, verificar a glicemia)?
<input type="checkbox"/> Dor	Tem dores que interferem com o cumprimento do seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Percepção, comprometida	Ouve vozes que as outras pessoas não ouvem? As vozes interferem de alguma forma com o facto de tomar a medicação ou seguir o tratamento?
<input type="checkbox"/> Défice sensorial	Tem dificuldades de (visão, audição, paladar, toque ou olfacto) que interfiram com o facto de tomar a medicação (ou seguir o exercício ou a dieta)?

<b>Mental e comportamental</b>	
<input type="checkbox"/> Capacidade de gestão do regime	Consegue seguir a dieta, exercício ou regime de medicação prescrito pelo seu profissional de saúde? Se não, o que interfere com a sua capacidade de gerir o regime prescrito?
<input type="checkbox"/> Abuso de álcool, abuso de drogas, abuso de tabaco	Toma álcool, drogas ou tabaco para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?
<input type="checkbox"/> Ansiedade	É costume sentir-se tão tenso ou tão nervoso que não consegue tomar a medicação, tomar decisões ou comparecer às consultas marcadas?
<input type="checkbox"/> Regime de tratamento complexo	O seu profissional de saúde prescreveu mais de cinco medicamentos diferentes? O seu profissional de saúde prescreveu-lhe mais de duas tomas de medicação por dia?
<input type="checkbox"/> Negação	Concorda com o diagnóstico que o médico fez em relação à sua doença? Acha que a sua doença é grave?
<input type="checkbox"/> Fadiga	É costume sentir-se demasiado cansado para (tomar a medicação, obter mais medicação, comparecer às consultas, fazer exercício ou preparar as suas refeições)?
<input type="checkbox"/> Medo	Há alguma coisa que o assuste em relação à sua doença ou ao tratamento? Tem medo de ficar dependente da medicação?





<input type="checkbox"/> Crenças de saúde, conflito	O que acha que o ajuda mais com (mencionar os sintomas)? Acha que a (medicação, dieta, terapêutica) o ajuda com os sintomas da sua doença? Há outros remédios que tenha tomado e que ache que são mais eficazes que o tratamento prescrito pelo seu prestador de cuidados?
<input type="checkbox"/> Falta de esperança	Sente-se subjugado pela sua doença e pelo tratamento? Acha que é impossível gerir a sua situação? Apetece-lhe desistir?
<input type="checkbox"/> Analfabetismo	Sabe ler? Tem dificuldade em ler instruções ou as informações que lhe são dadas pelos prestadores de cuidados de saúde?
<input type="checkbox"/> Défice de conhecimentos	Sabe qual é o seu diagnóstico? Que tipo de coisas acontecem quando começa a ficar doente? Sabe os nomes dos seus medicamentos e quando tem de os tomar? Quais os tratamentos que o seu médico receitou (medicamentos, dieta, fisioterapia, terapia ocupacional)? Segue o seu plano de tratamento (medicação, exercício, dieta) mesmo quando não se sente doente?
<input type="checkbox"/> Não-adesão	Parou de (tomar a medicação, ir às consultas marcadas, seguir a dieta, seguir o regime de exercício) sem falar com o seu profissional de saúde no último ano? Alguma vez toma mais / menos que a dose prescrita da sua medicação?
<input type="checkbox"/> Resposta ao tratamento, ausência de	Tem sintomas da sua doença mesmo quando segue o programa de tratamento?
<input type="checkbox"/> Auto-eficácia, baixa	Acha que outras pessoas determinam se está saudável ou doente? Acha que só fica doente por acaso?
<input type="checkbox"/> Auto-Imagem, baixa e Auto-estima, baixa	Tomar a medicação (seguir o seu regime de tratamento) afecta a forma como se sente acerca de si próprio ou a forma como actua?
<input type="checkbox"/> Ideação suicida	Tem pensamentos suicidas que o fazem desistir do tratamento?
<input type="checkbox"/> Suspeita	Confia naquilo que o seu profissional de saúde lhe diz? Acha que o seu (profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta) pode fazer algo para o prejudicar?
<input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento	Há quanto tempo precisa de tratamento para a sua doença? Por quanto tempo pensa que irá necessitar de tratamento? Ficou satisfeito com o tratamento que recebeu para a sua doença no passado? Porquê / por que não?



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
<b>Sócio-cultural e ambiental</b>	
<input type="checkbox"/> Capacidade para se ajustar (adequação)	De que forma é que o seguimento do seu plano de tratamento (tomar a medicação, seguir uma dieta, fazer exercício, ir às consultas) se enquadra no seu estilo de vida?
<input type="checkbox"/> Crime	Há problemas de segurança na sua casa ou na vizinhança que fazem com que seja difícil seguir o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Crenças culturais	Qual o grupo cultural ou étnico a que pertence? De que forma é que este grupo encara a sua doença e o tratamento?
<input type="checkbox"/> Família disfuncional	A sua família (ou entes queridos) interfere ou impede-o de tomar os seus medicamentos ou de seguir o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Atitude da família, em conflito	O que é que a sua família (ou entes queridos) acha do seu diagnóstico? O que é que acha do tratamento que lhe foi prescrito?
<input type="checkbox"/> Rendimento, inadequado	Quanto custa o seu tratamento? De que forma é que se enquadra no seu orçamento? O seu profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta aceita a sua forma de pagamento?
<input type="checkbox"/> Apoio social, ausência de	Tem pessoas / grupos significativos na sua vida, que o apoiem e estejam disponíveis para si? Tem algum apoio na sua comunidade?
<input type="checkbox"/> Estigma	Mantém a sua doença e / ou tratamento em segredo? Preocupa-o que haja consequências negativas se outros descobrirem acerca da sua doença ou do tratamento?
<input type="checkbox"/> Transporte, ausência de	Tem problemas com o transporte que o impeçam de (ir buscar os medicamentos, chegar às consultas com o prestador de cuidados, ir às compras)?
<input type="checkbox"/> Confiança no profissional de saúde, ausência de e Confiança, baixa	Acha que o seu profissional de saúde compreende os seus sentimentos ou crenças acerca da sua doença e do seu tratamento?



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
<b>Espiritual</b>	
<input type="checkbox"/> Crenças religiosas, conflito (medicação, dieta, actividade, família, comunidade)	As suas crenças e / ou práticas religiosas entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?
<input type="checkbox"/> Crenças espirituais, conflito (medicação, dieta, actividade, família)	As suas crenças e / ou práticas espirituais entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?
<input type="checkbox"/> Angústia espiritual	A sua doença ou regime de tratamento desafiam as suas crenças espirituais e / ou religiosas ou a sua capacidade de encontrar esperança e significado na vida?

**ANEXO II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE  
SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS)**

Nome do Doente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Por favor circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	.....



**ANEXO III - ESCALA DE AUTO-ESTIMA  
GLOBAL DE ROSENBERG (1989),  
ADAPTADA POR LUÍSA FARIA (2000)**



Questionário da Auto-Estima Global  
(Adaptação: Faria, L., 2000)

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos tanto ou igual aos outros	1	2	3	4
2. Sinto que tenho algumas boas qualidades	1	2	3	4
3. Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um falhado	1	2	3	4
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas	1	2	3	4
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar	1	2	3	4
6. Tenho uma atitude positiva em relação a mim próprio	1	2	3	4
7. De um modo geral, estou satisfeito comigo mesmo	1	2	3	4
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo	1	2	3	4
9. Às vezes, estou seguro de que sou um inútil	1	2	3	4
10. Por vezes penso que não presto para nada	1	2	3	4

**ANEXO IV - ESCALA DE INSATISFAÇÃO  
CORPORAL DE PROBST,  
VANDEREYCKEN, VAN COPPENOLLE E  
VANDERLINDEN (1995), ADAPTADA POR  
PASCOAL E NARCISO (2006)**

### MGSC

(Pascoal, P., Narciso, I., 2006)

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequentement</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>
1.Quando comparo o meu corpo com o do/as meus/minhas colegas, sinto-me insatisfeito/a com o meu corpo.						
2.Tenho tendência a esconder o meu corpo (por ex: vestindo roupa larga).						
3. Quando me olho ao espelho sinto-me insatisfeito/a com o meu corpo.						
4. Sinto inveja de outros/as devido à sua aparência física.						

## **ANEXO V - ESCALA DE BRADEN**

## Escala de Braden - Adulto

<b>ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO</b>				
Nome do doente: _____	Nome do avaliador: _____	Data da avaliação: _____		
Serviço: _____	Cama: _____	Idade: _____		
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se rebela nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedeção. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitadas:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				<b>Pontuação total</b>
© Copyright Barbara Braden, and Nancy Bergstrom, 1980; Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato; Cristiana Miguéns; Pedro Ferreira; João Almeida; Kátia Furtado Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIFF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)				

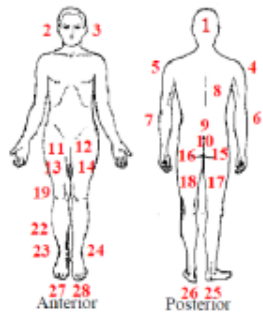
**ANEXO VI – INSTRUMENTO DE  
AVALIAÇÃO DA PELE**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE**

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_

Data da observação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local avaliado	Tamanho	Condição da pele Profundidade	Estadio
1. Face posterior da cabeça	_____	_____	_____
2. Orelha direita	_____	_____	_____
3. Orelha esquerda	_____	_____	_____
4. Ombro direito	_____	_____	_____
5. Ombro esquerdo	_____	_____	_____
6. Cotovelo direito	_____	_____	_____
7. Cotovelo esquerdo	_____	_____	_____
8. Vértex (superior médio)	_____	_____	_____
9. Sacro	_____	_____	_____
10. Cóccis	_____	_____	_____
11. Crista ilíaca direita	_____	_____	_____
12. Crista ilíaca esquerda	_____	_____	_____
13. Trocânter direito (anca)	_____	_____	_____
14. Trocânter esquerdo (anca)	_____	_____	_____
15. Tuberosidade isquiática direita	_____	_____	_____
16. Tuberosidade isquiática esquerda	_____	_____	_____
17. Coxa direita	_____	_____	_____
18. Coxa esquerda	_____	_____	_____
19. Joelho direito	_____	_____	_____
20. Joelho esquerdo	_____	_____	_____
21. Perna direita	_____	_____	_____
22. Perna esquerda	_____	_____	_____
23. Tornozelo direito	_____	_____	_____
24. Tornozelo esquerdo	_____	_____	_____
25. Calcânhar direito	_____	_____	_____
26. Calcânhar esquerdo	_____	_____	_____
27. Dedos do pé direito	_____	_____	_____
28. Dedos do pé esquerdo	_____	_____	_____
29. Outro (especificar)	_____	_____	_____



**Grav I** – Eritema cutâneo / hiperémia não reversível ao alívio da pressão; precursor da ulceração da pele.

**Grav II** – Perda parcial da espessura da pele que pode afectar a epiderme e/ou a derme. A úlcera é uma lesão superficial que pode ter aspecto de escoriação, flictena ou pequena cratera.

**Grav III** – Perda total da pele com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, podendo estender-se mais e afectar a camada subadjacente.

**Grav IV** – Lesão em toda a espessura da pele com destruição massiva, necrose tecidual ou danos musculares, ósseos ou de elementos de suporte ( tendões, cápsula articular, etc. ). Estas lesões podem apresentar trajectos sinuosos e socavados.

Nota: De acordo com as *Guidelines* de prevenção e tratamento das úlceras de pressão, a terminologia alterou de grau para categoria<sup>5</sup>.

**APÊNDICE XI – NORMA DE  
PROCEDIMENTO GERAL DA CCI SOBRE  
HIGIENE RESPIRATÓRIA / ETIQUETA DA  
TOSSE**



<i>Comissão de Controlo de Infecção</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO GERAL</b> <b>Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse - 1XXX</b>	POL N.º 0XXX
---	--	--------------

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>FINALIDADE:</b>	Definir as medidas e procedimentos padrão de higiene respiratória e etiqueta da tosse para todos profissionais, doentes, acompanhantes e visitantes, a fim de prevenir o contágio por micro-organismos patogénicos
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Todos os profissionais
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Higiene respiratória; Etiqueta da tosse; Infeção cruzada; Precaução básica

Autor (es)	Catarina Almeida; David Peças; Margarida Coelho; Paula Paramés.	Data de elaboração	02.05.2012
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação	Conselho de Administração	Data de Aprovação	
Divulgação	Circular Normativa N.º	Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	

## REGISTO DE ALTERAÇÕES

Versão Nº	Data de elaboração	Data de divulgação	Elaborado por	Motivo da Alteração

## ABREVIATURAS

---

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

Ex. - Exemplo

HICPAC – Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (Comité Consultivo para Práticas de Controlo de Infeção Hospitalar)

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SARS – Severe Acute Respiratory Syndrome (Síndrome Respiratória Aguda)

SARS-CoV – Severe Acute Respiratory Syndrome associated Coronavirus (Síndrome Respiratória Aguda por Coronavírus)

## DEFINIÇÕES / CONCEITOS

---

A transmissão de SARS-CoV em Serviços de Urgência e Emergência, a partir dos doentes e dos seus acompanhantes durante os surtos generalizados de SARS em 2003, evidenciou a necessidade de vigilância e de rápida implementação de medidas de controlo de infeção desde o primeiro ponto de encontro nos Serviços de Saúde (por ex. áreas de receção e triagem nos Serviços de Urgência e Emergência, Serviços de Ambulatório e Consultórios Médicos).<sup>1</sup>

Nesse sentido, foi proposta a estratégia denominada por Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse, destinada a ser incorporada nas práticas de controlo de infeção, enquanto novo componente das precauções básicas.<sup>1</sup>

A estratégia apresenta como alvo os doentes, acompanhantes e visitantes sem diagnóstico de infeção respiratória transmissível, e aplica-se a qualquer pessoa que entre nos Serviços de Saúde e que apresente sinais / sintomas de doença, onde se incluem: tosse, congestão nasal, rinorreia ou aumento da produção de secreções respiratórias.<sup>1</sup>

O termo “Etiqueta da Tosse” deriva das medidas de controlo recomendadas para os doentes com *Mycobacterium Tuberculosis*.<sup>1</sup>

A Higiene respiratória / Etiqueta da Tosse inclui os seguintes elementos:

6. Educação dos profissionais de saúde, doentes e visitantes.

7. Divulgação de informação em linguagem apropriada para a população alvo, com instruções para doentes, acompanhantes e visitantes (por ex. pósteres informativos).

8. Utilização de medidas de controlo da fonte (por ex. cobrir a boca e nariz com um lenço de papel quando tossir ou espirrar e eliminar rapidamente o lenço utilizado; ou, se não tiver lenços, tossir ou espirrar para a manga do braço e não para as mãos; uso de máscaras cirúrgicas por pessoas que apresentem tosse, quando tolerável e apropriado).

9. Realização de higiene das mãos após contacto com secreções respiratórias.

10. Manter distância física, ideal superior a 1 (um) metro, de pessoas com infeção respiratória.<sup>1</sup> Cobrir espirros e tosse e colocar máscaras em pessoas com tosse são meios comprovados de contenção da fonte que impedem as pessoas infetadas de dispersar secreções respiratórias para o ar.<sup>1</sup>

Estas medidas são eficazes na diminuição do risco de transmissão de agentes patogénicos contidos em grandes gotículas respiratórias.<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO / CONTEXTUALIZAÇÃO

---

A definição das medidas e procedimentos padrão de higiene respiratória e etiqueta da tosse para todos profissionais da instituição, doentes, acompanhantes e visitantes, com o objetivo de contribuir para a prevenção do contágio por micro-organismos patogénicos, tem por base o sistema de categorização de recomendações do CDC / HICPAC.

Nas diretrizes emanadas pelo CDC / HICPAC, cada recomendação é classificada com base nos dados científicos existentes, nos fundamentos teóricos, na sua aplicabilidade e, quando possível, no seu impacto económico. O sistema de categorização de recomendações do CDC / HICPAC engloba as seguintes categorias:

- **Categoria IA** - Medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.
- **Categoria IB** - Medidas de adoção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica.
- **Categoria IC** - Medidas preconizadas pelas recomendações de outras Federações e Associações.
- **Categoria II** - Medidas de adoção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica.

- **Questão não Resolvida** – Medidas para as quais a evidência é insuficiente ou não existe consenso quanto à sua eficácia.

No âmbito da higiene respiratória / etiqueta da tosse, o CDC / HICPAC descreve as orientações gerais a atender, individualmente categorizadas pelo sistema referido, nomeadamente:

3. Educar os profissionais de saúde sobre a importância da implementação de medidas de controlo da fonte para contenção de secreções respiratórias, para evitar a transmissão de agentes patogénicos através de gotículas e fomite, especialmente durante os surtos sazonais de infeções virais do trato respiratório (por ex. influenza, adenovírus, parainfluenza vírus).<sup>1</sup> – **Categoria IB**

4. Implementar as seguintes medidas para contenção de secreções respiratórias em doentes e acompanhantes que apresentem sinais e sintomas de infeção respiratória, começando no ponto de encontro inicial de um ambiente de saúde (por ex. áreas de receção e triagem nos Serviços de Urgência e Emergência, Serviços de Ambulatório e Consultórios Médicos):

a. Afixar, à entrada dos Serviços e em locais estratégicos, instruções para os doentes e outras pessoas com sintomas de uma infeção respiratória de forma a: cobrir a boca e o nariz com lenço descartável quando tossir ou espirrar; realizar a higiene das mãos após o contacto das mãos com as secreções respiratórias. – **Categoria II**

b. Fornecer os lenços e recipientes, que evitem a sua manipulação (por ex. recipiente com tampa elevatória por pedal), para eliminação imediata dos lenços utilizados. – **Categoria II**

c. Providenciar recursos e instruções para realizar a higiene das mãos nas áreas de espera dos Serviços de ambulatório e internamento; disponibilizar aplicadores de SABA, convenientemente localizados, para desinfecção das mãos e, nos locais onde haja lavatório, disponibilizar o material necessário para a lavagem das mãos. – **Categoria IB**

d. Durante os períodos de aumento da prevalência de infeções respiratórias na comunidade (por ex. o aumento do absentismo escolar, aumento do número de doentes que procuram tratamento para uma infeção respiratória) oferecer máscaras cirúrgicas à entrada da instituição de saúde ou consultório médico aos doentes com tosse e a outras pessoas que apresentem sintomas de infeção respiratória (por ex. acompanhantes e visitantes), e incentivá-los a manter uma distância física de segurança das restantes pessoas presentes nas áreas de espera comuns, de preferência a uma distância de pelo menos 1 metro. – **Categoria IB**

i. Alguns Serviços poderão entender que é logisticamente mais fácil de instituir esta recomendação durante todo o ano como uma prática padrão. – **Categoria II**<sup>1</sup>

## DESCRIÇÃO

---

### RECOMENDAÇÕES OPERACIONAIS

#### **Sensibilização sobre Higiene Respiratória e Etiqueta da Tosse:**

3. Afixar pósteres informativos em todos Serviços, em locais estratégicos, de modo a sensibilizar profissionais, doentes, acompanhantes e visitantes (Anexo 1).
4. Promover a formação dos profissionais e o ensino / educação para a saúde dos doentes, acompanhantes e visitantes, sobre os princípios fundamentais da Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse.

#### **Assegurar a existência de recursos para a realização da higiene das mãos:**

1. Providenciar recursos e instruções para a realização da higiene das mãos, nomeadamente através da disponibilização de aplicadores de SABA, convenientemente localizados nas áreas de espera dos serviços de ambulatório e internamento, para desinfecção das mãos e, nos locais onde haja lavatório, assegurar a disponibilização do material necessário para a lavagem das mãos.

#### **Procedimentos a adoptar por todas as pessoas com sintomas de doença do foro respiratório:**

6. **Cobrir a boca e nariz com um lenço de papel** quando tossir ou espirrar, ou, se não tiver lenços, tossir ou espirrar para a manga do braço e **não para as mãos**.
7. **Eliminar rapidamente o lenço** utilizado, se for o caso.
8. **Lavar as mãos** com água e sabão ou desinfetá-las com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) para as mãos, depois de tossir ou espirrar.
9. Colocar máscaras cirúrgicas em pessoas que apresentem sinais de infeção respiratória, incluindo acompanhantes e visitantes, quando tolerável e apropriado.
10. Manter uma distância física de segurança de pessoas com infeção respiratória, idealmente superior a 1 (um) metro.

## AVALIAÇÃO

---

Resultado de auditorias a realizar periodicamente.

Título do Documento	Higiene Respiratória / Etiqueta da Tosse	Versão	1	Pág. 378 de 437
---------------------	--	--------	---	-----------------

Resultados da formação aos profissionais.

Disseminação de informação na instituição destinada a profissionais, utentes, acompanhantes e visitantes.

## REFERÊNCIAS

---

- (1) CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.

# ANEXO 1 - PÓSTER INFORMATIVO SOBRE HIGIENE RESPIRATÓRIA / ETIQUETA

## DA TOSSE

Pare a difusão dos micróbios que o fazem adoecer a si e aos demais!

# Cubrase quando tossir



Cubra a sua boca e nariz com um lenço de papel quando tossir ou espirrar

ou, então

tussa ou espirre para dentro da manga do braço, e não para as suas mãos.



Coloque o seu lenço de papel usado no cesto do lixo.



Pode ser que lhe peçam que coloque na cara uma máscara de cirurgia para proteger os demais.



# Limpe as suas mãos

depois de tossir ou de espirrar.



Lave as mãos com sabão e água morna durante 20 segundos ou

limpe-as com um produto de limpeza para as mãos à base de álcool.



Mississippi Department of Health  
717-36, Doherty Street  
Mississippi, MS 39204  
615-978-5414 or 1-800-438-6414  
www.health.state.ms.us



Associação  
Profissionais  
Resistência  
Contato-Infecção



Associação de Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia



**APÊNDICE XII – FORMAÇÃO  
REALIZADA SOBRE SAPE CONSULTA  
EXTERNA**

## SERVIÇO FORMAÇÃO

### SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – Modulo Consulta Externa

<i><b>DIAS</b></i>	<i><b>MÓDULO I – Consulta Externa</b></i>
<b>Maio</b> <b>15</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ <u>Perspectiva geral da aplicação</u></li> <li>❖ Menu principal</li><li>❖ Barra de botões</li><li>❖ Calendário</li><li>❖ Barras de selecção</li><li>❖ Filtros de apresentação</li><li>❖ Agenda da consulta externa</li> <li>❖ <u>Marcação de contactos de Enfermagem</u></li><li>❖ Marcação de contactos com consulta Médica</li><li>❖ Marcação de contactos sem consulta Médica</li><li>❖ Convocatória</li><li>❖ Desmarcação de contactos</li><li>❖ Efectivar, iniciar, terminar contactos</li><li>❖ Contactos por terminar</li> <li>❖ <u>Processo de Enfermagem</u></li><li>❖ Avaliação inicial</li><li>❖ Processo de Enfermagem</li><li>❖ Prescrições</li><li>❖ Mapa de cuidados</li><li>❖ Vigilâncias</li> <li>❖ <u>Listagens / Impressão</u></li> <li>❖ <u>Casos Práticos</u></li></ul>

**TOTAL DE HORAS DO CURSO: 3**

**TOTAL DE DIAS: 1**

**LOCAL: Sala de Informática**

**HORÁRIO:**

**13h00 às 16h00**



# SISTEMA DE APOIO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Módulo Consulta Externa

David Peças \* Hugo Franco

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

1

## Conteúdos

- Perspectiva geral da aplicação
  - Menu Principal
  - Barra de Botões
  - Calendário
  - Barras de Selecção
  - Filtros de Apresentação
  - Agenda da Consulta Externa

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

2

## Conteúdos

- ▣ Marcação de Contactos de Enfermagem
  - Marcação de contactos com consulta Médica
    - Pelo Enfermeiro
    - Pedido pelo Médico
  - Marcação de contactos sem consulta Médica
  - Convocatória
  - Desmarcação de contactos
  - Efectivar, iniciar, terminar contactos
  - Contactos por terminar

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

3

## Conteúdos

- ▣ Áreas de Registo
  - Avaliação Inicial
  - Processo de Enfermagem
  - Prescrições
  - Mapa de Cuidados
  - Vigilâncias
- ▣ Listagens/ Impressão
- ▣ Casos Práticos

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

4

## Objectivos

- No final da sessão os formandos deverão ser capazes de:
  - Marcar um contacto de enfermagem com consulta médica;
  - Marcar um contacto de enfermagem sem consulta médica;
  - Efectivar, iniciar e terminar contacto;
  - Desmarcar um contacto de enfermagem;
  - Aceder às áreas de registo do contacto.

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

5

## Perspectiva Geral do Módulo CE

- Consulta de Enfermagem → Contacto de Enfermagem
- Programação e registo de contactos com e sem consulta médica
- Continuidade dos cuidados
- Visibilidade dos cuidados
- Produção de indicadores (a extrair através da solução de Business Intelligence – Indicadores de Enfermagem)

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

6

## Menu Principal

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - 10009.DAVID.FEÇAS

SAPE - 11 de Maio de 2012

SAPE  
Sistema de Apoio à  
Prática de Enfermagem

Versão 3.14

Registo: 1/1

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

7

## Barra de Botões

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - 10009.DAVID.FEÇAS

SAPE - 11 de Maio de 2012

Consulta Externa - Prescrições


10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

8

- Sair da Aplicação. Fecha o ecrã actual.
- Bloquear Sessão. Bloqueia o ecrã actual. Para desbloquear é necessário inserir utilizador e password, que pode ser diferente do utilizador que originalmente entrou na aplicação.
- Avaliação Inicial. Abre o ecrã da Avaliação Inicial
- Processo de Enfermagem. Abre o ecrã dos Processo de Enfermagem
- Prescrições. Abre o ecrã de Prescrições
- Mapa de cuidados. Abre o ecrã do Mapa de Cuidados.

## Barra de Botões



10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

9

**Alimentação.** Abre o ecrã de pedido de kits de alimentação.


**Consulta de Vigilância.** Abre o ecrã de vigilância.

**Marcação de Contactos de Enfermagem.** Abre o ecrã de Marcação. Se estiver seleccionado um doente, a informação deste é automaticamente preenchida no ecrã de Marcação.

**Desmarcação de um contacto.** Para desmarcar um contacto, deve seleccionar o contacto pretendido e depois clicar no botão. É pedida a justificação de desmarcação.

**Pedidos de Contacto.** Abre o ecrã de pedidos da contacto para posterior agendamento.

## Barra de Botões



10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

10

**Alertas.** Abre o ecrã de alertas para consultar ou inserir alertas para um doente. É necessário estar um doente seleccionado.

**Alta de Enfermagem.** Permite dar alta dos vários contactos do doente.

**Terminar Contactos Anteriores.** Permite terminar contactos de dias anteriores, que por alguma razão não tenham sido terminados no momento devido.

**Ver Aviso/Mensagens.** Permite ver avisos gerais ou mensagens direccionadas ao utilizador.

**Impressão de Convocatória.** Permite imprimir uma convocatória para os contactos agendados de um doente. (ver 3.10 - Impressão de Convocatória)



## Barra de Botões

**Barra de Botões**

Relatórios. Permite aceder ao menu de listagens/relat...

Manual do Utilizador. Permite aceder a uma lista de m...

Ajuda. Mostra o ecrã de ajuda com os códigos de co...

ecrã.

**Legenda:**

**Código de Cores**

**Agenda**

Ab: Doente seleccionado  
 Ab: Consulta não efectuada (utente ainda não chegou à instituição)  
 Ab: Consulta efectuada (utente aguarda chamada)  
 Ab: Doente Internado

**Calendarário**

17 Dia seleccionado, por default é a data actual  
 12 Feriado (vermelho negro)  
 12 Fim de semana  
 17 12 12 12 Taxa de ocupação da agenda (1-100)

**Signas nas colunas**

T - Tipo de Agendamento: M - Médico Enfermeiro  
 M - Tipo de Marcação: R - Rotina, E - Além Vagas  
 U - Urgente,  
 C - Tipo de Consulta: P - Primeira Consulta  
 S - Consulta Subsequente

E - Contacto Efectuado  
 I - Contacto Iniciado  
 T - Contacto Terminado

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

11

## Calendarário

**Calendarário**

Mão 2012

Julho 2009

Ocupado: 45%

Qui, 16 Jul 2009 H

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

12



## Barras de Selecção



Permite a visualização / pesquisa por:

1. Sala (P3 - Consulta, P3 - Interno);
2. Especialidade (CON OTORRINOLARINGOLOGIA, CON MAXILO-FACIAL);
3. Unidade Clínica (Apoio à Consulta Externa, Consulta Enfermagem Laringectomizado);
4. Enfermeiro (**NÃO UTILIZAR**);
5. Médico (Visualizar consultas por médico).

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

13

## Filtros de Apresentação



- Para a Agenda de Enfermagem

**Informação**    **Agenda:**  Todos    Com cons. méd.    Sem cons. méd.     Primeiras (P)    Subsequentes(S)  
 Todas    Não efectivadas    Efectivadas    Iniciadas    Terminadas    **Com Contacto:**  Todos    Sim    Não

Agenda Enfermagem    Agenda Médica

- Para a Agenda Médica

**Informação**    **Agenda:**  Todos    Com cons. méd.    Sem cons. méd.     Primeiras (P)    Subsequentes(S)  
 Todas    Não efectivadas    Efectivadas    Iniciadas    Terminadas    **Com Contacto:**  Todos    Sim    Não

Agenda Enfermagem    Agenda Médica

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

14

## Agenda da Consulta Externa - Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - Consulta Externa - 10001 DAVID PECAL

Consulta Externa - Principais

Sala: SALA P3 CONSULTA  
Especialidade: CON COORRADIOLÓGICA  
Especialidade: Medicina

Informação: Agenda

Agenda Médica

Hora	Nº Proc.	Doente	M.C.P.C. I.C.
08:30	1180287	Antonio Rodolfo Carmo Albano	
08:45	9404020	Isara Domingas Cabrito Calquero	
09:00	9302033	Isara Fabina Paçoente Martins Silva	
09:00	9500088	Isara Fernanda Pereira Rodrigues Magalhães	
09:15	8620719	Juliana Rochado Silva Figueira	
09:15	3307072	Isara Manuel Costa Vieira	
09:30	4324496	Parqueus Vicente Moleira	
09:30	8411620	Antonio Fernando Clemente Ferreira	
09:45	8404262	Ana Jesus Neves	
09:45	2209436	Ana Maria Martins Alexandre Sousa	
09:45	8600747	Daniel Neves Segurado	
10:00	7400783	Jaime Inacio Jesus Soares	
10:00	8303391	Antonio Pascoente Miranda	
10:15	1201551	Jose Manuel	

10-06-2012 Formação SAPE - Consulta Externa 15

## Agenda da Consulta Externa - Enfermagem

Agenda Enfermagem Agenda Médica

Agenda Enfermagem

T	Hora	Nº Proc.	Doente	M	C	E	I	T
M	09:30	540701	Deolinda Marques Oliveira	R	S	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
N	09:00	1199530	Josefina Silva Rodrigues	R	S	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
M	12:30	1192219	Manuel Ferreira	R	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marcados pelo Enfermeiro

Agenda Médica

Hora	Nº Proc.	Doente	M	C	E	I.C.
08:30	2000404	Manuel Jose	R	S		<input checked="" type="checkbox"/>

Pedidos pelo Médico

10-06-2012 Formação SAPE - Consulta Externa 16

## Marcação de Contactos com Consulta Médica pelo Enfermeiro

The screenshot shows the SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) interface. The 'Agenda Médica' section is active, displaying a list of patients with columns for 'Hora', 'Nº Proc.', 'Doente', and 'M.C.P.'. A red box highlights the 'M.C.P.' column. To the right, there is a 'Sala Informação' panel with fields for 'Especialidade' (set to 'Otorrinolaringologia') and 'Médico' (set to 'Carla André'). A calendar for May 2012 is visible in the top right corner.

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

17

## Marcação de Contactos com Consulta Médica pedidos pelo Médico

The screenshot shows the SAPE interface with the 'Agenda Médica' section. The 'Agendados' (Scheduled) tab is selected, showing a table with columns 'T', 'Hora', 'Nº Proc.', 'Doente', and 'M C E I T'. Below it, the 'Pedidos' (Requests) tab is active, showing a table with columns 'Hora', 'Nº Proc.', 'Doente', and 'M C E I C.'. A red box highlights the 'M.C.P.' column in the 'Pedidos' section.

T	Hora	Nº Proc.	Doente	M	C	E	I	T
M	09:30	540701	Deolinda Marques Oliveira	R	S	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
N	09:00	1199530	Josefina Silva Rodrigues	R	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	12:30	1192219	Manuel Ferreira	R	P	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hora	Nº Proc.	Doente	M	C	E	I	C.
08:30	20004024	Manuel Jose	R	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

18

## Marcação de Contactos com Consulta Médica

Está concluída a marcação do contacto de enfermagem logo que apareça nos Agendados

Oracle  
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - Consulta Externa - 10089 DAVID PEÇAS

Consulta Externa - Propostas

Sala: SALA P3 CONSULTA  
Especialidade: CON OTORRINOLARINGOLOGIA  
Unidade Clínica:  
Enfermeiro:  
Médico:

Informação: Agenda: Todos Com cons. méd. Sem cons. méd.  Primeiro (P)  Subsequentes(S)

Agenda Enfermagem

Agenda Médica

1 Hora, Nº Proc.: 00000, 03/01/24, Iul Alberto Rodrigues Martins, M, C, E, E, T

Informação: Sala: SALA P3 CONSULTA, Modo: Presencial

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

19

## Marcação de Contactos sem Consulta Médica

Oracle  
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - Consulta Externa - 10089 DAVID PEÇAS

Consulta Externa - Propostas

Sala: SALA P3 - ATENDI  
Especialidade: CON MAXILOFACIAL  
Unidade Clínica:  
Enfermeiro:  
Médico:

Informação: Agenda: Todos Com cons. méd. Sem cons. méd.  Primeiro (P)  Subsequentes(S)

Agenda Enfermagem

Agenda Médica

1 Hora, Nº Proc.: 00000, 03/01/24, Iul Alberto Rodrigues Martins, M, C, E, E, T

Informação: Sala: SALA P3 CONSULTA, Modo: Presencial

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

20



## Marcação de Contactos sem Consulta Médica

1. Escolher a **Esp. Médica** e **Sala** (Escolher a Esp. Médica adequada e a Sala P3 - Consulta);  
**ATENÇÃO: Não identificar Enfermeiro**  
 2. Seleccionar no **calendário** o dia pretendido para o contacto;  
 2. Inserir **Número de Processo**;  
 3. Seleccionar **Episódio Anterior**;  
 4. Primir **A** para

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

21

## Marcação de Contactos sem Consulta Médica

Data(s) a marcar	Hora	Duração	Tip. Cont	Tip. Marc	Modo
28/07/2010	08:00	00:20	Subsequ...	Rotina	Presencial

Unidade Clínica:

Obs.:

Gerar datas  
 Data Inicio: 28/07/2010    Hora: 08:00    Duração: 00:20    Nº. Contactos:     Intervalo dias:     Gerar

Usar primeira hora Livre     Usar hora indicada

Confirmar    Cancelar

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

22

## Marcação de Contactos de Enfermagem – Convocatória

Impressão de Convocatória de Enfermagem

**Doente**  
Doente Para Testes

**Opções**

Contacto actual (hora ultrapassada)

Selecionar contacto

Todos os Contactos

Contactos Agendados para o Doente

			Set
N	30.07/2010	08:00	Cardiologia
N	03.08/2010	08:00	Cardiologia

Imprimir Cancelar

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

23

## Desmarcação de Contactos de Enfermagem

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - Consulta Externa

10089 DAVID PEÇAS

30 de Março 2012

Desmarcar

1. Aceder a **Desmarcação** na barra de botões, com o utente seleccionado na lista;
2. Escolher os contactos a desmarcar.

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

24

## Efectivar, Iniciar, terminar contactos

Agenda Enfermagem    Agenda Médica

T	Hora	Nº Proc	Doente	M	C	E	I	T
M	09:30	540701	Deolinda Marques Oliveira	R	S	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
N	09:00	1199530	Josefina Silva Rodrigues	R	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	12:30	1192219	Manuel Ferreira	R	S	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Só é possível registar no processo do utente após o contacto estar efectivado e iniciado um contacto**  
**O acto de efectivado, iniciar e terminar um contacto é reversível**

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

25

## Contactos por Terminar



Existem contactos por terminar

Data	Nº Proc	Doente	Especialidade	Hora	T.N
29.06.2010	28536	Vitor Cassiano Queijo Pereira	Ortopedia Cel	09:34	
20/07/2010	20004024	Manuel Jose	Ortopedia Cel	11:19	
22/07/2010	27059	Doente Para Testes	Cardiologia	11:40	
26/07/2010	27059	Doente Para Testes	Ortopedia Cel	12:26	

**Utilizador** → Permissão para dar termo aos próprios contactos pendentes  
**Gestor do Sistema** → Permissão para dar termo a todos os contactos pendentes

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

26

## Áreas de Registo - Avaliação Inicial

Oracle  
Avaliação Inicial  
Nº Proc: 637824 Rui Alberto Rodrigues Martins 51 anos  
Módulo W>Contacto COB / 05  
Serviço COB 01088801.AMBICOL.OGA  
Data Hora Entrada

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

27

## Áreas de Registo - Processo de Enfermagem

Oracle  
Processo de Enfermagem  
Nº Processo: 637824 Rui Alberto Rodrigues Martins 51 anos  
Foco de Atenção  
Data Hora Dia Hora  
Foco de Atenção  
7/03/20 2012  
NOVO  
 Permite ir buscar diagnósticos de episódio anterior  
 No ecrã das intervenções também existe e permite a mesma opção deste  
Registo: 10  
Lista de Valor

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

28



## Áreas de Registo – Prescrições

**Prescrições Médicas**

**Doente:** Rui Alberto Rodrigues Martins, 51 anos

**Medicação Prescrita**

Farmaco	Via	Dose	Frequência	Data	Obs.
Amoxicilina		500mg	3x/dia	2012-05-11 04:22	

**Parâmetros:**

**Observações:**

**Módulo: IPContacto - COM - 45**  
**Serviço: COM 010998001.AMBUCOL.000A - Diferença Estrada**

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

29

## Áreas de Registo – Mapa de Cuidados

**Mapa de Cuidados**

**Doente:** Rui Alberto Rodrigues Martins, 51 anos

**Com Partilha**

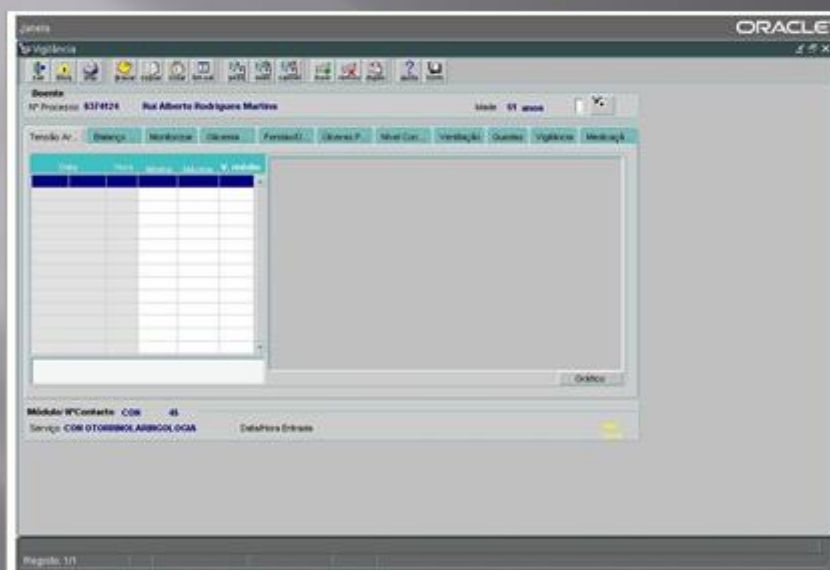
**Módulo: IPContacto - COM - 45**  
**Serviço: COM 010998001.AMBUCOL.000A - Diferença Estrada**

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

30

## Áreas de Registo - Vigilâncias



10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

31

## Listagens / Impressões



- Contactos agendados
- Processo total
- Processo de Enfermagem
- Carta de transferência
- Medicação
- Avaliação inicial
  
- Convocatória

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

32

## Casos Práticos



10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

33

## Casos Práticos

- Marcar um contacto de enfermagem com consulta médica;
- Efectivar, iniciar e terminar contacto;
- Desmarcar um contacto de enfermagem;
- Aceder às áreas de registo do contacto.
- Marcar um contacto de enfermagem sem consulta médica;
- Efectivar, iniciar e terminar contacto;
- Desmarcar um contacto de enfermagem;
- Aceder às áreas de registo do contacto.

10-06-2012

Formação SAPE - Consulta Externa

34

**APÊNDICE XIII – IMPRESSO DE  
AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO REALIZADA**

**SERVIÇO DE FORMAÇÃO**  
**AValiação DA FORMAÇÃO - QUESTIONÁRIO DO FORMANDO**

**Curso: SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – Módulo Consulta Externa**  
**Data: 15-05-2012**

Uma vez terminado o curso, importa reflectir sobre as aprendizagens e a sua opinião reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia/eficiência deste serviço em futuras acções. Assim solicitamos o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial. Responda a cada item, colocando uma cruz na coluna do número que melhor indicar o que pensa. O nº 1 corresponde à pontuação mais baixa e o nº 5 corresponde à pontuação mais elevada.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**1. FORMAÇÃO**

- Classifique a clareza e a definição dos objectivos do curso.
- Os temas desenvolvidos no curso foram ajustados aos objectivos da formação?
- As horas de formação ministradas foram suficientes?
- A distribuição do tempo do curso foi adequada à importância e quantidade dos temas tratados?
- Os materiais de apoio utilizados na formação (manuais, materiais específicos, documentos de apoio, etc.) foram ajustados às características do curso?


--	--	--	--	--

**2. LOGISTICA**

- As salas de formação apresentam boas condições (espaço, iluminação, temperatura, insonorização, higiene)?
- Os equipamentos utilizados foram adequados às actividades previstas no curso?
- Considera os meios audiovisuais adequados?
- O apoio técnico-administrativo foi adequado?


**3. ASPECTOS GERAIS DO CURSO**

- O curso revelou utilidade para a sua actividade profissional?
- As suas expectativas iniciais para com o curso foram satisfeitas?
- Como classifica a divulgação desta acção no seu local de trabalho?
- Os objectivos do curso foram alcançados?
- Como classifica a sua satisfação para com o curso em geral?


**4. FORMADOR**

- Motivou a participação do grupo?
- Despertou interesse?
- Demonstrou conhecimentos?
- Prestou os esclarecimentos solicitados?
- Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem?
- Expressou-se de forma clara e simples?
- Estabeleceu uma boa relação com o grupo?
- Classifique os contributos em termos de formação.


Refira Aspectos Positivos:

---

---

---

---

Refira Aspectos Negativos:

---

---

---

---

Dê Sugestões:

---

---

---

---

Obrigado pela sua colaboração

**APÊNDICE XIV –**  
**DESENVOLVIMENTO DE UM RMDE:**  
**UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA**  
**LITERATURA**

# DESENVOLVIMENTO DE UM RESUMO MÍNIMO DE DADOS DE ENFERMAGEM (RMDE): UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

## RESUMO

O desenvolvimento de RMDE tem sido proposto como método para aumentar a visibilidade da enfermagem através do registo dos cuidados, e, por sua vez, apoiar a sua aplicação a nível clínico, da gestão, da investigação e do ensino através dos dados acumulados que são registados, em que a validade, integridade, comparabilidade e utilidade dos mesmos são aspetos fundamentais.

**Objetivo:** Esta revisão integrativa tem como objetivo analisar programas de “Desenvolvimento de um RMDE”.

**Metodologia:** Formulámos a pergunta de investigação em formato PICOT (Melnik e Fineout-Overholt, 2011), realizámos pesquisa em bases de dados amplas e diversificadas, definimos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, garantindo a representatividade da amostra, e contribuído, assim, para a confiabilidade e a fidedignidade dos resultados (Souza et al., 2010). Escolhemos os estudos em texto integral, analisados por especialistas, sem restrição do período temporal da realização e indexação, usando como critério de busca as palavras-chave “Desenvolvimento” AND “Resumo” AND “Mínimo” AND “Dados” AND “Enfermagem”, e ainda combinações entre as quatro últimas referidas e os termos “Criação” e “Implementação” em português, inglês e espanhol (traduzido tecnicamente). Permaneceram 5 artigos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos, aos quais avaliámos a qualidade metodológica (Critical Appraisal Skills Programme – CASP) e, ainda, o nível de evidência (Melnik e Fineout-Overholt, 2011).

**Resultados e Conclusões:** A presente revisão permitiu analisar cinco programas de desenvolvimento de RMDE de diferentes países e contextos. Relativamente aos participantes no estudo, a escolha de amostras representativas da população, em vez da totalidade das instituições de saúde, foram as que permitiram atingir todos os objetivos dos programas instituídos.

De uma forma geral, na sua intervenção todos utilizaram várias metodologias (multi-método), faseadas ou em simultâneo, enquanto contributo para atingir os objetivos propostos nos programas, assim como para a validação dos conteúdos produzidos, donde

evidenciamos as seguintes metodologias em simultâneo: Grupos de discussão focal; Listas de conteúdos clínicos; Análise dos registos de enfermagem; Revisão da literatura.

Identificámos outros tipos de intervenção pertinentes para incorporar no desenvolvimento dos RMDE, nomeadamente os seguintes: (1) Avaliação da sensibilidade aos cuidados dos diferentes fenómenos de enfermagem (Johnson, Maas, Moorhead, 2000; Pereira et al., 2010); (2) Avaliação da utilidade das sínteses informativas / indicadores de enfermagem (Pereira et al., 2010).

## **ABSTRACT**

The development of a Nursing Minimum Data Set (NMDS) has been proposed as a method to increase nursing's visibility through care records, and, on the other hand, support their application to clinical, management, research and education through the accumulated recorded data, in which their validity, integrity, comparability and usefulness are key aspects.

**Objective:** This integrative review aims to analyze programs of the "Development of a RMDE".

**Methodology:** We formulated a research question in PICOT format ( Melnyk and Fineout-Overholt, 2011), conducted research bases broad and diverse data, defined criteria for inclusion and exclusion of articles, ensuring the representativeness of the sample and therefore contributed to the reliability and trustworthiness of the results ( Souza et al., 2010). We chose studies in full text, analyzed by experts, without restriction of the temporal period of indexing date, using as criteria the search keywords "Development" AND "Minimum" AND "Data" AND "Set" AND "Nursing" and even combinations of the four last mentioned and the words "Creation " and "Implementation" in portuguese, english and spanish (technically translated). Remained five articles after the application of inclusion and exclusion criteria defined, which we evaluated the methodological quality (Critical Appraisal Skills Programme – CASP) and also the level of evidence (Melnyk and Fineout-Overholt, 2011).

**Results and Conclusions:** This review allowed us to analyze five programs of RMDE developing in different countries and contexts. About the participants in the study, the choice of representative samples of the population, instead of all the health institutions, allowed them to reach all of the goals established in the programs.



In general, in their intervention all used various methodologies (multi-method), staged or simultaneously, as a contribution to achieving the proposed objectives in the programs, as well as for the validation of the generated content, where we noted the following methods simultaneously: focal groups; lists of clinical contents; analysis of nursing records; literature review.

We identified other relevant interventions to incorporate the development of NMDS, including the following: (1) sensitivity evaluation to care of the different nursing phenomenon's (Johnson, Maas, Moorhead, 2000; Pereira et al., 2010); (2) assessment of the utility of summary information / nursing indicators (Pereira et al., 2010).

## **RESUMEN**

El desarrollo de Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería (CMDE) se ha propuesto como un método para aumentar la visibilidad de los cuidados de enfermería a través del registro y, a su vez, apoyar su aplicación a la clínica, gestión, investigación y educación a través de los datos acumulados que se registran, donde la validez, la integridad, la comparabilidad y la utilidad de éstos son aspectos fundamentales.

**Objetivo:** Esta revisión integradora tiene por objeto analizar programas del "desarrollo de un CMDE".

**Métodos:** Hemos formulado una pregunta de investigación en formato PICOT (Melnik y Fineout-Overholt, 2011), hemos hecho investigaciones en bases de datos amplias y diversas, definimos criterios de inclusión y exclusión de los artículos, lo que garantiza la representatividad de la muestra y por lo tanto contribuye a la fiabilidad y confiabilidad de los resultados (Souza et al., 2010). Elegimos los artículos en texto completo y analizados por expertos, sin restricciones del período temporal de la realización y de la indexación, utilizando como criterios las palabras clave de búsqueda "Desarrollo" y "Conjunto" y "Mínimo" y " Datos" y " Enfermería " e incluso combinaciones de los cuatro últimos y "Creación" "Implementación" en portugués, inglés y español (traducido técnicamente). Permanecieron cinco artículos después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, que definimos la calidad metodológica (Critical Appraisal Skills Programme – CASP) y también el nivel de evidencia (Melnik y Fineout-Overholt, 2011).

**Resultados y Conclusiones:** En general, todos los programas de desarrollo de CMDE han hecho con varios métodos (multi-método), por fases o en simultáneo, como contribución al logro de los objetivos propuestos en los estudios, así como para la validación de los

contenidos producidos, de los que destacamos los siguientes métodos: grupos focales de discusión, listas de contenidos clínicos, análisis de los registros de enfermería, revisión de la literatura. Identificado otras intervenciones relevantes para incorporar el desarrollo de CMDE, incluyendo los siguientes: (1) evaluación de la sensibilidad de los diferentes fenómenos de la enfermería (Johnson, Maas, Moorhead, 2000; Pereira et al, 2010); (2) Evaluación de la utilidad de las síntesis informativas y los indicadores de enfermería (Pereira et al., 2010).

## **INTRODUÇÃO**

A presente revisão integrativa, intitulada “Desenvolvimento de um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem: uma revisão integrativa da literatura”, foi elaborada no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS IPS), ano letivo 2013-2014, enquanto trabalho de investigação de integração mandatória no Relatório de Trabalho de Projeto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O desenvolvimento de um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) tem-se evidenciado como método para aumentar a visibilidade da enfermagem através do registo dos cuidados, e, por sua vez, apoiar a sua aplicação a nível clínico, da gestão, da investigação e do ensino através dos dados acumulados que são registados, em que a validade, integridade, comparabilidade e utilidade dos mesmos são aspetos fundamentais.

Esta revisão integrativa tem como objetivo analisar programas de “Desenvolvimento de um RMDE” e foi desenvolvida seguindo as fases sequenciais que caracterizam a elaboração de uma revisão integrativa da literatura, que descrevemos no seguidamente no enquadramento concetual.

## **ENQUADRAMENTO CONCETUAL**

Relativamente à informação em saúde e aos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) verificamos a consensualidade de que, por um lado, os dados de

enfermagem que emergem da documentação dos cuidados consistem em matéria-prima que importa ser otimizada, e, por outro lado, que a otimização da informação de enfermagem exige o desenvolvimento e implementação de modelos de agregação e análise dos dados (Pereira, 2009).

Vários investigadores em enfermagem defendem a solução da adição de informação com qualidade às bases de dados da saúde, relativa aos cuidados de enfermagem, que seja sustentada e idealizada pela definição e implementação de RMDE (*Idem*).

De acordo com Werley et al. (1991, p.421), cit. por OE (2007, p.5), entende-se por RMDE “(...) o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde”.

Um RMDE deve representar um conjunto específico de dados que integram e fazem parte da documentação de enfermagem. Assim, tal como refere Silva (2006) devem criar-se modelos de dados de enfermagem, tendo por objetivo responder a todas as questões relativas à documentação de enfermagem, e que permitam viabilizar a recolha de RMDE.

Concluimos, portanto, que os RMDE constituem uma fração dos conteúdos dos SIE, recolhidos, analisados e interpretados de forma regular e sistemática, visando atender às necessidades específicas de informação de enfermagem de múltiplos utilizadores (Pereira, 2009). Neste prisma, o RMDE não significa toda a documentação de enfermagem, mas sim um conjunto mínimo de dados que, de forma sistemática, é documentada, no contexto da informação total registada nos SIE, e que melhor descreva os cuidados de enfermagem (*Idem*), num contexto específico ou, ainda, no âmbito local, regional e/ou nacional.

A implementação de um RMDE pressupõe a existência de determinados requisitos sem os quais não é permitido perspetivar qualquer modelo de gestão da informação relativa às práticas de enfermagem (Pereira, 2009). A American Nurses Association (ANA) resumiu, em 1995, esses requisitos em três categorias:

- Uso de uma linguagem comum classificada de enfermagem;
- Sistemas de informação de enfermagem consistentes;
- Sistemas de informação de enfermagem integrados nos sistemas de informação da saúde (ANA, 1995; Pereira, 2009).

A utilização de uma linguagem classificada para identificar as necessidades em cuidados de enfermagem, as intervenções e os resultados é uma obrigatoriedade para qualquer mecanismo de agregação e comparação de dados, porque só podemos comparar e agregar dados se estes partilharem “...definições e categorias uniformes...” (Werley, 1988; Pereira, 2004).

As referências a sistemas de informação consistente inserem-se na lógica bem clara, organizada e explícita da associação, organização, armazenamento e recuperação da informação, segundo modelos baseados nas teorias da informação e na natureza dos cuidados de enfermagem (ANA, 1995; Goossen, 2000; Vassar, Lin e Planchock, 1999; Pereira, 2004).

Neste sentido, apenas podemos falar de sistemas de informação em enfermagem consistentes quanto se inserem e integram nos sistemas de informação da saúde, tal como temos assistido ao seu desenvolvimento em Portugal (Silva, 2001; Pereira, 2004).

Donabedian (1966) descreve o uso de um modelo de processo de enfermagem como conceito chave subjacente ao desenvolvimento de um RMDE. Neste sentido, Werley e Lang (1988) propuseram um processo de enfermagem composto por três fases, compreendendo diagnósticos / fenómenos, intervenções e resultados, complementados por variáveis contextuais tais como dados demográficos e características do serviço.

O conceito RMDE foi aplicado internacionalmente, mas os sistemas nacionais diferem nos objetivos, nas finalidades, nos conteúdos e na utilização. Isso pode refletir as diferenças nacionais nas prioridades de saúde, mas limita, no entanto, o nível de comparação internacional de dados de enfermagem (Mac Neela et al., 2006).

A base para a reivindicação da validade de um RMDE é que tenha sido identificado e operacionalizado um conjunto adequado de elementos de informação, com dados relevantes colhidos com um grau precisão aceitável. Três fases do desenvolvimento bem-sucedido de um RMDE foram identificadas (Sermeus e Goossen, 2002):

1 - Seleção dos termos dos dados - identificação de um conjunto relevante de elementos, uma linguagem e codificação única; seleção da unidade de colheita de dados (por exemplo, o dia do paciente) e medir os métodos (por exemplo, número de respostas das categorias), a frequência da colheita de dados (por exemplo, diariamente, em vários pontos por ano), e o formato para a colheita de dados (por exemplo, em papel, gravação eletrónica).

2 - Transformar dados em informação – estabelecimento da validade e confiabilidade dos dados; elaboração de uma base de dados para armazenamento dos dados e análise útil.

3 Aplicação – uso do conjunto de dados obtidos para aplicações em aspetos clínicos, de gestão, de ensino ou de avaliação da qualidade.

O trabalho desenvolvido com os RMDE ajudou a esclarecer o contributo da enfermagem para o atendimento das pessoas e dos cuidados de saúde no geral. O desenvolvimento de um RMDE válido e confiável é um grande empreendimento, que tem tomado caminhos específicos em diferentes países. Dados os limites dos recursos disponíveis, alguns aspetos do desenvolvimento têm recebido mais atenção do que outros. A qualidade dos dados e compatibilidade com critérios externos têm recebido mais atenção do que uma definição construtiva (Mac Neela et al., 2006).

Vários métodos têm sido utilizados para identificar o conteúdo apropriado para os RMDE, como a participação de especialistas no assunto, revisões de literatura académica, documentação clínica e análise comparativa de outros instrumentos. Os participantes das pesquisas, considerados especialistas, foram convidados a participar em conferências, grupos de trabalho, entrevistas ou pesquisas pela Técnica de Delphi. A observação da prática de enfermagem tem sido pouco utilizado para gerar ou validar o conteúdo dos RMDE (*Idem*).

A validação dos RMDE tem geralmente ocorrido através da implementação de testes piloto de um instrumento de registo numa amostra de conveniência de ambientes clínicos. Por definição, um RMDE válido é aplicável em todos os ambientes de cuidados e, portanto, deve assegurar a visibilidade dos contributos dos cuidados de enfermagem. Na prática, os RMDE foram definidos predominantemente em termos de estado de saúde física e intervenções, em instituições e serviço gerais de enfermagem. Neste sentido, a aplicabilidade de muitos RMDE para ambientes comunitários e para áreas de intervenção de enfermagem como a saúde mental e a pessoa com deficiência é, portanto, questionável. A natureza da relação de cuidado tende a mudar através dos ajustes (Magnusson, Severinsson e Lutzen, 2003), o que implica a necessidade de avaliar a relevância dos elementos de informação para os contextos em particular e para disciplina de enfermagem no geral (*Ibidem*).

Os RMDE têm sido propostos pelas pessoas que os desenvolveram como um método para aumentar a visibilidade da enfermagem através do registo dos cuidados, e, por sua vez, apoiar a sua aplicação a nível clínico, da gestão, da investigação e do ensino através dos dados acumulados que estão gravadas (Mac Neela et al., 2006).

A conceitualização e validação empírica de elementos "centrais" da enfermagem não receberam tanta atenção como o instrumento de desenvolvimento e de qualidade dos dados. Evidencia-se o potencial da pesquisa de campo para sugerir elementos de dados em vez de os confirmar, o que ainda não foi realizado (*Idem*).

Importa também realçar que o princípio de abordar a relativa invisibilidade dos cuidados de enfermagem levou a projetos nacionais e colaborações internacionais (*Ibidem*).

Operacionalmente, os seguintes requisitos consubstanciam um imperativo maior para todo e qualquer processo de agregação e comparação de dados tanto a nível regional como a nível nacional, assim como para quaisquer processos de articulação da informação que resultam das práticas de enfermagem com a restante informação disponível nas bases de dados da saúde (Pereira, 2004).

Nesta ótica, para a realidade Portuguesa, a OE (2007, p.5) descreve as seguintes recomendações, leiam-se requisitos, relativamente à conceção, implementação, desenvolvimento e monitorização dos RMDE:

1. “Os resumos mínimos de enfermagem deverão ser alimentados a partir da documentação diária, regular e sistemática dos cuidados de enfermagem; o que obriga à sua incorporação nos conteúdos em uso nos SIE.
2. O painel de indicadores de enfermagem devem corresponder a um produto do RMDE.
3. No caso dos hospitais, os indicadores deverão ser calculados por episódio de internamento. No caso dos centros de saúde, serão calculados por “utente / período”. Deverão, além disto, fundamentar-se nas relações entre a primeira e a última opinião clínica (juízo) respeitante ao intervalo estipulado, não traduzindo, por isso, as variações intercalares.
4. Os requisitos básicos de comparabilidade da informação assentam em três elementos: a) partilha da mesma linguagem classificada de enfermagem, utilizada na composição dos elementos clínicos do RMDE; b) partilha dos mesmos enunciados que descrevem os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que integram o RMDE; c) partilha do mesmo modelo de leitura do material e fórmulas de cálculo dos indicadores.
5. Para efeitos de proteção dos dados pessoais dos cidadãos, o material que resulta do RMDE deve ser centralizado nos serviços do Ministério da Saúde. Este deverá ainda incorporar instrumentos de recodificação dos dados, que não permitam a posterior relação dos dados com a respetiva origem (nominal).

6. Os dados deverão ser agregados dando conta do nível mais atômico (serviços hospitalares, centros de saúde, unidades de saúde familiar, cuidados continuados etc.), até à escala nacional”.

## **A METODOLOGIA DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA E A ENFERMAGEM**

Os enfermeiros procuram desafios constantes na pesquisa de conhecimento científico com a finalidade de promoverem a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (Lobiondo-Wood, 2006).

A Prática Baseada em Evidência (PBE) incita ao recurso a resultados de pesquisa nos cuidados de saúde prestados a diferentes níveis, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica (Mendes et al., 2008).

A PBE consiste numa abordagem de solução de problemas para a tomada de decisão que integra a pesquisa da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências da pessoa cuidada (Melnyk, 2003). Envolve a definição de um problema, a pesquisa e a análise crítica das evidências disponíveis, a implementação das mesmas na prática e a avaliação dos resultados obtidos. Desta forma, esta abordagem estimula cuidados de saúde fundamentados em conhecimento científico (Galvão et al., 2003).

A utilização de evidências científicas exige competências do enfermeiro, na medida em que exige a associação de resultados provenientes de investigação na prática clínica para a resolução de problemas (Stetler, 1998). Nesta perspetiva, o recurso a resultados de investigação é identificado como um dos pilares da PBE, e em que, na implementação desta metodologia, o enfermeiro precisa saber como obter, interpretar e integrar as evidências dos dados clínicos obtidos e as preferências da pessoa cuidada na tomada de decisão em enfermagem (Galvão et al., 2003).

A PBE requer a utilização de metodologias de revisão de literatura, que permitem a pesquisa, a análise crítica e a síntese das evidências disponíveis no âmbito do tema central de investigação, podendo ser concretizada através de revisão sistemática ou revisão integrativa (Whittemore, 2005).

Enquanto metodologia de investigação para uma PBE, a revisão integrativa da literatura possibilita a integração de evidências na prática clínica. Tem como finalidade agregar e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema ou questão concretos, de forma

ordenada e sistemática, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento no âmbito investigado (Roman, 1998).

De acordo com Silveira (2005), a revisão integrativa delimita ainda o conhecimento atual sobre uma temática específica, considerando que é desenvolvida de forma a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre a mesma temática ou problema, contribuindo, assim, para uma possível melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Neste ponto de vista, evidencia-se o impacto da utilização da metodologia de revisão integrativa no desenvolvimento de políticas, protocolos e normas de procedimento, e ainda na reflexão crítica indispensável à melhoria da *práxis* (Stetler, 1998).

Esta metodologia de investigação possibilita a síntese de múltiplos estudos publicados e permite alcançar conclusões gerais a propósito de uma área de estudo específica. É uma metodologia valiosa para a enfermagem, porque, frequentemente, os profissionais não têm tempo suficiente para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível, devido à grande quantidade de estudos, além da dificuldade decorrente de realizar a análise crítica dos mesmos (Polit et al., 2006).

Na realização da revisão integrativa, o investigador, em primeira instância, define o objetivo específico, formula as perguntas a responder ou as hipóteses a testar e, posteriormente, realiza a pesquisa para identificar e reunir o maior número de pesquisas primárias relevantes, que se enquadrem nos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos (Beyea et al., 1998).

O investigador avalia criticamente os critérios e a qualidade dos estudos selecionados para determinar a sua validade do ponto de vista metodológico. Esse processo resulta numa redução do número de estudos incluídos na fase final da revisão. Os conteúdos obtidos desses estudos são então analisados de forma sistemática. Finalmente, os conteúdos são interpretados, sintetizados e são definidas as conclusões obtidas pela análise dos vários estudos incluídos na revisão integrativa (Armstrong, 2001).

A revisão integrativa tem a vantagem de permitir a inclusão simultânea de estudos experimentais e quase-experimentais, proporcionando uma compreensão mais completa do tema em investigação (Broome, 2000). Segundo o autor, esta metodologia permite, ainda, a combinação de resultados de literatura teórica e empírica. Desta forma, o investigador pode realizar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, nomeadamente, ser orientada para a definição de conceitos, para a revisão de teorias ou para a análise metodológica dos



estudos incluídos num tópico específico. A diversidade na constituição da amostra da revisão integrativa em combinação com a pluralidade de finalidades deste método apresenta como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relacionados com os cuidados de enfermagem (Broome, 2000).

## **METODOLOGIA**

Na enfermagem, tanto a nível nacional como internacional, importa ultrapassar as diferentes barreiras para a condução e/ou utilização de resultados de investigação na prática clínica, especialmente no que concerne à falta de preparação para desenvolver investigação, às dificuldades de avaliação crítica dos resultados e à transferência do novo conhecimento para a prática (Galvão, 2002).

A realização de uma revisão integrativa da literatura requer rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, de modo a que o leitor consiga identificar as características dos estudos incluídos na revisão (Beyea et al., 1998). A sua elaboração pode contribuir para a implementação de intervenções de enfermagem eficazes, sendo, para isso, necessário que as suas etapas sejam claramente seguidas sequencialmente e estejam descritas (Cooper, 1984; Ganong, 1987; Beyea et al., 1998; Broome, 2000; Whittemore, 2005).

Assim, segundo os autores, a construção de uma revisão integrativa da literatura inclui seis etapas distintas sequenciais, nomeadamente:

1. “Identificação do problema / Elaboração da pergunta de pesquisa;
2. Definição de critérios de inclusão e exclusão dos estudos / Amostragem ou pesquisa na literatura;
3. Colheita de dados / Categorização dos estudos;
4. Análise crítica dos estudos incluídos;
5. Discussão dos resultados;
6. Apresentação da revisão integrativa / Síntese do conhecimento.”

(Cooper, 1984; Ganong, 1987; Beyea et al., 1998; Broome, 2000; Whittemore, 2005; Souza et al., 2010; Melnyk e Fineout-Overholt, 2011).

Na perspetiva de Melnyk e Fineout-Overholt (2011) existem sete passos que fundamentam a PBE, nomeadamente: 1. Cultivo de espírito questionador, o qual permite

que os profissionais de saúde questionem sua própria prática; 2. Elaboração de uma questão no formato **PICOT** (**P**atients – pacientes a serem investigados, **I**ntervention – intervenção estudada, **C**omparison – grupo ou intervenção de comparação, **O**utcome – desfecho encontrado, **T**ime – intervalo de tempo estudado); 3. Busca pela melhor evidência; 4. Avaliação crítica das evidências; 5. Integração das evidências com a experiência clínica e as preferências do paciente para a tomada da melhor decisão; 6. Avaliação dos resultados das mudanças na prática baseada em evidências; 7. Disseminação dos resultados das mudanças práticas baseadas em evidências.

Nalgumas revisões, não se foca um tipo de intervenção, pelo que são permitidas algumas variações. Por exemplo, o componente “I” não se limita a uma exposição, tratamento, teste diagnóstico, fatores preditores ou diagnósticos, mas pode consistir numa questão clínica de interesse. O componente “C”, em algumas questões, não precisa ser incluído. Por outro lado, por vezes é relevante acrescentar o componente “T” (Time – tempo) quando interessa quantificar o tempo necessário para atingir resultados, completando, assim a mnemónica PICOT (Melnik e Fineout-Overholt, 2011).

O desenvolvimento das metodologias de revisão preconizadas na PBE contribui de forma significativa para a investigação na saúde e na enfermagem (Mendes et al., 2008), cujo alcance pretendemos atingir com a realização da presente revisão integrativa da literatura.

#### **PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO**

De acordo com Galvão (2004), a definição da pergunta de investigação é a fase mais importante da revisão, pois define os estudos incluídos, os meios escolhidos para a identificação dos estudos e as informações recolhidas dos estudos selecionados. Desta forma, esta fase engloba a definição dos participantes, das intervenções a avaliar e dos resultados a medir (*Idem*).

Identificámos como problema de investigação a problemática do “Desenvolvimento de um RMDE”, focando-nos na metodologia utilizada, os pressupostos considerados e os resultados atingidos.

Como ponto de partida para a revisão sistemática de literatura, e considerando o tema central de investigação, formulámos a pergunta de investigação em formato PICOT (Melnik e Fineout-Overholt, 2011), da seguinte forma “**Como desenvolver (O) um Resumo Mínimo de Dados (I) de Enfermagem (P)?**”, como descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios para a formulação da questão de investigação (adaptado de Melnyk e Fineout-Overholt, 2011)

<b>P</b>	Participantes	Quem foi estudado?	Enfermagem (Contextos de cuidados de enfermagem locais, regionais e nacionais)
<b>I</b>	Intervenções	O que foi feito?	Como desenvolver
<b>C</b>	Comparações	Podem existir ou não.	-
<b>O</b>	<i>Outcomes</i>	Resultados/ efeitos ou consequências	Resumo Mínimo de Dados
<b>T</b>	<i>Time</i>	Tempo necessário para atingir resultados. Pode existir ou não.	-

### **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO / AMOSTRAGEM E PESQUISA NA LITERATURA**

As pesquisas nas bases de dados devem ser amplas e diversificadas, englobando a pesquisa em bases eletrônicas, pesquisa manual em periódicos / revistas científicas, as referências descritas nos estudos selecionados, o contacto com pesquisadores e o uso de material não-publicado (Galvão, 2004).

Os critérios de amostragem definidos devem garantir a representatividade da amostra, consistindo em importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados. A conduta ideal passa por incluir todos os estudos encontrados ou a sua seleção randomizada, contudo, se as duas possibilidades forem inviáveis pela quantidade de trabalhos, deve-se mostrar e analisar claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos (Ganong, 1987).

Desta forma, a definição dos critérios deve ser concretizada em consonância com a pergunta de investigação, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse (Souza et al., 2010).

Neste sentido, realizámos a pesquisa na biblioteca virtual do conhecimento EBSCO Host, com pesquisa nas seguintes bases de dados eletrônicas: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database.

Pesquisámos artigos científicos publicados em texto integral e analisados por especialistas, em Janeiro de 2014, sem restrição do período temporal da realização e

indexação, usando como critério de busca as seguintes palavras-chave: “Desenvolvimento” AND “Resumo” AND “Mínimo” AND “Dados” AND “Enfermagem”, e ainda combinações entre as quatro últimas referidas e os termos “Criação” e “Implementação”, em português, inglês e espanhol (traduzido tecnicamente). Através destas pesquisas foram obtidos um total combinado de 235 (duzentos e trinta e cinco) artigos diferentes, aos quais aplicamos os critérios de inclusão e exclusão descritos no Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios para a inclusão / exclusão de estudos / artigos

Critérios de inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos / artigos que descrevam a metodologia utilizada na criação, desenvolvimento e/ou implementação de um RMDE;</li> <li>• Adequação aos pressupostos definidos em Portugal para a criação, desenvolvimento e/ou implementação de um RMDE (OE, 2007, p.5), para garantia da integridade e comparabilidade;</li> <li>• RMDE produzidos para contextos de cuidados de enfermagem locais, regionais e nacionais;</li> <li>• Estudos / artigos em português, inglês e espanhol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos / artigos que não descrevam a metodologia utilizada no desenvolvimento de RMDE;</li> <li>• Desadequação aos pressupostos definidos em Portugal para a criação, desenvolvimento e/ou implementação de um RMDE (OE, 2007, p.5), para garantia da integridade e comparabilidade;</li> <li>• RMDE direcionados apenas para situações clínicas específicas;</li> <li>• Adaptações transculturais de RMDE;</li> <li>• Estudos / artigos noutras línguas estrangeiras.</li> </ul>

Da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão resultaram 5 (cinco) estudos / artigos para a presente revisão.

#### **COLHEITA DE DADOS / CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS**

A extração dos dados dos artigos selecionados requer a prévia utilização de um instrumento de avaliação da qualidade dos estudos / artigos incluídos na investigação, de forma a validar a relevância dos dados contidos (Ganong, 1987; Ursi, 2005).

De acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2011), um dos três passos vitais para uma prática baseada na evidência é o que envolve a avaliação crítica da evidência obtida através dos processos de investigação. Apesar de os profissionais de saúde poderem ver as avaliações críticas como processos exaustivos e demorados, o primeiro passo da avaliação crítica da qualidade metodológica pode ser cumprido eficientemente através da resposta a três questões, como parte de um processo rápido através do quais os estudos são avaliados criticamente sobre a sua validade, confiabilidade e aplicabilidade para responder às questões colocadas.

As três perguntas-chave gerais para avaliação crítica dos estudos são as seguintes:

#### **1. Os resultados dos estudos são válidos? (Validade)**

Ou seja, estão os resultados tão próximo da verdade como possível? Os investigadores conduziram o estudo usando os melhores métodos de pesquisa possíveis? Por exemplo, em ensaios clínicos, é importante determinar se a amostra é aleatória para o estudo e para os grupos de controlo, e se são equivalentes entre si.

## **2. Quais são os resultados? (Confiabilidade)**

Por exemplo, para identificar se a intervenção funcionou, se foi obtido o efeito pretendido da intervenção, se se podem esperar resultados semelhantes da implementação da intervenção no próprio ambiente da prática. Isto inclui, também, avaliar se a abordagem de pesquisa serve o propósito do estudo, juntamente com a avaliação de outros aspetos do mesmo.

## **3. Como posso aplicar os resultados? (Aplicabilidade)**

Esta terceira questão da avaliação crítica inclui questionar se, por exemplo, os sujeitos dos estudos são semelhantes aos quais se quer direccionar a intervenção (Guyatt e Rennie, 2002; Melnyk e Fineout-Overholt, 2011).

Ao avaliar criticamente o corpo de evidências para orientar as decisões na prática é importante realizar não só uma rápida avaliação crítica dos estudos encontrados na pesquisa, mas também para avaliar todos os estudos, sob a forma de uma síntese de evidência, de modo que possa ser determinado se os resultados dos estudos estão em concordância ou discordância. A síntese das conclusões dos estudos é importante, a fim de concluir sobre o corpo de evidências sobre uma questão clínica particular. (Melnyk e Fineout-Overholt, 2011).

Os artigos seleccionados na presente revisão integrativa representam quatro relatórios de avaliação de programas de desenvolvimento e implementação de RMDE em vários países, e, ainda, outro artigo que, de forma descritiva, aborda vários outros programas de desenvolvimento e implementação de RMDE sob o formato de revisão da literatura.

Para proceder à análise crítica da qualidade metodológica dos artigos / estudos respondemos para cada deles às três perguntas-chave definidas por Guyatt e Rennie (2002; Melnyk e Fineout-Overholt, 2011), tendo todos os artigos correspondido do ponto de vista da validade, confiabilidade e aplicabilidade a esta investigação, considerando os participantes, a intervenção e os resultados a atingir.

## **ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS**

Seguindo um princípio similar à análise dos estudos selecionados, esta fase exige uma abordagem organizada de forma a avaliar o rigor e as características de cada estudo. A experiência do investigador contribui para o apuramento da validade dos métodos e dos resultados, auxiliando, ainda, na definição da sua utilidade para a prática (Silveira, 2005; Ursi, 2005).

Relativamente a esta fase da revisão integrativa, a PBE foca-se no recurso a sistemas de classificação de evidências. Neste âmbito existem várias classificações hierárquicas de evidências disponíveis na literatura que auxiliam na escolha da melhor evidência possível.

Para avaliar o nível de evidência dos estudos / artigos escolhidos suportamo-nos em de Guyatt e Rennie (2002) que definiram a seguinte classificação:

**Nível I** – Revisões sistemáticas (meta análises/ linhas de orientação para a prática clínica com base em revisões sistemáticas);

**Nível II** – Estudo experimental;

**Nível III** – Estudos quase experimentais;

**Nível IV** – Estudos não experimentais;

**Nível V** – Relatório de avaliação de programa / revisões de literatura;

**Nível VI** – Opiniões de autoridades/ painéis de consenso (Guyatt e Rennie, 2002).

Por uma questão de organização e síntese da apresentação da revisão, expomos a avaliação do nível de evidência no quadro dos resultados.

## **RESULTADOS**

Nos seguintes Quadros, de 3 a 7, expomos a análise a cada um dos estudos / artigos selecionados, onde evidenciamos o seu nível de evidência, os seus participantes, intervenções e resultados.

Quadro 3 – Artigo 1

<b>Estudo / Artigo</b>	Volrathongchai, K.; Delaney, C.; Phuphaibul, R. – Nursing Minimum Data Set development and implementation in Thailand (2003)
<b>Nível de Evidência</b>	Nível V (Guyatt e Rennie, 2002)
<b>Participantes</b>	Dezassete (17) especialistas em informática em enfermagem, informática médica e sistemas de informação em saúde. Os participantes eram do Instituto da Tecnologia e Informação, Divisão Regional de Hospitais, a Divisão de Enfermagem do Ministério da Saúde Pública da Tailândia, Hospital Universitário, a Sociedade Real da Cruz Vermelha, o Hospital Metropolitano de Bangucoque e Escolas de enfermagem. 500 Hospitais integrados no Ministério da Saúde Pública da Tailândia
<b>Intervenção</b>	Foi realizado um Workshop sobre a Identificação de um RMDE em 7 de outubro de 1998 com a participação dos 17 especialistas. Estudo desenvolvido pelo Centro de Investigação da Escola de Enfermagem de Ramathibodi; Associação de Enfermeiros da Tailândia; Divisão de Enfermagem do Ministério da Saúde Pública da Tailândia; suportado pela Organização Mundial de Saúde. Descreve o desenvolvimento de um RMDE na Tailândia e explora os desafios da implementação do mesmo, incluindo os aspetos da comparabilidade com RMDE de outros países, principalmente o dos EUA. À data da conceção do artigo a atualização e implementação do RMDE na Tailândia ainda estava em curso. Através de questionários enviados para 500 hospitais integrados no Ministério da Saúde Pública da Tailândia, obtiveram a opinião dos enfermeiros inquiridos sobre os dados essenciais de enfermagem usados pelos mesmos.
<b>Resultados</b>	O inquérito teve 76% de respostas, tendo os Enfermeiros que responderam indicado que os conteúdos clínicos que deviam fazer parte do RMDE eram: Número de Processo do Hospital (100%), Nome do paciente (99,74%), Diagnóstico Médico (99,74%), Encaminhamento (99,74%), Data de Admissão (99,47%), Indicadores de Enfermagem (98,42%), Diagnósticos de Enfermagem (97,36%), e Intervenções de Enfermagem 97,36%) (Phuphaibul et al., 1999). O desenvolvimento do RMDE tailandês ainda está na sua infância. Foram definidos os seus elementos e foi traduzida e validada uma das linguagens classificadas para o operacionalizar, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Estas atividades serviram de suporte para o primeiro objetivo do RMDE, que é descrever os cuidados de enfermagem aos pacientes e às suas famílias. A investigação deve conduzir ao teste da utilidade do RMDE para perspetivar tendências nos cuidados de enfermagem, estimular a investigação em enfermagem e influenciar as políticas de saúde, que são propósitos dos RMDE. Estudos podem também testar a comparabilidade dos dados entre sistemas de classificação, definições e países.

Quadro 4 – Artigo 2

<b>Estudo / Artigo</b>	Goossen, W.; Epping, P.; Van den Heuvel, W.; Feuth, T.; Frederiks, C.; Hasman, A. – Development of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items (2000)
<b>Nível de Evidência</b>	Nível V (Guyatt e Rennie, 2002)
<b>Participantes</b>	A amostra foi composta por quatro hospitais universitários e quatro hospitais gerais de entre hospitais de tamanho pequeno, médio e grande, e de diferentes áreas na Holanda. Foram incluídas diferentes especialidades médicas na amostra, como oncologia, neurologia, nefrologia, cardiologia, infeciologia, neurocirurgia, cirurgia torácica, uma unidade de transplante e uma unidade de cuidados intensivos. Além destes, ainda, vários contextos de medicina e cirurgia geral. Foi desenvolvido contando com 9 enfermeiros do projeto e participaram nas entrevistas 56 enfermeiros das instituições referidos (23 enfermeiros, 14 enfermeiros

	chefes, 10 enfermeiros diretores e nove enfermeiros do projeto)
<b>Intervenção</b>	<p>Dada a diversidade de abordagens feitas noutros contextos, foi escolhida uma intervenção multi-método para selecionar os itens específicos de enfermagem para o NMDSN.</p> <p>Foram realizadas comparações dos itens sugeridos para o NMDSN com a literatura disponível, elaboradas listas de itens relevantes, entrevistas semi-estruturadas com uma amostra representativa de enfermeiros de diferentes regiões, analisados os tipos de documentação clínica e relatórios de gestão, identificando listas de prioridades, rondas de feedback e discussão, foram todos usados para desenvolver o NMDSN.</p> <p>Adicionalmente, um comité consultivo supervisionou o projeto e aconselhou sobre o planeamento e a metodologia do estudo. Além disso ajudou na interpretação dos resultados e no desenvolvimento do NMDSN.</p> <p>Nas entrevistas, os enfermeiros de cada hospital foram questionados sobre os seguintes aspetos: alocação de pessoal; dados utilizados na tomada de decisões; registos dos cuidados de enfermagem; e também foram convidados a elaborar listas dos problemas dos pacientes, intervenções e resultados de enfermagem que, na sua opinião, ocorrem com mais frequência.</p> <p>Estas listas foram agregadas numa só lista ordenada e agrupados em itens com significados semelhantes (por ex. atividades da vida diária "e" autocuidado "foram agrupados). A partir desta foi registada a frequência com que um problema, a intervenção ou resultado específico foi mencionado.</p> <p>A abordagem seguinte foi tomada para aumentar a confiabilidade e a validade do conteúdo do NMDSN e para se chegar a um consenso. Desde o início foi decidido incluir no NMDSN: (a) os itens de classificação do paciente, (b) a itens da complexidade dos cuidados, e (c) os itens do RMDE Belga. Isso foi feito com a finalidade de comparar o NMDS com ferramentas de colheita de dados existentes e informações obtidas através de outros métodos (Epping et al., 1998).</p> <p>Foram incluídos no NMDSN os itens de dados listados mais de duas vezes pelos enfermeiros. Quando os itens também foram defendidas na literatura, apenas uma ocorrência na lista foi considerada suficiente (Turley, 1992). Outros itens foram incluídos devido à sua importância e influência na carga de trabalho de enfermagem.</p> <p>Foram removidos os itens não mencionados na literatura e apenas listados uma ou duas vezes. Dois itens foram incluídos novamente a pedido dos enfermeiros.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Os resultados das entrevistas e da análise dos sistemas de documentação dos oito hospitais participantes permitiram identificar os itens relevantes para o NMDSN. Além disso, os resultados que se relacionam com a tomada de decisão em relação a recursos de enfermagem estão descritos para determinar como as informações do NMDSN podem ser usadas. Os resultados sobre o consenso de ambos completaram esta estratégia.</p> <p>Todos os participantes manifestaram o desejo de documentar os problemas do paciente e os resultados dos cuidados na fase de testes do projeto do NMDSN.</p> <p>Das várias listas de problemas /diagnósticos dos pacientes, foram incluídos 24 itens no NMDSN. Sempre que possível foi utilizada a classificação da terminologia de enfermagem holandesa (Ten Napel, 1996) para o NMDSN.</p> <p>As intervenções de enfermagem foram recolhidas, analisadas e agrupadas. Foram incluídas um total de 32 intervenções no NMDSN.</p> <p>Todos os indicadores de classificação de doentes (Grunveld et al., 1987) e todos os itens do RMDE Belgas(MVG) (Sermeus, 1992) foram adicionados ao NMDSN.</p> <p>Os resultados do estudo sugerem a obrigatoriedade das seguintes categorias e itens a integrar no NMDSN, tendo em consideração que descrevem a diversidade da população de doentes e a variabilidade da atividade de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cinco aspetos e fornecedor de itens;</li> <li>• seis itens demográficos do paciente;</li> <li>• sete itens que descrevem o estado de saúde;</li> <li>• 10 itens do processo de enfermagem;</li> <li>• 24 problemas / diagnósticos do paciente;</li> <li>• 32 intervenções de enfermagem;</li> <li>• quatro itens que refletem os resultados dos cuidados de enfermagem, e</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• três itens referentes à complexidade dos cuidados de enfermagem.</li> </ul> <p>Todas as categorias são consistentes com itens dos RMDE desenvolvidos noutros lugares, embora o número de itens seja diferente. Os itens do NMDSN são reflexo dos problemas do paciente e as intervenções de enfermagem são resultado das listas e dos instrumentos existentes e sistemas de documentação dos Serviços das instituições integradas n estudo. Além disso, eles são consistentes com a literatura. Consequentemente, conclui-se que a aplicação de uma abordagem multi-método para obter esses itens para o NMDSN contribui para a validade do seu conteúdo.</p>
--	--

Quadro 5 – Artigo 3

<b>Estudo / Artigo</b>	Mac Neela, P.; Scott, P.; Treacy, M.; Hydec, A. – Nursing minimum data sets: a conceptual analysis and review (2006)
<b>Nível de Evidência</b>	Nível V (Guyatt e Rennie, 2002)
<b>Participantes</b>	Artigos sobre os RMDE de Estados Unidos da América (Werley et al., 1991), Bélgica (Sermeus e Deleise, 1994), Suíça (Berthou e Junger, 2003), Austrália (Gliddon, 1998), Holanda (Goossen 2002), Canadá (Anderson e Hannah, 1993), Finlândia (Turtiainen et al., 2000), Suécia (Elo, 1995), Brasil (Filho, 2001), Tailândia (Volrathongchai, Delaney e Phuphaibul, 2003) e Japão (Shimanouchi et al., 2000).
<b>Intervenção</b>	<p>Revisão da literatura baseada em artigos de revisão de programas de desenvolvimento de RMDE de diversos países, descrevendo as características essenciais e os princípios subjacentes aos RMDE.</p> <p>Faz-se uma visão geral dos principais problemas no desenvolvimento e utilização dos RMDE, apresentados em seções nos sistemas de classificação, o desenvolvimento do resumo mínimo de dados e a sua utilização, bem como o contexto mais amplo da gestão da informação da saúde.</p> <p>É realizada uma análise crítica que se concentra em explorar a utilidade dos RMDE para identificar o contributo dos enfermeiros para os cuidados de saúde, e, ainda, das questões da validade dos RMDE que não foram abordados pelos pesquisadores até o momento.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Em comum com os sistemas de classificação, o uso de um modelo de processo de enfermagem (Donabedian, 1966) é um conceito chave subjacente ao RMDE. Evidenciam Werley e Lang (1988) que propuseram um processo de enfermagem composto por três fases, compreendendo diagnósticos / fenómenos, intervenções e resultados, complementados por variáveis contextuais tais como dados demográficos e características do serviço.</p> <p>A base para a reivindicação da validade de um RMDE é que as pessoas que os desenvolvam tenham identificado e operacionalizado um conjunto adequado de elementos de informação, com dados relevantes colhidos com um grau de precisão aceitável. Três fases do desenvolvimento bem-sucedido de um RMDE foram identificadas (Sermeus e Goossen 2002):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Seleção dos termos dos dados - identificação de um conjunto relevante de elementos, uma linguagem e codificação única; seleção da unidade de colheita de dados (por exemplo, o dia do paciente) e medir os métodos (por exemplo, número de respostas das categorias), a frequência da colheita de dados (por exemplo, diariamente, em vários pontos por ano), e o formato para a colheita de dados (por exemplo, em papel, gravação eletrónica).</li> <li>2 - Transformar dados em informação – estabelecimento da validade e confiabilidade dos dados; elaboração de uma base de dados para armazenamento dos dados e análise útil.</li> <li>3 Aplicação – uso do conjunto de dados obtidos para aplicações em aspetos clínicos, de gestão, de ensino ou de avaliação da qualidade.</li> </ol> <p>Vários métodos têm sido utilizados para identificar o conteúdo apropriado para os RMDE, como a participação de especialistas no assunto, revisões de literatura académica, documentação clínica e análise comparativa de outros instrumentos. Os participantes das pesquisas, considerados especialistas, foram convidados a participar em conferências, grupos de trabalho, entrevistas ou pesquisas pela Técnica de Delphi.</p> <p>A observação da prática de enfermagem tem sido pouco utilizado para gerar ou validar o conteúdo dos RMDE.</p>

A validação de um RMDE tem geralmente ocorrido através da implementação piloto de um instrumento de registo numa amostra de conveniência de ambientes clínicos. A gestão dos RMDE foi validada através de testes de campo num sistema de saúde integrado, seguido por uma amostra de conveniência de 50 locais de prestação de cuidados de saúde (Delaney e Huber, 1997).

Por exemplo, o RMDE dos EUA surgiu a partir de uma conferência de três dias de 64 especialistas, realizada em 1985, com a estrutura e o conteúdo refinado através do trabalho de seis grupos de trabalho nacionais. Foi utilizado o teste de confiabilidade em quatro configurações para estabelecer a confiabilidade entre avaliadores (Ryan e Delaney, 1995).

O RMDE dos EUA fornece um modelo para registo de informação sobre diagnósticos, intervenções e resultados, para uso nos diversos sistemas de classificação específicos. Outros RMDE predefinem a terminologia a ser utilizada, com base num sistema de classificação específico ou desenho em vários sistemas (Coenen et al., 2001).

Na Austrália, o resultado de quatro grupos de peritos foi usado para construir uma lista inicial de 27 itens para 66 itens (Turley, 1992). A pesquisa de Delphi e os métodos dos grupos focais de discussão foram utilizados para identificar e priorizar elementos a integrar no RMDE baseados na comunidade, resultando em 17 itens definidos operacionalmente.

O RMDE Belga (B-NMDS) foi recentemente redesenhado usando painéis de especialistas para escolher elementos de dados da versão anterior do B-NMDS e a Classificação de Intervenções de Enfermagem, seguidos de testes de campo em mais de 100 unidades de enfermagem (Sermeus, Delesie e van den Heede, 2002; Michiels et al., 2005). A última versão conta com a base de dados médica DRG – que define categorias de diagnósticos e resultados dos cuidados. A versão original foi baseada numa classificação de 23 intervenções e outras variáveis. As intervenções predominantemente referem-se a cuidados físicos, incluindo higiene, mobilidade, eliminação, alimentação, apoio emocional, administração de medicamentos e tratamento de feridas. Na revisão do B-NMDS, a segunda edição da Classificação de Intervenções de Enfermagem (McCloskey e Bulechek, 1996) foi utilizada como base para a identificação de seis secções e 26 categorias de intervenções de enfermagem. Por exemplo, as secções 1 e 2 (cuidados ligados a funções fisiológicas básicas e complexas) incluem 14 categorias (por exemplo, gestão de eliminação, de promoção do bem-estar físico, gestão de medicamentos, função neurológica).

Ao adaptar o NMDS belga (B-NMDS) para a Finlândia foram usados uma pesquisa de Delphi, grupos focais de discussão e o recurso a análise de conteúdo de literatura de enfermagem finlandesa (Turtiainen et al., 2000). Isso reflete uma tendência geral de utilização de fontes secundárias e auto-relatos no desenvolvimento de um conjunto de dados.

A validade clínica do RMDE Holandês foi estabelecida através da análise durante uma semana dos dados dos cuidados de enfermagem em 686 pacientes a partir de 15 Unidades de nove Hospitais (Goossen et al. 2001). A qualidade dos dados foi analisada por meio de estudos de confiabilidade entre avaliadores, que foi estimado em 0,79 para os enfermeiros que terminaram o RMDE Belga (Sermeus e Deleise, 1994). O RMDE Holandês foi definido para ser sensível a diferenças estruturais entre as unidades (Goossen, 2001). Requer o desenvolvimento contínuo do trabalho, enquanto os resultados são passíveis de vieses ao longo do tempo, que resultam em erros de classificação sistemática ao longo do tempo (Sermeus e Goossen, 2002). O RMDE Holandês foi concebido para uso em hospitais de cuidados agudos na Holanda (Goossen et al., 2000). Compreende 145 variáveis, incluindo itens sobre dados demográficos do paciente, condições médicas, o processo de enfermagem, problemas do paciente, intervenções de enfermagem (desenho no RMDE Belga), resultados de enfermagem (avaliação da dor, queda e satisfação dos cuidados, com base nos indicadores da qualidade da ANA (Pollard, Andres e Dobson, 1996) e complexidade dos cuidados.

Apesar dos objetivos ambiciosos identificados para a metodologia dos RMDE, as investigações empíricas destinadas a alcançar estes objetivos representam uma parte relativamente pequena (Goossen, 2002, 2004). A base de pesquisa nos RMDE está focada no desenvolvimento conjunto mínimo de dados e alocação de recursos, com potencial clínico, de benefício para a investigação e para ensino em grande parte não examinados na prática.

Os RMDE têm sido propostos pelas pessoas que os desenvolveram como um método para aumentar a visibilidade da enfermagem através do registo dos cuidados, e, por sua vez, apoiar a sua aplicação a nível clínico, da gestão, da investigação e do ensino através dos dados acumulados que estão gravadas.

O conceito RMDE foi aplicado internacionalmente, mas os sistemas nacionais diferem nos objetivos, nas finalidades, nos conteúdos e na utilização. Isso pode refletir as diferenças nacionais nas prioridades de saúde, mas limita, no entanto, o nível de comparação internacional de dados de enfermagem.

	<p>Por definição, um RMDE válido é aplicável em todos os ambientes de cuidados e, portanto, deve assegurar a visibilidade dos contributos dos cuidados de enfermagem. Na prática, os RMDE foram definidos predominantemente em termos de estado de saúde física e intervenções, em instituições e serviço gerais de enfermagem.</p> <p>A aplicabilidade de muitos RMDE para ambientes comunitários e para áreas de intervenção de enfermagem como a saúde mental e a pessoa com deficiência é, portanto, questionável. A natureza da relação de cuidado tende a mudar através dos ajustes (Magnusson, Severinsson e Lutzen, 2003), o que implica a necessidade de avaliar a relevância dos elementos de informação para os contextos em particular e para disciplina de enfermagem no geral.</p> <p>A concetualização e validação empírica de elementos "centrais" da enfermagem não recebeu tanta atenção como instrumento de desenvolvimento e de qualidade dos dados. Evidencia-se o potencial da pesquisa de campo para sugerir elementos de dados em vez de os confirmar, o que ainda não foi realizado.</p> <p>O trabalho desenvolvido com os RMDE ajudou a esclarecer o contributo da enfermagem para o atendimento de pacientes e de cuidados de saúde no geral. O desenvolvimento de um RMDE válido e confiável é um grande empreendimento, que tem tomado caminhos específicos em diferentes países. Dados os limites dos recursos disponíveis, alguns aspetos do desenvolvimento têm recebido mais atenção do que outros. A qualidade dos dados e compatibilidade com critérios externos têm recebido mais atenção do que uma definição construtiva.</p> <p>O atual padrão de organização e mobilização de recursos de saúde explica o realce nos contextos institucionais de enfermagem, médicos e cirúrgicos para o desenvolvimento dos RMDE. No entanto, isso levanta a questão de saber se o core, elementos essenciais de enfermagem que foram identificados, ou são identificáveis.</p> <p>O princípio de abordar a relativa invisibilidade dos cuidados de enfermagem levou a projetos nacionais e colaborações internacionais.</p> <p>Agora é necessário tomar como foco o entendimento de como as configurações de saúde, papéis profissionais e práticas organizacionais influenciam o contributo da enfermagem desenvolvido nos vários contextos da prática.</p>
--	--

Quadro 6 – Artigo 4

<b>Estudo / Artigo</b>	Pereira, F.; Paiva e Silva, A.; Mendonça, D.; Delaney, C. – Towards a Uniform Nursing Minimum Data Set in Portugal (2010)
<b>Nível de Evidência</b>	Nível V (Guyatt e Rennie, 2002)
<b>Participantes</b>	<p>Numa 1ª fase 7 Hospitais e 10 Centros de Saúde da ARS - Norte; Numa 2ª fase 6 Hospitais e 10 Centros de Saúde da ARS – Norte</p> <p>Em síntese, estiveram envolvidos na primeira fase do projeto sete Hospitais e dez centros de saúde. Os 7 Hospitais envolvidos nesta fase do estudo representaram 24 serviços.</p> <p>O grupo foi constituído por 24 enfermeiros, 11 dos centros de saúde e os restantes do contexto hospitalar. A partir do terceiro encontro tivemos uma desistência, contando apenas com 23.</p>
<b>Intervenção</b>	<p>1ª Fase (Jan. 2003 - Out. 2004) e 2ª Fase (Nov. 2004 - Out. 2005) desenvolvidas através de metodologia mista (multi-método) que englobou Grupo de Discussão, Estudo Delphi e Estudo Exploratório com o objetivo de definir um modelo de agregação de dados de enfermagem que, viabilize informação que, com carácter sistemático e regular, seja capaz de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações.</p> <p>A inclusão de cada serviço resultou do interesse manifestado após uma ronda de contactos estabelecidos localmente pelo investigador.</p> <p>No quadro desta investigação, o grupo de discussão funcionou como o núcleo e elemento aglutinador de todo o trabalho de produção de um discurso de resposta às questões relativas à primeira fase da investigação.</p> <p>O recurso ao estudo de Delphi teve por intenção “produzir” material para análise no grupo de discussão, numa perspetiva de complementaridade e incremento do</p>

	<p>seu trabalho. A abordagem tipo Delphi procurou auscultar todo o universo de enfermeiros que exerciam nas unidades de cuidados envolvidas nesta fase do estudo, também porque interessava conhecer a sua opinião sobre alguns dos aspetos que emergiram do grupo de discussão, pelo que o estudo de Delphi foi orientado pelo grupo de discussão e não o contrário. A taxa de retorno do primeiro questionário foi da ordem dos 50 %. O número de questionários válidos na primeira ronda foi de 531. Na segunda ronda vimos devolvidos 301 o que corresponde a uma taxa de retorno de 54,63 %.</p> <p>Relativamente ao estudo exploratório, a amostra incluída foi constituída por 15363 episódios de internamento e 73265 utentes dos centros de saúde, e resultou da análise realizada aos dados documentados nos sistemas de informação em enfermagem em uso nas diferentes unidades, no período compreendido entre 1 Março de 2005 e 31 de Outubro de 2005. Cada episódio de internamento hospitalar ou cada utente dos centros de saúde representaram um e um só caso, na linha daquilo que é a lógica de organização da informação. A recolha do material para o estudo exploratório exigiu que os dados relativos aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem estivessem documentados com base na terminologia da CIPE. Este estudo foi organizado em duas fases. Num primeiro momento esteve centrado na definição do RMDE propriamente dito, através da utilização de um grupo de discussão e da realização de uma abordagem com a técnica de Delphi. Uma vez definidos os propósitos e a estrutura substantiva do modelo de agregação de dados, evoluiu-se num estudo exploratório, orientado para a implementação daquilo que resultou da fase anterior. Nesta fase, manteve-se em funcionamento o grupo de discussão, com a intenção de perceber os fatores e as contingências que se mostrassem capazes de influenciar os processos de implementação do RMDE.</p> <p>Finalmente, o grupo definiu os outros elementos, para além dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados, que devem fazer parte do RMDE.</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>Para organizar os resultados, os dados foram agrupados em três áreas diferentes de acordo com os principais temas e categorias que emergiram da análise de conteúdo do material produzido pelo grupo.</p> <p>Primeiro, com base no conceito de sensibilidade aos cuidados de enfermagem os focos CIPE para os domínios da prática que surgiram a partir do primeiro questionário foram discutidos. Depois disso, os diferentes tipos de indicadores de enfermagem que o grupo decidiu produzir foram apresentados. Finalmente, o conjunto de itens de informação para o RMDE foram apresentados para cada grupo de elementos.</p> <p>Durante a primeira fase, o grupo preocupou-se em trabalhar as questões sobre a sensibilidade aos cuidados de enfermagem. As perguntas sobre este tema levaram a discussões sobre os domínios de saúde altamente dependentes de cuidados de enfermagem e o contributo das intervenções de enfermagem para os resultados.</p> <p>O grupo decidiu incluir intervenções de enfermagem, apenas em resultado de decisão clínica do enfermeiro, dentro do modelo que sustenta a ideia de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.</p> <p>Neste grupo, as intervenções resultantes da prescrição médica foram omissos (ou seja, medicamentos ou outras ordens médicas).</p> <p>Um conjunto de intervenções de enfermagem foi selecionado e ligado a um diagnóstico de enfermagem específico.</p> <p>Este trabalho, realizado pelo grupo, foi baseado em análises do sistema de informação em enfermagem em uso em cada ambiente, em que as ligações entre diagnósticos de enfermagem e intervenções são definidos.</p> <p>Estes dados evidenciam o contributo fundamental que a interação (enfermeiro / cliente) tem na produção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.</p> <p>As discussões realizadas no grupo conduziram à definição de um conjunto de cerca de 30 focos de atenção a representar nos conteúdos substantivos do RMDE.</p> <p>Foram identificados três tipos principais de indicadores de enfermagem e redigidos pelos participantes do grupo como importantes indicadores de qualidade da prática de enfermagem: frequência dos diagnósticos de Enfermagem; ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e indicadores de prevenção de riscos.</p> <p>Depois de definir os diferentes tipos de indicadores de enfermagem que eram necessários, o grupo começou a trabalhar na informação específica necessária para a produção daqueles indicadores.</p> <p>Os itens de dados clínicos de enfermagem - diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados - incluídos no RMDE estão orientados para 214 indicadores de enfermagem, que foram definidas usando 35 focos CIPE.</p> <p>Como parte de um projeto de pesquisa maior em curso, esta etapa teve como objetivo definir o material substantivo do RMDE.</p>

	<p>A segunda etapa será focada na produção desses indicadores utilizando os dados obtidos a partir dos mesmos hospitais e centros de saúde. Essas informações serão valiosas para a identificação de novas abordagens para a gestão da qualidade dos cuidados de cuidados. Há grande valor em refletir sobre as práticas baseadas em informações válidas, de modo a produzir mudanças que não são apenas as inovações. A estratégia que foi utilizada para definir os indicadores, que envolveu a definição do RMDE através do envolvimento de enfermeiros envolvidos diretamente na prestação de cuidados, destaca o risco de usar uma abordagem de cima para baixo, se os indicadores forem definidos para servir a tomada de decisão de alto nível, em que muita informação válida estará invisível para os enfermeiros prestadores de cuidados. Por outro lado, a estratégia suporta a produção de outro tipo de informação, através da utilização de diferentes estratégias para agregar os mesmos dados com base no RMDE apresentado. No final desta etapa, já é visível o enorme valor de ter os dados bens estruturados, que permitam a investigação sobre os cuidados de enfermagem e o desenvolvimento do conhecimento da disciplina.</p>
--	---

#### Quadro 7 – Artigo 5

<b>Estudo / Artigo</b>	Butler, M.; Treacy, M.; Scott, A.; Hyde, A.; Mac Neela, P.; Irving, K.; Byrne, A.; Drennan, J. – Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing visible (2006)
<b>Nível de Evidência</b>	Nível V (Guyatt e Rennie, 2002)
<b>Participantes</b>	<p>Foram convidados a participar nos grupos focais os enfermeiros que trabalhavam em oito alas ou unidades em quatro locais no Hospital Geral de Agudos na Irlanda.</p> <p>Foram usados critérios de inclusão específicos para selecionar os enfermeiros que trabalhavam em áreas especializadas específicas, estavam em trabalho contínuo no ambiente especializado e tinha pelo menos 6 meses de experiência profissional contínua. Com a exceção de um grupo focal realizada com Enfermeiros Chefes, enfermeiros acima do Grau 1 foram excluídos da participação em grupos de foco.</p> <p>Participaram um total de 59 enfermeiros nos 11 grupos de discussão e do tamanho de grupos variou de três a oito participantes, com uma média de 5,6 participantes por grupo. A maioria dos participantes era de enfermeiro prestador de cuidados provenientes de diversos contextos clínicos. A maioria era do sexo feminino e trabalhou em tempo integral, e mais da metade tinham sido qualificados por pelo menos 8 anos.</p> <p>Foram também utilizados os dados registados a partir de 45 conjuntos de registos de enfermagem, selecionados aleatoriamente de entre as mesmas áreas especializadas na mesma altura em que os grupos focais foram realizados. Foram utilizados critérios de inclusão específicos para garantir que as amostras dos registos dos pacientes eram típicas de cada especialidade específica.</p>
<b>Intervenção</b>	<p>O objetivo do estudo foi identificar os problemas do paciente, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem para ser incluídos num RMDE para a Irlanda.</p> <p>Invariavelmente, os métodos usados para desenvolver outro RMDE envolveram a criação de listas de itens e, em seguida, refinando ainda mais essas listas através de um trabalho de construção de consenso com peritos e os enfermeiros interessados na investigação.</p> <p>Uma abordagem empírica foi utilizada no presente estudo para gerar a lista de problemas dos pacientes, intervenções e resultados de enfermagem para garantir que os elementos relevantes da enfermagem no contexto irlandês não fossem perdidos.</p> <p>Isto envolveu a realização de 11 grupos focais com enfermeiros de cuidados gerais, uma revisão dos registos de enfermagem e uma revisão da literatura.</p> <p>A lista de itens será refinada usando ainda um estudo Delphi de três rondas com uma amostra maior de enfermeiros de cuidados gerais experientes, e através de um teste piloto e validação do instrumento RMDE Irlandês, uma vez desenvolvido.</p>

	<p>Dois membros da equipe de pesquisa estavam envolvidos em cada entrevista de grupo de discussão, um como moderador e outro como assistente do moderador. A discussão foi realizada em torno de quatro temas: (i) conceituações dos enfermeiros sobre enfermagem, (ii) a natureza dos problemas dos pacientes e como os enfermeiros os avalia e resolve, (iii) percepções dos enfermeiros sobre o seu contributo para os cuidados e (iv) como os enfermeiros organizam e distribuem os seus cuidados. Os trabalhos dos grupos de discussão foram gravados e transcritos.</p> <p>Foi desenvolvido um modelo para colher dados da amostra dos registos de enfermagem relacionados com os cuidados de enfermagem, diagnóstico do paciente, idade, sexo e tempo de internamento, e as gravações dos enfermeiros sobre a avaliação do paciente, intervenções de enfermagem que foram planeados ou implementados e os resultados do cuidado. Todos os dados foram inseridos em documentos de processamento de texto para facilitar a análise de conteúdo.</p> <p>Foi realizada análise de conteúdo dos trabalhos do grupo e dos dados dos registos de enfermagem. Os dados produzidos pelo grupo focal foram analisados separadamente dos dados colhidos dos registos de enfermagem.</p> <p>Seis categorias foram identificadas nos dados do grupo e quatro nos dados colhidos a partir da documentação de enfermagem.</p> <p>Foram identificadas quatro categorias comuns nos dados dos grupos e dos registos de enfermagem, sendo três destas categorias muito relevantes para a definição dos itens necessários para um RMDE - problemas do paciente, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem.</p> <p>As categorias adicionais – os contributos dos enfermeiros para os cuidados ao paciente, o contexto da enfermagem e da avaliação do paciente - fornecem uma base útil e dados contextuais a considerar no desenvolvimento de um RMDE.</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>Um conjunto de problemas dos pacientes foram identificados por meio de grupos de discussão focal e dos registos de enfermagem em relação a problemas sociais, psicológicos, físicos e problemas potenciais.</p> <p>Os problemas físicos incluem os relacionados com as atividades da vida, sintomas físicos, condições fisiológicas, médicas e cirúrgicas, fragilidade, condição da pele, dispositivos médicos e falta de sono como resultado de fatores físicos.</p> <p>Os problemas dos pacientes foram listados e registada a frequência em que foram identificados nos grupos de discussão focal e nos registos de enfermagem.</p> <p>Foi ainda identificada uma série de intervenções diretas, indiretas e atividades de gestão / organização empreendidas pelos enfermeiros nos grupos de discussão focal e nos registos de enfermagem.</p> <p>Relativamente aos indicadores de enfermagem, mais uma vez, os dados dos grupos de discussão sobre os indicadores mostraram-se complementares aos encontrados nos registos de enfermagem.</p> <p>O foco das discussões de grupo foi de encontro a uma série de objetivos relativos à descrição dos cuidados pelos enfermeiros, enquanto os resultados específicos para as intervenções de enfermagem foram encontrados nos registos de enfermagem.</p> <p>Quatro categorias foram identificadas nos objetivos dos enfermeiros para os cuidados: indicadores de saúde; conforto do paciente, que os pacientes tenham intervenções apropriadas e os pacientes são devidamente apoiados.</p> <p>Os problemas do paciente, intervenções de enfermagem e os resultados dos pacientes identificados nesta fase serão testados na compilação e validação de um RMDE que é apropriado para o contexto da enfermagem irlandesa.</p> <p>Além disso, uma análise mais aprofundada dos dados relativos às concetualizações de enfermagem e o contexto da enfermagem dará também uma melhor compreensão da enfermagem contemporânea na Irlanda.</p>

## DISCUSSÃO

Os estudos selecionados pela metodologia definida reportam-se à descrição e análise do percurso realizado no desenvolvimento de RMDE para contextos nacionais de diversos países, nomeadamente Portugal, Holanda, Tailândia, Irlanda, e, ainda, uma revisão sumária sobre o percurso nos Estados Unidos da América, Bélgica, Suíça, Austrália, Canadá, Finlândia, Suécia, Brasil e Japão.

Relativamente aos **participantes** incluídos nos estudos, em particular no desenvolvimento dos seus projetos, existem amostras muito distintas. No caso da Tailândia 17 elementos integraram um só grupo de discussão focal, tendo sido considerados os 500 hospitais integrados no Ministério da Saúde Pública da Tailândia para resposta aos questionários enviados, sem distinção de áreas de especialidade (Volrathongchai et al., 2003).

Para o desenvolvimento do RMDE Holandês foi considerada uma amostra composta por quatro hospitais universitários e quatro hospitais gerais de entre hospitais de tamanho pequeno, médio e grande, e de diferentes áreas na Holanda, sendo incluídas algumas especialidades médicas e cirúrgicas. Foi desenvolvido contando com 9 enfermeiros responsáveis pelo projeto, tendo participado nas entrevistas realizadas 56 enfermeiros das instituições referidos (23 enfermeiros, 14 enfermeiros chefes, 10 enfermeiros diretores e nove enfermeiros do projeto) para definição dos conteúdos do RMDE e adequação do RMDE Belga à realidade holandesa (Goossen et al., 2000).

No que concerne ao desenvolvimento de um RMDE em Portugal, a mostra foi constituída numa 1ª fase por 7 Hospitais e 10 Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) – Norte, e numa 2ª fase por 6 Hospitais e 10 Centros de Saúde da ARS – Norte. Em síntese, estiveram envolvidos na primeira fase do projeto sete Hospitais e dez centros de saúde. Os 7 Hospitais envolvidos nesta fase do estudo representaram 24 serviços de diversas áreas de especialidade. Também contou com a constituição de um grupo de discussão focal composto por 24 enfermeiros, 11 dos centros de saúde e os restantes do contexto hospitalar, que a partir do terceiro passaram a 23. A amostra dos registos de enfermagem, do estudo exploratório, foi constituída por 15363 episódios de internamento dos hospitais e 73265 utentes dos centros de saúde, nas unidades de saúde em estudo, no período compreendido entre 1 Março de 2005 e 31 de Outubro de 2005 (Pereira, F. et al., 2010).



Para o desenvolvimento de um RMDE na Irlanda também foram criados grupos de discussão focal, num total de 59 enfermeiros, com experiência profissional e exercício contínuo da atividade há pelo menos 6 meses, distribuídos por 11 grupos de discussão, provenientes de oito alas ou unidades do Hospital Geral de Agudos na Irlanda. Houve também recurso à análise dos dados registados a partir de 45 conjuntos de registos de enfermagem, selecionados aleatoriamente de entre as mesmas áreas especializadas na mesma altura em que os grupos focais foram realizados, com amostragem intencional para garantir que as amostras dos registos dos pacientes eram típicas de cada especialidade específica (Butler et al., 2006).

De uma forma geral, verificamos sistematicamente a formação de pequenos e grandes grupos de discussão focal, que em todas referências foram definidos de acordo com referenciais teóricos sobre a sua conceção, e através do estabelecimento de critérios de inclusão de profissionais em exercício contínuo nos contextos, especialistas, com cargos de gestão/direção e/ou peritos no âmbito dos sistemas de informação em enfermagem.

Relativamente à **intervenção** realizada nos vários projetos para o desenvolvimento dos RMDE, evidenciamos que alguns programas foram operacionalizados de forma semelhante, outros de forma distinta, recorrendo, na sua maioria, simultaneamente a várias metodologias para a recolha, análise e interpretação dos dados obtidos.

Neste sentido, destacamos no caso do RMDE para a Tailândia, que numa primeira fase compreendeu a realização de um Workshop sobre a identificação de um RMDE analisado pelos componentes do grupo constituído, e que resultou numa lista de dados essenciais a incorporar e um questionário a enviar para os Hospitais. Numa segunda fase, através dos questionários enviados para os 500 hospitais integrados no Ministério da Saúde Pública da Tailândia, obtiveram a opinião dos enfermeiros inquiridos sobre os dados essenciais de enfermagem usados pelos mesmos (Volrathongchai et al., 2003).

Na Holanda, Goossen et al. (2000) consideraram a diversidade de abordagens feitas noutros contextos e optaram por uma intervenção multi-método para selecionar os itens específicos de enfermagem para o seu RMDE. Realizaram comparações dos itens sugeridos para o RMDE com a literatura disponível, elaboraram listas dos itens relevantes, entrevistas semi-estruturadas com uma amostra representativa de enfermeiros de diferentes regiões, analisaram a documentação clínica e relatórios de gestão, identificando listas de prioridades, rondas de feedback e discussão de grupo. Tiveram ainda a participação de um



comité consultivo que supervisionou o projeto e aconselhou sobre o planeamento e a metodologia do estudo, que interveio na interpretação dos resultados e no desenvolvimento do RMDE. Todas as listas geradas pelos vários métodos foram agregadas numa só lista ordenada e foram agrupados em itens com significados semelhantes, sendo os itens ordenados por frequência, da qual forma escolhidos os mais frequentes. Desde o início decidiram incluir os conteúdos não clínicos do RMDE Belga no seu próprio RMDE. A abordagem muit-método foi tomada para aumentar a confiabilidade e a validade do conteúdo do RMDE e para se chegar a um consenso.

Os trabalhos desenvolvidos em Portugal por Pereira et al. (2010) desenrolaram-se por 2 fases distintas (1ª Fase entre Jan. 2003 - Out. 2004 e 2ª Fase entre Nov. 2004 - Out. 2005) e foram desenvolvidos através de uma metodologia mista (multi-método) que englobou os trabalhos de um Grupo de Discussão, Estudo Delphi (com questionários dirigidos aos enfermeiros das unidades em estudo) e Estudo Exploratório de registos hospitalares e dos centros de saúde, com o objetivo de definir um modelo de agregação de dados de enfermagem que fosse capaz de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações. O grupo de discussão funcionou como o núcleo e elemento aglutinador de todo o trabalho. O recurso ao estudo de Delphi teve por intenção “produzir” material para análise no grupo de discussão, numa perspetiva de complementaridade e incremento do seu trabalho. A taxa de retorno do primeiro questionário foi cerca de 50 %, que representam 531 questionários na primeira fase. Na segunda ronda vimos devolvidos 301 o que corresponde a uma taxa de retorno de 54,63 %. Relativamente ao estudo exploratório, cada episódio de internamento hospitalar ou cada utente dos centros de saúde representaram um e um só caso, na linha daquilo que é a lógica de organização da informação. A recolha do material para o estudo exploratório exigiu que os dados relativos aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem estivessem documentados com base na terminologia da CIPE. O grupo de discussão manteve-se sempre em funcionamento, com a intenção de perceber os fatores e as contingências que se mostrassem capazes de influenciar os processos de implementação do RMDE. Finalmente, o grupo definiu os outros elementos, para além dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados, que devem fazer parte do RMDE (Pereira, F. et al., 2010).

A metodologia utilizada no contexto irlandês (Butler et al., 2006) teve como objetivo do estudo, especificamente, identificar os problemas do paciente, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem para ser incluídos num RMDE para a Irlanda. À

imagem de outras realidades os métodos usados envolveram a criação de listas de itens e, em seguida, um trabalho de grupo com peritos e os enfermeiros interessados para a construção de consenso na investigação, para refinar a lista final. Primeiro realizaram uma abordagem empírica para gerar a lista de problemas dos pacientes, intervenções e resultados de enfermagem relevantes no contexto irlandês, envolvendo a realização de 11 grupos focais com enfermeiros de cuidados gerais, uma revisão dos registros de enfermagem e uma revisão da literatura. O grupo desenvolveu um modelo para colher dados da amostra dos registos de enfermagem relacionados com os cuidados de enfermagem e todos os dados foram inseridos em documentos de processamento de texto para facilitar a análise de conteúdo.

O grupo analisou o conteúdo dos seus trabalhos separadamente dos dados colhidos dos registos de enfermagem. A descrição do trabalho desenvolvido por Butler et al. (2006) termina nesta etapa, evidenciando a perspectiva de desenvolvimento posterior de refinação da lista de itens usando ainda um estudo Delphi de três rondas com uma amostra maior de enfermeiros de cuidados gerais experientes, e através de um teste piloto e validação do instrumento RMDE Irlandês, uma vez desenvolvido.

De entre os vários tipos de intervenção para desenvolver os RMDE, sobressaem os seguintes: utilização de **grupos de discussão focal**, compostos por enfermeiros com exercício continuado nos contextos estudados, em cargos de gestão/direção, especialistas e/ou peritos nesta área de intervenção; **análise dos registos de enfermagem** existentes numa amostra selecionada, com maior relevância para os que utilizam a mesma linguagem classificada, de onde se evidencia a CIPE; elaboração de **listas de conteúdos clínicos**, validadas pela análise dos questionários recebidos dos contextos estudados ou como resultado principal destes, onde a frequência com que foram verificados os conteúdos clínicos foi determinante para a sua escolha.

A **validação de conteúdos clínicos** através de revisão da literatura, enquanto critério de inclusão e exclusão de conteúdos, é um aspeto importante referenciado por vários dos autores, onde se evidencia o trabalho desenvolvido por Pereira et al. (2010) na definição de critérios para escolher os fenómenos, intervenções e resultados de enfermagem de maior sensibilidade aos cuidados, tendo em consideração a reflexão em torno dos conteúdos clínicos que se inserem na esfera do exercício autónomo do enfermeiro. Na persecução da validação dos conteúdos clínicos os autores promoveram também a avaliação da sensibilidade aos cuidados de enfermagem dos diferentes focos de

atenção da prática com questionário dirigido à amostra. Evidenciamos ainda, na descrição dos trabalhos desenvolvidos por Pereira et al. (2010), a validação da utilidade das sínteses informativas / indicadores de enfermagem através de questionário dirigido à amostra escolhida,

No que concerne aos resultados atingidos com o desenvolvimento dos RMDE nos diversos contextos, segundo as descrições dos vários autores, ressalta a diferença dos que concluíram uma proposta final de RMDE e a implementaram, outros que se situam em processos intermédios do programa planeado e descrito e, ainda, outros que referem já terem avançado para processos de validação e melhoria dos RMDE desenvolvidos.

Relativamente ao RMDE para a Tailândia, o seu desenvolvimento está descrito até à receção e análise das respostas aos questionários. Definiram os seus elementos do RMDE e foi traduzida e validada, para a realidade tailandesa, uma das linguagens classificadas possíveis para o operacionalizar, neste caso a CIPE. Estas atividades serviram de suporte para o primeiro objetivo do RMDE, que foi descrever os cuidados de enfermagem aos pacientes e às suas famílias. Os conteúdos propostos para integrar o RMDE foram: Número de Processo do Hospital, Nome do paciente, Diagnóstico Médico, Encaminhamento, Data de Admissão, Indicadores de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, e Intervenções de Enfermagem. Propuseram futuramente conduzir investigação para avaliar a utilidade do RMDE para perspetivar tendências nos cuidados de enfermagem, estimular a investigação em enfermagem e influenciar as políticas de saúde, que são também propósitos dos RMDE. Sugerem, ainda, a realização de estudos para testar a comparabilidade dos dados entre os sistemas de classificação, as definições dos RMDE e entre países (Volrathongchai et al., 2003).

Quanto ao RMDE desenvolvido para a realidade holandesa, Goossen et al. (2000) evidenciam a identificação dos itens relevantes para o RMDE a partir dos resultados das entrevistas e da análise dos sistemas de documentação dos oito hospitais participantes. Assim, foram incluídos 24 itens relativos a problemas / diagnósticos de enfermagem e um total de 32 intervenções de enfermagem, utilizando a classificação da terminologia de enfermagem holandesa (Ten Napel, 1996), além da inclusão de todos os indicadores da classificação de doentes (Grunveld et al., 1987) e todos os itens do RMDE Belga (Sermeus, 1992), completando todos os conteúdos do RMDE para a Holanda. Em concreto, compreende 145 variáveis, incluindo itens sobre dados demográficos do paciente, condições médicas, o processo de enfermagem, problemas do paciente,

intervenções de enfermagem (desenho no RMDE Belga), resultados de enfermagem (avaliação da dor, queda e satisfação dos cuidados, com base nos indicadores da qualidade da ANA (Pollard, Andres e Dobson, 1996) e complexidade dos cuidados (Goossen et al., 2000). A validade clínica do RMDE Holandês foi estabelecida através da análise durante uma semana dos dados dos cuidados de enfermagem em 686 pacientes a partir de 15 Serviços de nove Hospitais (Goossen et al. 2001).

Comparam também a consistência dos conteúdos clínicos do RMDE com a literatura e com os RMDE desenvolvidos noutros lugares, apesar das suas diferenças, referindo que refletem os problemas dos pacientes e que as intervenções de enfermagem são resultado das listas e instrumentos existentes e dos sistemas de documentação dos serviços das instituições integradas no estudo. Concluíram, ainda, que a aplicação de uma abordagem multi-método para obter os itens do RMDE para a Holanda contribuiu para a validade do seu conteúdo (Goossen et al., 2000). Face à metodologia utilizada, o RMDE Holandês foi concebido para uso em hospitais de cuidados agudos na Holanda (Goossen et al., 2000).

Segundo Mac Neela et al. (2006), o RMDE dos EUA foi desenvolvido a partir de uma conferência de três dias de 64 especialistas, realizada em 1985, com a estrutura e o conteúdo refinado através do trabalho de seis grupos de trabalho nacionais. Foi utilizado o teste de confiabilidade em quatro configurações para estabelecer a confiabilidade entre avaliadores (Ryan e Delaney, 1995). Este RMDE proporcionou um modelo para registro de informação sobre diagnósticos, intervenções e resultados, para uso nos diversos sistemas de classificação existentes no contexto norte-americano, e orientado para um modelo de processo de enfermagem (Donabedian, 1966).

Na Austrália, o desenvolvimento do RMDE foi o resultado do trabalho de quatro grupos de peritos na construção de uma lista inicial de 27 itens para uns 66 itens finais (Turley, 1992). A técnica de Delphi e o método dos grupos de discussão focal foram utilizados para identificar e priorizar os elementos a integrar no RMDE, resultando destes 17 itens definidos operacionalmente (Mac Neela et al., 2006).

De acordo com Mac Neela et al. (2006), o RMDE Belga foi redesenhado usando painéis de especialistas para escolher elementos de dados da sua versão anterior e a Classificação de Intervenções de Enfermagem, seguidos de testes de campo em mais de 100 unidades de enfermagem (Sermeus, Delesie e van den Heede, 2002; Michiels et al., 2005). Nesta revisão foi utilizada a segunda edição da Classificação de Intervenções de

Enfermagem (McCloskey e Bulechek, 1996) como base para a identificação de seis secções e 26 categorias de intervenções de enfermagem (Mac Neela et al., 2006).

O desenvolvimento do RMDE para a Finlândia partiu da adaptação do RMDE Belga (Mac Neela et al., 2006), com recurso à técnica de Delphi, grupos de discussão focal e análise de conteúdo de literatura de enfermagem finlandesa (Turtiainen et al., 2000), refletindo esse trabalho numa tendência geral de utilização de fontes secundárias e autorrelatos no desenvolvimento do conjunto mínimo de dados (Mac Neela et al., 2006).

Relativamente ao trabalho produzido por Pereira et al. (2010) para o desenvolvimento de “talvez” um RMDE para Portugal, as discussões realizadas no grupo, onde se evidenciam a análise aos questionários de utilidade e sensibilidade dos conteúdos clínicos, pela técnica de Delphi, a análise dos sistemas de informação em enfermagem em uso em cada ambiente, em que as ligações entre diagnósticos de enfermagem e intervenções se definem, e, ainda, o estudo exploratório aos registos de enfermagem dos contextos da amostra, conduziram à definição de um conjunto de cerca de 35 focos de atenção a representar nos conteúdos substantivos do RMDE. A partir destes, o conjunto de todas as intervenções de enfermagem necessárias foi selecionado e ligado a cada um dos diagnósticos de enfermagem específicos, tendo o grupo decidido incluir as intervenções de enfermagem, apenas em resultado de decisão clínica do enfermeiro, dentro do modelo que sustenta a ideia de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Pereira et al., 2010).

Identificaram três tipos principais de indicadores de enfermagem e redigidos pelos participantes do grupo como importantes indicadores de qualidade da prática de enfermagem: frequência dos diagnósticos de Enfermagem; ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e indicadores de prevenção de riscos (Pereira et al., 2010). Os itens de dados clínicos de enfermagem - diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados - incluídos no RMDE estão orientados para 214 indicadores de enfermagem, que foram definidas usando 35 focos CIPE. Depois de definir os diferentes tipos de indicadores de enfermagem que eram necessários, o grupo começou a trabalhar na informação específica necessária para a produção daqueles indicadores, considerando a importância dessa informação para a identificação de novas abordagens para a gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem. Os autores sustentam, ainda, que há grande valor em refletir sobre as práticas baseadas em informações válidas, de modo a produzir mudanças que não são apenas as inovações (Pereira et al., 2010).

O RMDE Irlandês foi desenvolvido por Butler et al. (2006), que identificaram um conjunto de problemas dos pacientes (diagnósticos de enfermagem) através dos trabalhos de grupos de discussão focal e da análise aos registos de enfermagem dos contextos da amostra. Foram ainda identificadas intervenções diretas, indiretas e atividades de gestão / organização apresentadas pelos enfermeiros nos grupos de discussão focal e nos registos de enfermagem. Como conteúdos a integrar no RMDE propõem os seguintes: problemas dos pacientes; avaliação dos pacientes; intervenções de enfermagem; indicadores de enfermagem; indicadores dos pacientes; aspetos e itens do contexto de enfermagem; concetualização dos contributos dos cuidados (Butler et al., 2006).

Os indicadores ou resultados específicos para as intervenções de enfermagem foram definidos a partir dos achados nos registos de enfermagem. Nesta ótica, foram identificadas 4 categorias nos objetivos dos enfermeiros para os cuidados: indicadores de saúde; conforto do paciente, que os pacientes tenham intervenções apropriadas e os pacientes são devidamente apoiados. Os autores propuseram a realização de um teste e validação do RMDE ao contexto da enfermagem irlandesa, além de sugerirem uma análise mais aprofundada dos dados relativos às concetualizações de enfermagem e do contexto da enfermagem para uma melhor compreensão da enfermagem contemporânea na Irlanda (Butler et al., 2006).

A avaliação da qualidade metodológica através dos instrumentos disponíveis não foi por nós constituída enquanto critério de exclusão. Apesar disso, após seleção dos artigos, analisámos a sua qualidade metodológica em termos globais, sem intenção de classificar ou agrupar os artigos face ao nível de qualidade. No que concerne aos resultados (globais e transversais a todos os textos analisados) desta análise crítica da qualidade metodológica, verificámos algumas lacunas, nomeadamente quanto à menor descrição dos programas de desenvolvimento dos RMDE e das condições da sua execução; e, ainda, descrição incompleta da metodologia. Assim, achamos pertinente considerar os resultados obtidos tendo em consideração as limitações referidas quanto à qualidade metodológica.

Considerando os resultados da análise à qualidade dos artigos escolhidos, assim como o nível de evidência VI dos mesmos, pela classificação de I a VII de Melnyk e Fineout-Overholt (2011), podemos assumir que a qualidade metodológica e de evidência são globalmente limitadas, pelo que os resultados apresentados pela presente revisão devem ser considerados tendo estes aspetos em consideração.

## CONCLUSÕES

A presente revisão teve como objetivo analisar como foram desenvolvidos RMDE em diversos contextos. Tendo em consideração a questão de partida orientadora da presente revisão, relativamente ao desenvolvimento de RMDE, todos os estudos tiveram por base a utilização de várias metodologias, de forma faseada ou simultânea.

Relativamente aos participantes no estudo, a escolha de amostras representativas da população, em vez da totalidade das instituições de saúde, são as que permitem atingir todos os objetivos dos programas de desenvolvimento dos RMDE descritos.

Concluimos a pertinência da utilização de várias metodologias (multi-método) no processo de desenvolvimento dos RMDE, quer em simultâneo quer por fases, com contributo importante para atingir os objetivos propostos nos estudos, assim como para a validação dos conteúdos produzidos, nomeadamente as seguintes:

- 1. Grupos de discussão focal** – Com integração conjunta de enfermeiros com exercício continuado nos contextos estudados, especialistas e/ou peritos na área de intervenção;
- 2. Listas de conteúdos clínicos** – Tanto enquanto ponto de partida para a validação de conteúdos clínicos, como também enquanto produto final das restantes análises e metodologias utilizadas. E nestas, a incorporação do registo das frequências dos focos de atenção de enfermagem, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (utilizando uma linguagem classificada única, como a CIPE);
- 3. Análise dos registos de enfermagem** – Adequação dos conteúdos clínicos à práxis dos contextos. Contributo quer para a construção, quer para a validação do RMDE para a amostra / população;
- 4. Revisão da literatura** – Validação de conteúdos clínicos através de revisão da literatura, enquanto critério de inclusão e exclusão de conteúdos, e, ainda, para uma prática baseada na evidência.

A utilização de uma linguagem classificada única é critério para o desenvolvimento dos RMDE, estando a CIPE descrita doravante como a escolha para futuras parcerias internacionais em projetos semelhantes.

Identificámos outros tipos de intervenção pertinentes para incorporar no desenvolvimento dos RMDE, nomeadamente os seguintes:

- 5. Avaliação da sensibilidade aos cuidados de enfermagem dos diferentes focos de atenção da prática com questionário dirigido à amostra (Pereira et al., 2010);**

6. Avaliação da utilidade das sínteses informativas / indicadores de enfermagem através de questionário dirigido à amostra escolhida (Pereira et al., 2010),

Tendo em conta a abrangência dos RMDE produzidos, assim como a operacionalização do processo de enfermagem na generalidade dos hospitais portugueses, utilizando a CIPE e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, sugerimos o desenvolvimento, ao nível local (Serviços e Instituições) de indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, enquanto aspeto menos evoluídos destes projetos nas instituições portuguesas.

Na sequência da produção de resultados aos cuidados de enfermagem, decorrentes da definição dos indicadores de enfermagem, recomendamos um maior investimento nesta área, por parte dos organismos governamentais, ao nível da investigação, implementação de programas de melhoria contínua da qualidade nas instituições hospitalares e cuidados de saúde primários, através da monitorização dos ganhos em saúde, com base na estruturação dos cuidados de enfermagem nos indicadores descritos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARMSTRONG, D.; BORTZ, P. – An integrative review of pressure relief in surgical patients. *AORN J.* 2001 Mar; 73(3):645-74.
- BEYEA, S.; NICOLL, L. – Writing an integrative review. *AORN J.* 1998 Apr; 67(4):877-80.
- BROOME, M. – Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.; KNAFL, K. – *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.* Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-50.
- BUTLER, M.; TREACY, M.; SCOTT, A.; HYDE, A.; MAC NEELA, P.; IRVING, K.; BYRNE, A.; DRENNAN, J. – Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing visible. 2006. *Journal of Advanced Nursing* 55(3), 364–375. [Em linha]. [Consultado em 15/01/2014]. Disponível em [www: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03909.x>](http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03909.x).
- COOPER, H. – *The integrative research review: a systematic approach.* Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1984.
- GALVÃO, C. – *A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória [livre-docência].* Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 2002.
- GALVÃO, C.; SAWADA, N.; MENDES, I. – A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP.* 2003 Dez; 37(4):43-50.
- GALVÃO, C.; SAWADA, N.; TREVIZAN, M. – Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2004;12(3):549-56.
- GANONG, L. – Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health* 1987 Mar; 10(1):1-11.
- GOOSSEN, W.; EPPING, P.; VAN DEN HEUVEL, W.; FEUTH, T.; FREDERIKS, C.; HASMAN, A. – Development of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31(3), 536-547. [Em linha]. [Consultado em 15/01/2014]. Disponível em [www: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01308.x >](http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01308.x).
- GUYATT, G.; RENNIE, D. – *Users Guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical Practice.* Eds. American Medical Association, 2002.



- JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. – Nursing Outcomes Classification, St. Louis: Mosby, 1997.
- JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. – Nursing Outcomes Classification – NOC, St. Louis: 2ª Ed, Mosby, 2000.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER, J. – Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice. 6ª ed. St. Louis (USA): Mosby/Elsevier; 2006.
- MAC NEELA, P.; SCOTT, P.; TREACYC, M.; HYDEC, A. – Nursing minimum data sets: a conceptual analysis and review. 2006. Blackwell Publishing Ltd, Nursing Inquiry 13 (1), 44–51. ISSN: 1320-7881.
- MELNYK, B. – Finding and appraising systematic reviews of clinical interventions: critical skills for evidence-based practice. Pediatric Nurs. 2003 Mar-Apr; 29(2):147-9.
- MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. – Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. Florianópolis: Texto Contexto Enferm, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
- PEREIRA, F.; PAIVA E SILVA, A.; MENDONÇA, D.; DELANEY, C. – Towards a Uniform Nursing Minimum Data Set in Portugal. OJNI Online Journal of Nursing Informatics, 14 (2), Summer 2010. ISSN: 1089-9758.
- POLIT, D.; BECK, C. – Using research in evidence-based nursing practice. In POLIT, D.; BECK, C. – Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.
- ROMAN, A.; FRIEDLANDER, M. – Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. Cogitare Enferm. 1998 Jul-Dez; 3(2):109-12.
- SILVEIRA, R.; GALVAO, C. – O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. Acta paul. enferm. 2005, vol.18, n.3, pp. 276-284. ISSN 1982-0194. [Em linha]. [Consultado em 15/01/2014]. Disponível em www: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300008>>.
- SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. – Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8 (1 Pt 1):102-6.
- STETLER, C.; MORSI, D.; RUCKI, S.; BROUGHTON, S.; CORRIGAN, B.; FITZGERALD, J. et al. – Utilization focused integrative reviews in a nursing service. Appl Nurs Res. 1998 Nov; 11(4):195-206.
- URSI, E. – Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.
- VOLRATHONGCHAI, K.; DELANEY, C.; PHUPHAIBUL, R. – Nursing Minimum Data Set development and implementation in Thailand. 2003 Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing, 43(6), 588–594. [Em linha]. [Consultado em 15/01/2014]. Disponível em www: <<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02757.x>>.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. – The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005 Dec; 52(5):546-53.