



Hugo Franco **Melhoria da Qualidade dos
Cuidados na área de
Ambulatório de Oncologia**

Definição do RMDE e Implementação do
processo clínico eletrónico para a área do
Ambulatório de Oncologia

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

Julho 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,

Setúbal, 29 de Julho 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, 29 de Julho de 2014

AGRADECIMENTOS

A criação só ganha sentido se partilhada com aqueles que ajudaram a fazer Caminho. Para além do esforço pessoal, existiram ganhos vindos de muitos quadrantes, que poliram, moldaram e possibilitaram o atingir desta etapa.

Quero expressar o meu sincero agradecimento às Professoras. Dr.as Lurdes Martins e Alice Ruivo que com os seus *saberes*, acompanharam e orientaram todo este projeto.

Agradeço à minha orientadora, Enf.^a Paula Paramés, pela competência com que me assistiu ao longo destes meses.

Às Pessoas que Cuido diariamente. Este Projeto é para vós...

Um especial agradecimento a toda a equipa de enfermeiros da Unidade de Oncologia Médica do Hospital da região de Setúbal em particular à equipa de Ambulatório – Helena e Rita.

À Enfermeira Chefe da Unidade de Oncologia Médica do Hospital da região de Setúbal – Enfermeira Fernanda Carvalho, pelo apoio, confiança e colaboração prestados.

Ao Grupo de Registo Ambulatório pelo crescimento pessoal e profissional que possibilitou nos últimos anos.

Ao meu amigo David pela partilha, discussão e construção de ideias.

Aos meus Pais pelo efetivo apoio à concretização deste Mestrado.

À minha família – Cátia, Rodrigo e Miguel – Por tudo.

Obrigado...

RESUMO

O presente relatório inclui-se no plano de estudos do III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), surgindo como um documento elucidativo do desenvolvimento de competências durante o 2º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC), analisando o contributo do percurso, dos projetos e dos trabalhos realizados para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista (EE) e do MEMC.

No âmbito do CPLEEMC realizámos um Projeto de Intervenção sobre a **Melhoria da Qualidade dos Cuidados na área de ambulatório de Oncologia**, considerado projeto-piloto na realidade institucional e nacional para o desenvolvimento do Processo Clínico Eletrónico de Enfermagem na área do ambulatório. Traçámos como objetivos: **Definir o RMDE de ambulatório no serviço de Oncologia e Implementar o Processo Clínico Eletrónico para a área do ambulatório no serviço de Oncologia de um Hospital da região de Setúbal**. Ainda durante o CPLEEMC desenhamos um Projeto de Aprendizagem Clínica direcionado para o desenvolvimento das competências do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

Durante o MEMC desenvolvemos um estudo exploratório e descritivo onde procuramos definir **Quais os focos altamente sensíveis aos cuidados e enfermagem em ambulatório de Oncologia**. Os participantes são enfermeiros. O trabalho decorreu numa unidade de ambulatório de Oncologia de um Hospital da região de Setúbal. Foram assegurados os princípios éticos aplicáveis. Utilizámos técnicas de produção de dados nomeadamente, observação participante e análise documental. Fizemos análise dos dados obtidos à luz de uma Revisão Sistemática da Literatura sobre a temática garantindo a qualidade das conclusões

A aquisição de competências que visam o desempenho da função de Mestre e EE nesta área científica, encontram-se refletidas ao longo deste relatório, validando cuidados de enfermagem altamente qualificados e com base na evidência, contribuindo para a qualidade e excelência no exercício da profissão.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Competências; Metodologia de Trabalho de Projeto, Qualidade dos Cuidados, Ambulatório de Oncologia.

SUMMARY

This report is included in the curriculum of the third master's degree course in Medical-Surgical Nursing (MEMC), the school of health of the Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), emerging as an informative document skills development during the 2nd Graduate Degree of specialization in medical-surgical Nursing (CPLLEEMC), analyzing the contribution of course, of the projects and of the work carried out for the development of skills of the Nurse Specialist (EE) and the Master in Medical Surgical Nursing.

Under the CPLLEEMC held an intervention project on improving the quality of care in the area of Oncology outpatient clinic, considered pilot project on institutional and national reality to the Clinical development process electronic nursing in outpatient area. Set out as goals: set the RMDE outpatient Oncology service and Implement the Clinical Process Email for the outpatient area in a Hospital Oncology service of the region of Setúbal. Even during the CPLLEEMC draw a project of Learning Clinic (PAC) directed to the development of skills of EE in medical-surgical Nursing (EMC).

During the MEMC developed a descriptive and exploratory study where we define which focuses highly sensitive to care and nursing in outpatient Oncology. Participants are nurses. The fieldwork took place in an outpatient Oncology Unit of a Hospital in the region of Setúbal. Were assured the ethical principles applicable. We use data production techniques such as participant observation and document analysis. We did an analysis of the data obtained in the light of a systematic review of the literature on the topic "ensuring quality of the conclusions.

The acquisition of skills for the performance of the Master and a Nurse Specialist in this scientific area, are reflected throughout this report, validating highly skilled nursing care and based on the evidence, contributing to the quality and excellence in the practice of the profession.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Skills; Methodology of Design, Quality of Care, Outpatient Oncology

SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
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
EE – Enfermeiro Especialista
EEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
EONS – European Oncology Nursing Association
ESS – Escola Superior de Saúde
EUA – Estados Unidos da América
GDH – Grupo Diagnóstico Homogéneo
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN – International Council of Nurses
IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira
IPS – Instituto Politécnico de Setúbal
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica
PBE – Prática Baseada em Evidência
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
SAPE – Sistema de Apoio aos Procedimentos de Enfermagem
SAM – Sistema de Apoio Médico
SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos
SI – Sistema de Informação
SIE – Sistema de Informação de Enfermagem
SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar
Sra. – Senhora
SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats
UC – Unidade Curricular

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 -- Previsão dos Pontos Fracos e Estratégias para Minimizar Impacto e Resolver Problemas;.....	58
Quadro 2 – Classificação do grau de recomendação da evidência de acordo com Guyatt G, et al.(2006).....	63
Quadro 3 - Associação dos Focos Cipe aos domínios dos cuidados na RSL de Griffiths, et al. (2009).....	64
Quadro 4 - Definição da sensibilidade dos focos Gestão do Regime e Conhecimento e Aprendizagem.....	66
Quadro 5- Definição da sensibilidade dos focos Desidratação e Náusea	66
Quadro 6 - Definição da sensibilidade dos focos Mucosite, Diarreia e Dor	68
Quadro 7 - Definição da sensibilidade dos focos Apetite e Cansaço	68
Quadro 8 - Definição da sensibilidade dos focos Infecção e Segurança.....	69
Quadro 9 - Focos organizados por qualidade/ recomendação da evidência e nível de sensibilidade dos cuidados de Enfermagem em ambulatório de Oncologia.	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resultados da Observação dos CE - : Focos com mais de 10 unidades de registo.	62
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Representação da Teoria de Médio Alcance das Transições (Meleis et al., 2000, pp.17).....	31
Figura 2- Análise SWOT da Proposta de Criação de RMDE em Ambulatório de Oncologia.....	57
Figura 3 - Articulação Multidisciplinar do Planeamento e Execução do PIS	60
Figura 4 - Competências Especifica do EEMC em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.....	83
Figura 5- Competências Especifica do EEMC em Pessoa em Situação Crítica	84
Figura 6 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC - Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos Cuidados de Enfermagem	102
Figura 7 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC - Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas	104
Figura 8 - - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.	105
Figura 9 - - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC - Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos	107
Figura 10 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC - Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.....	108
Figura 11 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC - Realize 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	109

Índice

Introdução	19
1.Enquadramento Concetual	23
1.1.- Fundamentação Concetual da Praxis.....	24
1.1.2. - Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem de Meleis.....	29
1.2. Qualidade em Saúde e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros	36
1.3 – Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) e a Linguagem Classificada CIPE.....	41
1.4 – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem e Indicadores de Enfermagem.....	47
1.5. - SIE em Contexto Hospitalar: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE	49
2 – Projeto de Intervenção no Serviço (PIS)	52
2.1. – Diagnóstico de Situação	54
2.2 – Definição de Objetivos.....	58
2.3 - Planeamento	59
2.4 – Execução do PIS.....	60
2.4.1. Definir o RMDE de ambulatório no serviço de Oncologia.....	61
2.4.2. - Implementar o Processo Clínico Eletrónico para a área do ambulatório no serviço de Oncologia.....	74
2.5 – Divulgação e contributos do PIS	78
2.6 – Avaliação final do PIS	79
3 – Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC)	81
3.1. Planeamento e Execução do PAC.....	81
4 – Reflexão Crítica sobre as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica	85
4.1. – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	86
4.2. – Competências Especificas do Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	90
4.2.1- Do EE em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.....	90
4.2.2- Do EE em Pessoa em Situação Crítica	95
5 – Análise de competências de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica --	100
6 – Reflexão Final	110
Referências Bibliográficas	114

Anexos -----	120
Anexo I –Menção Honrosa no Encontro de Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento da Saúde da OE	121
Anexo II – Declaração de Participação no Estágio de Colaboração Inter Institucional no âmbito dos SIE – Modulo Ambulatório e Consulta.....	123
Apêndices -----	125
Apêndice I – Cronograma do PIS	126
Apêndice II – Planeamento do Pis.....	128
Apêndice III – Poster “Definição dos Focos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia”	136
Apêndice IV – Artigo “Focos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia”	138
Apêndice V - Avaliação inicial para os Cuidados de Enfermagem à pessoa em de ambulatório de Oncologia.....	147
Apêndice VI - RMDE do ambulatório de Oncologia	152
Apêndice VII – Indicadores dos Cuidados de Enfermagem emergentes do RMDE do ambulatório de Oncologia.....	163
Apêndice VIII – Poster PIS – Gestão do Regime Terapêutico e alta Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia;.....	167
Apêndice IX – Slides da Sessão Formação Modulo Ambulatório	168
Apêndice X – Plano da Sessão de Formação: Registos de Enfermagem SAPE Ambulatório	179
Apêndice XI – Divulgação da sessão e sumário da formação Registos de Enfermagem SAPE Ambulatório – Modulo Consulta Externa e Hospital de Dia.....	183
Apêndice XII – Resumo da Avaliação da Sessão de Formação sobre Registos de Enfermagem SAPE Ambulatório – Modulo Consulta Externa e Hospital de Dia.....	186
Apêndice XIII – Execução do PAC relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	188
Apêndice XIV – Execução do PAC relativo às Competências Específicas do EEMC em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa	193
Apêndice XV – Trabalho do módulo Supervisão de Cuidados: “A Pessoa Laringectomizada”.....	198
Apêndice XVI – FMAE de Diagnóstico de Intervenção no âmbito do Controlo de Infecção no Serviço de Oncologia.....	316
Apêndice XVII - Poster de Intervenção Vias de Transmissão e Equipamento de Proteção Individual.....	318

Introdução

No âmbito do III Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), no ano letivo de 2013/2014, concebemos este Relatório de Trabalho de Projeto, intitulado **Melhoria da Qualidade dos Cuidados na área de ambulatório de Oncologia**, com a exigência de obter o título de Mestre.

Este relatório está consolidado noutra momento de aprendizagem concretizado na ESS do IPS, exprimindo-se desta forma num percurso, que se iniciou em 2012 com a realização do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (CPLEE MC), correspondendo num total a 90 ECTS. Num processo de equivalências obtivemos 83 ECTS pelo que com a realização deste relatório pretendemos corresponder à concretização dos 7 ECTS para a aquisição do supracitado Mestrado. 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 sua finalidade é relatar de forma crítica e reflexiva as diferentes aprendizagens que conduzam ao 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. Esse espaço de aprendizagem contempla dois percursos: um de acordo com a Metodologia de Projeto - a elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) centrado na identificação de uma problemática (problema/oportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto do estágio; outro centrado no desenvolvimento de Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), que proporcione a aquisição ou o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) e do Enfermeiro MEMC.

Com a elaboração deste documento procuramos dar visibilidade ao processo de aprendizagem e às competências adquiridas nas diferentes etapas, relacionadas com a área de Especialização e MEMC. Definimos assim como objetivos:

- Descrever a concretização do PIS do CPLEEMC;
- Descrever a efetivação do PAC do CPLEEMC;
- Analisar reflexivamente as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa;



- Analisar reflexivamente as competências do MEMC.

A importância atribuída à área dos Sistemas de Informação em Enfermagem surgiu pela participação no grupo de trabalho para a implementação dos Registos Clínicos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem das áreas de internamento do Serviço de Oncologia de um Hospital da região de Setúbal. A emergente necessidade de registos e a aplicabilidade dos SIE estendeu-se aos serviços de ambulatório do referido Hospital. Surgiu aqui a problemática central do estudo associada à elevada especificidade e multiplicidade dos registos de Enfermagem em Ambulatório. Como representar os Cuidados de Enfermagem de Qualidade em ambulatório num SIE; A definição do problema central apresenta-se num contexto nacional que coincide com o início das mudanças estruturais do Sistema Nacional de Saúde, que integra os cuidados de Enfermagem, os avalia de forma global e compara através de Indicadores de Qualidade.

Num primeiro enquadramento pudemos verificar a existência de vários estudos nacionais que documentavam os focos sensíveis dos cuidados de Enfermagem em serviços de internamento e os representavam num arquétipo de registo passível de ser implementado num SIE através do uso de linguagem classifica CIPE (Paiva,2006 e Pereira 2009). Estes RMDE foram amplamente trabalhados pelas Escolas de Enfermagem e difundidos a nível Nacional para a área dos serviços de Internamento.

A quando da frequência do II CPLEEMC, com o objetivo da elaboração de um Projeto de Intervenção, no estágio realizado no Serviço de Oncologia de um Hospital da região de Setúbal, que decorreu durante quinze semanas contemplando 198 horas de contacto em estágio, no período de 7 de Janeiro a 15 de Maio de 2012, investigámos sobre Quais os focos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia. Concluímos que esta temática, fundamentada pelo diagnóstico de situação, é de interesse para todos os profissionais de saúde, em particular para os Enfermeiros, que no seu dever devem mobilizar os adequados conhecimentos científicos e técnicos, promovendo todas as medidas que visem melhorar a Qualidade dos Cuidados e Serviços de Enfermagem (OE, 2009a). Na conformidade do desenvolvimento da profissão e da qualidade dos cuidados, crê-se que o EE possua habilidades para o desenvolvimento autónomo de saberes e competências ao longo da vida proporcionando cuidados de Qualidade e em Segurança às Pessoas a quem presta cuidados, assumindo um papel dinamizador, concebendo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2010).

Do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deseja-se que faça hábito destas e de outras competências na procura de analisar, conceber e implementar resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas na obtenção de Segurança e Qualidade.



Com base nestes princípios apresentamos o trabalho de Projeto que permitiu fundamentar o Caminho que fizemos. Nos programas de melhoria contínua da Qualidade, como o que procurámos implementar, são definidas quatro condições fundamentais para o sucesso:

1. Que a tomada de decisão clínica seja com base na evidência;
2. Que seja expressa em linguagem classificativa e Universal;
3. Que seja possível traduzir num SIE;
4. Que possibilite extrair indicadores de qualidade que enunciem resultados nas pessoas sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A interpretação destes princípios norteou todo o trabalho desenvolvido, desde a fase de diagnóstico até à fase de avaliação.

O relatório está organizado em cinco capítulos. No primeiro é feito o Enquadramento Conceptual que reflete o posicionamento face à produção de Conhecimento em Enfermagem, onde se procuram explicar os contributos Conceptuais que suportam uma prática Especializada e de Mestre. Contextualizamos a teoria das transições de Meleis, os padrões de qualidade dos cuidados, os sistemas de informação e os resumos mínimos de dados em enfermagem (RMDE). No segundo, aborda-se o Projeto de Intervenção no Serviço onde é feita a descrição do implementado, posterior avaliação e análise crítica do mesmo. O terceiro, contextualiza o Projeto de Aprendizagem Clínica, procurando descrever sobre como foram adquiridas as Competências Comuns e Específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No quarto capítulo, analisamos reflexivamente o 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. No quinto capítulo, é realizada uma nova análise crítica sobre as competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por último são efetuadas as considerações finais sintetizando os aspetos significativos, a análise dos objetivos e avaliando o enriquecimento pessoal e profissional do Mestrado em Enfermagem. MC.

Este relatório foi elaborado segundo a Norma Portuguesa NP 405 e redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.



1. Enquadramento Concetual

Neste capítulo procuraremos aclarar de que forma enquadrámos as noções conceptuais que orientaram o nosso pensamento e ação. Fortin (2009), diz-nos que o enquadramento conceptual se refere a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo. Iniciamos por evidenciar a epistemologia e o domínio da disciplina como ponto principal para o desenvolvimento do conhecimento e da teorização de Enfermagem, desenvolvemos depois a Teoria das Transições de Meleis, enquanto teoria de médio alcance que norteou a conceção do realizado, assim como toda a restante teorização de suporte aos projetos desenvolvidos e à reflexão de competências.

A episteme do conhecimento em enfermagem, permite conceber a forma como conceptualizamos a prática, lhe atribuímos significados e partimos para a construção do conhecimento teórico. Este processo não é unidirecional, podendo edificar-se numa experiência única de descoberta interior, que é complementada pelas teorias que suportam e explicam o processo de *Cuidar em Enfermagem*. A epistemologia aborda as noções sobre a medida em que o conhecimento é escasso ou expansivo, sendo descrita como a **teoria do e sobre o conhecimento**, e também sobre os métodos através dos quais o conhecimento é desenvolvido (Meleis, 2010).

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. A partir dos contributos teóricos de epistemologia, que permitiram definir uma configuração de disciplinabilidade 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 - a pluralidade metodológica na construção do saber. Ultrapassando *os obstáculos epistemológicos* -. Bachelard, incrementando o conhecimento *tácito* -. Polanyi - podemos criar uma clivagem com o *positivismo científico* -. Popper - defensor de um só método e criar ruturas de modo a permitir a imersão de novos *paradigmas* - Kuhn - capazes de dar respostas mais abrangentes e evolutivas.

1.1.- Fundamentação Concetual da Praxis

No início do século XX, a enfermagem não era, nem uma disciplina académica, nem uma profissão. De acordo com Alligood e Tomey (2004) Nightingale define o início da Enfermagem profissional, pela formação dos Enfermeiros. O saber foi sendo produzido, tendo como base, não só o conhecimento científico do campo da biologia, mas também os conhecimentos das ciências humanas e sociais, porque era necessário que a disciplina desenvolvesse a compreensão da natureza humana. As concretizações do último século levaram ao reconhecimento da Enfermagem em ambas as áreas. Disciplina e Profissão estão definitivamente interligadas, mas cada uma tem significados específicos que importa clarificar.

1. Uma profissão diz respeito a um **campo especializado da prática** fundada **com base na estrutura teórica da ciência** ou conhecimento daquela disciplina e nas capacidades da prática que a acompanha (Alligood e Tomey, 2004). O reconhecimento como profissão resulta de uma base definida de conhecimento, construída por investigadores com o objetivo de melhorar a prática (Abreu, 2007).

2. Uma disciplina é própria da academia e diz respeito a um ramo do ensino, a um departamento da aprendizagem ou a um **domínio** do conhecimento e da investigação. A enfermagem é uma disciplina **orientada para a prática**, o que decorre da natureza da profissão e daquilo que é o serviço que presta em termos sociais (Pereira, 2009). A dimensão prática da disciplina de enfermagem exige e implica conhecimento com potencial para promover a qualidade dos cuidados prestados aos clientes (Meleis, 2000,2005, 2012).

A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a manterem, melhorarem ou recuperarem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, REPE 2012). A sua identidade tem sido reforçada ao longo dos últimos anos em Portugal, nomeadamente pela criação do **curso superior de enfermagem** - Decreto-lei 480/88, pela integração no nível ensino superior politécnico em 1990 - Decreto-lei nº 427-B/77. Também a criação da **Ordem dos Enfermeiros** (1998) é um marco fundamental, agindo enquanto entidade reguladora e acreditadora da Profissão de Enfermagem, na definição dos perfis de competências profissionais e dos padrões de qualidade. (OE, 2003)



O **Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem** (REPE) - Decreto de Lei 161/96, de 4 de Setembro, assim como, a existência de um **Código Deontológico da Profissão**, - Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril, são elementos que caracterizam a Enfermagem enquanto profissão em Portugal, nomeadamente no que concerne à aquisição e cumprimento de competências profissionais – os Cuidados de Enfermagem. **Cuidados de enfermagem são** as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. (ponto 4 do artº 4 do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, com nova redação dada pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril). A enfermagem, enquanto **profissão**, é constituída por um corpo de conhecimentos próprio que caracteriza o serviço específico que presta à pessoa individualmente, integrado em grupos ou na comunidade. O processo de cuidar, tem implícito, teorias, filosofias e modelos ou seja, formas de pensar e conceber a situação de cuidados que, na prática, se centra na pessoa, grupo ou comunidade e se operacionaliza pela tomada de decisão face a um diagnóstico clínico (Serrano, 2008).

Enquanto **disciplina** no âmbito da ciência, tem a responsabilidade no contributo constante para a formulação de conhecimentos. As disciplinas do conhecimento têm um domínio teórico principal caracterizado pela solidez em torno dos seus conceitos chave, e por uma dinâmica produtiva ancorada nas questões chave e na forma como as mesmas são desenvolvidos e teorizados (Meleis, 2005). O domínio do conhecimento em enfermagem é o componente fundamental que explica a enfermagem enquanto disciplina (Meleis, 2012). Relativamente ao **domínio do conhecimento** em enfermagem, consideremos como importante contributo explicativo a teoria de Barbara Carper (1978) para quem o conhecimento em enfermagem e de acordo com Fawcett (2005) inclui **o conhecimento empírico** referente a descrições de factos verificáveis, explicações e previsões baseadas em dados subjetivos ou objetivos; **o conhecimento ético** que se relaciona com as descrições das obrigações e valores morais e não morais e com os fins desejados; **o conhecimento pessoal** referente ao processo de qualidade e autenticidade interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados e **o conhecimento estético** referente ao tácito e intuitivo, focalizado na “arte de enfermagem” e na exploração do qualitativo. A estes foram acrescentados anos mais tarde dois outros tipos de conhecimento: **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 e **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 trabalho de Carper foi significativo por realçar não apenas a centralidade do conhecimento teórico, mas também por reconhecer, como igualmente importante, o conhecimento obtido através da prática clínica (Abreu 2007).

De acordo com Fawcett (2005) o conhecimento em enfermagem encontra-se estruturado em ordem decrescente de conceptualização, podendo definir-se sequencialmente em metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos, sendo o metaparadigma a perspectiva mais global e abstrata da disciplina. Os conceitos metaparadigmáticos que **aclaram a disciplina e que destacam as concepções de enfermagem** em Portugal estão definidos no Enquadramento Concetual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE, e são: **Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados de Enfermagem** (OE, 2001). Para a definição destas concepções fazemos a ligação às noções da disciplina da teórica que escolhemos para nortear o nosso trabalho – Afaf Meleis.

Meleis (2000, 2010, 2012) não apresenta uma classificação para a estrutura do conhecimento em Enfermagem. Descreve contudo, sete noções conceituais que caracterizam, do seu ponto de vista, o domínio da enfermagem: **cliente, transições, interação, ambiente, processo de enfermagem, intervenções de enfermagem e saúde**. Estes conceitos, têm semelhança com os conceitos metaparadigmáticos definidos pela OE no enquadramento concetual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. A analogia dos conceitos é explicada por (Meleis & Trangenstein, 1994, p 256) quando afirmam que o enfermeiro interage (**Interacção**) com o ser humano numa situação de saúde-doença (**cliente de enfermagem**), ser humano que é parte integrante do seu contexto sócio-cultural (**ambiente**) e que está a viver uma transição (**transição**). As interacções enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção (**processo de enfermagem**) e o enfermeiro utiliza algumas acções (**terapêuticas de enfermagem**) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (**saúde**).

O conceito basilar da teoria de Meleis é o conceito de **transição**, que tem sido muito explorado pela autora e seus colaboradores nas duas últimas décadas. As transições são resultado e emergem como modificações nas vidas, saúde, relações e ambientes das pessoas. Traduzem uma alteração no estado de saúde, nos papéis desempenhados, nas expectativas e nas habilidades e conhecimentos do cliente, o que implica a incorporação de novos conhecimentos, a alteração de comportamentos e ainda, alteração da visão de si no contexto social (Meleis, 2000,2010 e 2012).



Outro conceito central na teoria de Meleis é o de **cliente**. Meleis (2000,2010, 2012) define **cliente** como um ser humano com necessidades e que está em constante interação com o meio envolvente. Este 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. Percebemos que o cliente é conceptualizado como um agente intencional, com grande dinamismo, que é desafiado a lidar com variações nos seus papéis e comportamentos. A centralidade do conceito de cliente no domínio da Enfermagem emerge da intencionalidade que define cada ser humano e o distingue de todos os outros, nas necessidades dinâmicas que apresenta e na sua capacidade para se ajustar de forma eficaz às alterações que o meio que o envolve lhe exige e que implicam modificações nos seus papéis ou comportamentos (Pereira, 2009).

A **interação** é outro dos elementos centrais do domínio da disciplina de enfermagem da Teoria de Meleis. O cariz humanista da ciência de enfermagem está intimamente relacionado com o facto de, sem interação entre o enfermeiro e o cliente, não existirem cuidados de enfermagem. Este conceito sempre foi explorado em enfermagem, por via do 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 (Pereira, 2009).

O conceito de **ambiente** relaciona-se diretamente com o conceito de interação, assumindo-se, também, como um elemento fundador do domínio da Enfermagem. É conceptualizado em sentido lato, envolvendo a família, os grupos e comunidades com quem o cliente interage e as condições físicas (naturais e artificiais) e de energias, sob as quais vive e se desenvolve (Meleis, 2000).

Outro conceito fértil da teoria de (Meleis, 2000,2010, 2012) é o **processo de enfermagem** que de acordo com a autora deve ser desenvolvido através de estudos orientados por duas vertentes:

- A descrição e explicação mais profunda dos processos e estratégias utilizadas na tomada de decisão clínica em enfermagem;
- O refinamento dos conceitos que integram as taxonomias, de forma a aumentar a sua organização teórica.

Como salienta Pereira (2009), conceitos e diagnósticos como "não adesão...", "gestão do regime" e "autocuidado" parecem ser centrais para vários modelos e teorias de enfermagem, sendo



que esta realidade justifica a necessidade de desenvolvimento teórico que clarifique o estatuto dos mesmos na relevância da estrutura taxonômica das classificações de enfermagem.

Intimamente relacionado com o conceito de processo de enfermagem está outro conceito da teoria de Meleis (2000, 2010 e 2012) – o conceito de **terapêuticas de enfermagem**. Este refere-se às intervenções de enfermagem, considerando-as como elemento nuclear do domínio da Enfermagem. 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 (Pereira,2009). De acordo com a autora, as terapêuticas de enfermagem estão centradas na essência das ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado. Procuram assim o sentido e a intencionalidade colocada nas intervenções e atividades de enfermagem, de forma a ajudar os clientes a responderem aos desafios que os processos de transições que lhes colocam, tendo como futuro a promoção da **saúde**.

O conceito de **saúde** é apresentado no sentido da clarificação o domínio da Enfermagem, sendo um conceito transversal a todas as reflexões que envolvem a Teoria de Meleis e integrante do núcleo da disciplina da mesma. Meleis (2000,2010 e 2012), refere dentro desta perspectiva que a saúde manifesta-se pela consciencialização, empowerment, controlo e automestria na vida.

A definição dos conceitos da disciplina segundo Meleis, ajudam a esclarecer o campo em que se apresentam os Projetos desenvolvidos. Contudo necessitamos da teorização para alicerçar e unir as restantes conceções. **A teorização em enfermagem** conduz o pensamento e a ação da prática de enfermagem. É dado ênfase à utilização dos conhecimentos como guia do pensamento crítico necessário à prática da profissão. **Uma teoria de Enfermagem** é um instrumento de trabalho, que destaca o conhecimento científico, expõe as tendências das visões acerca do processo de saúde/doença e sobre a experiência do cuidado terapêutico, favorecendo outras atitudes do cuidar, coerentes e adequadas à promoção de qualidades humanas (Abreu,2007). As Teorias de Enfermagem dão significado ao conhecimento. Permitem constatar as limitações, para descrever, explicar ou prever fenómenos de enfermagem. As teorias são um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática (Tomey e Alligood, 2004). Assim sendo, verifica-se que a teoria tem como objetivo melhorar a prática através da descrição, explicação e antevisão de fenómenos. As Teorias e a Investigação são a condição necessária para o desenvolvimento de novas formas de concetualizar a prática, diversificando os conhecimentos para a profissão. Quer a teoria, quer a investigação, desafiam as práticas existentes, criando novos paradigmas às teorias e ou os modelos vigentes. 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 clientes (Meleis, 2012).

No enquadramento metodológico deste projeto, usaremos como matriz transversal, a Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem de Meleis et al. (2000), por considerarmos ser a que melhor espelha a realidade que procuramos concetualizar e fundamentar. Por se tratar de uma teoria de médio alcance providencia uma estrutura que permite descrever, compreender e interpretar os fenómenos específicos da Enfermagem que refletem e emergem da prática. no Ambulatório de Oncologia.

1.1.2. - Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem de Meleis

Numa **perspetiva evolutiva da construção de conhecimento**, revela-se o conceito de **transição**, na medida em que o mesmo permite ilustrar a fase de construção da disciplina, na perspetiva da **Teoria da integração** em que, os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição, no que concerne a mudanças no estado de saúde, nas inter-relações, nas expectativas ou nas capacidades (Amendoeira,2006). O termo transição deriva do latim “transitiōne” que significa mudança, ato ou efeito de passar de um estado, período, assunto ou lugar para outro. (Abreu; 2011; p.18 cit. in Teixeira, JC et al; 2010; p.48). A definição de **transição** tem múltiplas interpretações, variando com o contexto em que o termo é aplicado. Nas últimas décadas, a compreensão do conceito **transição** sofreu modificações nas ciências sociais e nas disciplinas de saúde, tendo a Enfermagem contribuído para a mais recente compreensão da transição como processo relacionado com a vida e a saúde (Costa, 2013) O desafio para os enfermeiros, face à necessidade de suporte nos processos de transição, é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas (Petronilho, 2007).

O desenvolvimento do conhecimento neste domínio, atribui a representação de transição ao processo que conduz à incorporação das mudanças no modo de viver, com conseqüente reorientação e redefinição do modo de ser e de estar do indivíduo que a vive (Chick e Meleis, 2012). Segundo Meleis (2010) as transições são processos complexos multidimensionais que tanto causam como afetam mudanças na vida, saúde, relacionamentos e meio ambiente. A experiência da transição exige, que cada pessoa integre novos conhecimentos, que mude



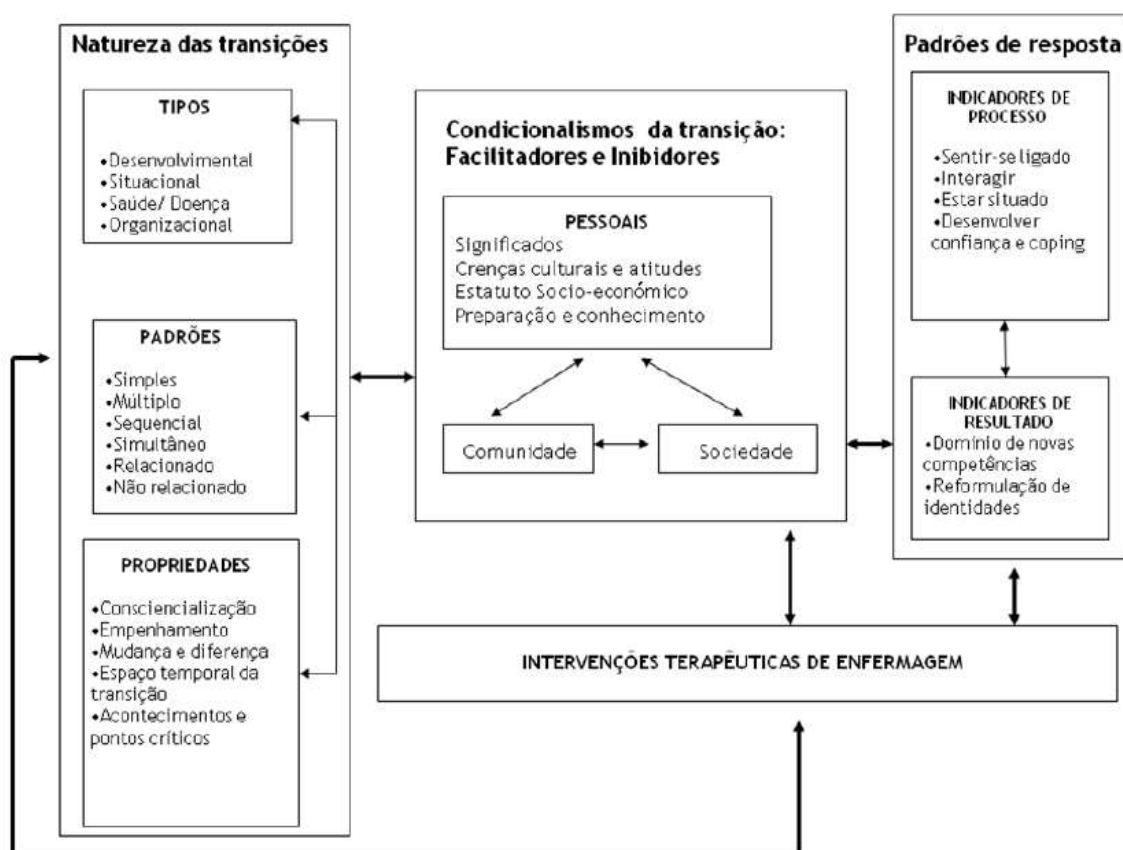
comportamentos, que redesenhe os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a significado de si mesmo no contexto social (Meleis, 2012). O *processo, a percepção e a rutura* são característicos universais da transição. Entendemos transição como sendo o **processo** que ocorre num tempo, com sentido de fluxo e movimento, sem limites nitidamente definidos. A **percepção** tem estreita relação com o significado que a transição assume para quem a experiencia. Ela é influenciada pelo ambiente e pelas características do indivíduo e influencia as respostas aos eventos e os resultados da transição. A **rutura** é o conceito de fratura nas relações, nos compromissos ou com o anteriormente estabelecido. Quem vive uma transição é confrontado com a rutura interna dos processos que suportam os sentimentos de segurança em relação a tudo o que se conhece (Meleis et al., 2000) A transição é adotada como área de cuidado dos enfermeiros quando interfere com a saúde, ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2012). Meleis et al (2000) referem que os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo com os indivíduos que vivem transições, sendo o conceito de transição **central** para a Enfermagem. As transições pertencem ao domínio da disciplina de Enfermagem quando se relacionam com a saúde e a doença ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde.

Através da análise de vários estudos, Meleis et al. (2000) desenvolveram uma teoria de médio alcance que descreve a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição e que guiam as terapêuticas de enfermagem. Este modelo serviu de suporte à realização do presente estudo, e encontra-se esquematizado na figura 1.

O primeiro domínio da Teoria de Meleis caracteriza a Natureza das Transições, sendo que estas podem distinguir-se de acordo com o **tipo, o padrão e as propriedades** (Meleis, 2000). Relativamente ao **tipo** de transição, estas podem ser de saúde / doença, de desenvolvimento, situacional e organizacional. A transição saúde/doença está relacionada com uma mudança súbita no desempenho de papel resultantes de alteração súbita da condição de saúde, da passagem de um estado saudável para viver com uma doença crónica ou o agravamento do estado da condição de saúde. A transição desenvolvimental está associada a eventos de desenvolvimento, individual ou familiar. São exemplos deste tipo de transição a passagem da infância à adolescência (que pode acarretar potenciais problemas de saúde nomeadamente abuso de substâncias e gravidez na adolescência) e o envelhecimento (pode condicionar problemas de saúde relacionados com a

identidade, reforma e doenças crónicas). A transição situacional está associada a eventos que exigem a definição ou redefinição do repertório de papéis do cliente (pessoa ou família). Constituem exemplos de transições situacionais a passagem de um papel “não parental” para um papel parental; a passagem de desempenho parental de mãe e pai para monoparental; e, a inclusão ou perda de um membro da família por nascimento ou morte; e, o assumir o papel de prestador de cuidados. A transição organizacional é um tipo de transição associada a mudanças relacionadas com o ambiente. Este tipo abrange aspetos relacionados tanto com o ambiente social, político e económico como com as alterações na estrutura e dinâmica das organizações (Meleis, 2000, 2010 e 2012).

Figura 1 – Representação da Teoria de Médio Alcance das Transições (Meleis et al., 2000, pp.17)



Para autora, apesar de existir uma tipologia de transições, os resultados obtidos por vários estudos demonstraram que as experiências das transições não são unidimensionais, discretas ou mutuamente exclusivas. Cada transição caracteriza-se por ser única, complexa e apresentar múltiplas dimensões. Todas as pessoas podem vivenciar mais do que uma transição simultaneamente. De acordo com Meleis et al., (2000) há todo um conjunto de **propriedades** numa transição, como: a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, o espaço



de tempo e os pontos críticos e eventos. A **consciencialização** está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciência espelha-se, no nível de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas esperadas e as percepções dos indivíduos que vivenciam transições semelhantes. Os autores afirmam que numa transição é suposto existir algum grau de consciencialização acerca das mudanças que estão a ocorrer. O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, pois a pessoa só pode envolver-se depois de ter noção da mudança.

O conceito de **envolvimento** traduz a ideia de participação ativa e empenhada no processo de transição. O envolvimento, enquanto propriedade da transição, é entendido como o grau com que alguém revela implicar-se nos processos inerentes à transição. O envolvimento pode ser desencadeado tanto por eventos fora do controlo do indivíduo como pelo próprio, pode envolver mais do que uma pessoa e é influenciado pelo contexto e pela situação (Meleis 2000,2010 e 2012). A condição de saúde da pessoa, os recursos disponíveis e o suporte social são, à semelhança do nível de consciencialização, fatores que influenciam o nível de envolvimento. A procura de informação ou de recursos, a preparação antecipada para lidar com o evento e o ajustamento pró-ativo nas atividades da vida diária, adotando novas formas de viver e de ser, são exemplos de envolvimento no processo de transição (Brito, 2012).

As transições podem ser o resultado da **mudança** e podem resultar em mudança. Logo, é essencial conhecer e descrever os efeitos e significados da mudança, para compreendermos totalmente o processo de transição. As dimensões da mudança incluem: a natureza, a temporalidade, a importância ou gravidade atribuída, as expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada com: eventos críticos, rutura nas relações e também com rotinas, ideais, percepções e identidades. A **diferença** é outra propriedade das transições associada à mudança. Refere-se às expectativas não satisfeitas ou divergentes, diferentes sentimentos, ou ver o mundo e os outros de outra forma. Contudo, a diferença nem sempre leva à necessidade de alteração do comportamento (Meleis et al., 2000). A diferença percebida pode levar a mudanças de comportamento e de percepções. Ao longo da transição pode haver momentos de perda e incongruência entre as expectativas prévias e as percepções atuais com a falta de pontos de referência conhecidos. A facilitação do processo de transição implica avaliar, o nível de conforto com a situação, o impacto da mudança e da diferença no nível de bem-estar e a capacidade da pessoa para lidar com essas mudanças e diferenças (Brito, 2012).



O **espaço de tempo** é um elemento essencial na transição. O processo de se adaptar ao novo modo de ser e de estar exige um tempo, que decorre entre a rutura com o que era habitual e rotineiro e o viver com as alterações inerentes à transição e o ajustar-se à nova condição, conseguindo alcançar um novo equilíbrio (Meleis 2000,2010 e 2012).

A identificação e descrição dos **eventos e pontos críticos** constituem etapas para planear e implementar as terapêuticas de enfermagem, de modo a apoiar as pessoas ao longo do processo de transição (Brito, 2012). De acordo com Meleis (2010) nos diversos estudos sobre transições emergem evidências de pontos ou eventos de viragem. Ao longo deste período, e conforme a natureza da transição, podem existir pontos críticos caracterizados pela instabilidade, incerteza e rutura com a realidade. Os eventos e pontos críticos podem interferir com o desenrolar da transição na medida em que podem influenciar a velocidade do processo, da consciencialização e do envolvimento. À medida que o processo evolui importa que os enfermeiros sejam capazes de identificar os pontos e eventos críticos potencialmente associados a mal-estar, aumento da vulnerabilidade, crescente consciencialização da mudança e diferença, envolvimento mais ativo ou procura de informação (Brito, 2012). Podem, ainda, ser identificados pontos críticos de fim, quando traduzem sentido de estabilização nas novas rotinas, competências, estilo de vida e atividades de autocuidado (Meleis, 2010).

O segundo domínio da Teoria das Transições de Meleis, reflete sobre os condicionalismos da transição (dificultadores ou facilitadores). Para compreender as experiências dos clientes, ao longo da transição, é necessário caracterizar as **condições pessoais, da comunidade e da sociedade**, que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. As condições pessoais que facilitam ou dificultam as transições e que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e as consequências da transição são: **os significados; as expectativas e crenças; o estatuto socio-económico, o nível de conhecimento e de capacidade**. O significado atribuído é construído a partir da interpretação que cada pessoa faz da realidade que o envolve e experiencia, apreendida através dos órgãos dos sentidos – percepção. De acordo com a forma como os significados são entendidos – positivos, neutros ou negativos, podem constituir-se fatores facilitadores ou inibidores da transição. As crenças são resultado da educação, da cultura, do ambiente, dos outros considerados como referência, e das experiências, sejam elas positivas ou negativas, afetando o modo como cada indivíduo lida com a transição. Alguns autores referem que há diferentes intensidades naquilo em que se acredita. Daí que importa proceder ao diagnóstico diferencial entre opinião, crença e convicção. A opinião pode ser



mudada com facilidade, de acordo com a percepção que se tem das coisas. A crença é construída, habitualmente, a partir das experiências e com base numa lógica. A convicção é a mais intensa, podendo desencadear reações e ações desprovidas de racionalidade. O estatuto socioeconómico constitui também um fator que pode condicionar o decurso da transição, pois pode facilitar o reconhecimento de populações mais vulneráveis e caracterizar o acesso diferencial dos indivíduos aos recursos sociais e económicos que têm impacto na sua saúde. O conhecimento ajuda na construção dos significados, por isso, o processo de aprendizagem é parte relevante da transição. A preparação antecipada para lidar com a nova situação parece constituir um fator facilitador e, pelo contrário, a falta de preparação parece constituir um fator inibidor da transição. Assim, conhecer antecipadamente o que é esperado durante a transição e as estratégias necessárias para lidar com as mudanças e as suas consequências é potenciador de uma transição saudável (Brito, 2012). Os **recursos da comunidade** podem também constituir condições que facilitam ou impedem a transição. Quanto mais bem organizados, preparados e acessíveis forem os recursos disponíveis, maior a probabilidade de ocorrer uma transição saudável (Brito, 2012). Podem ser considerados fatores facilitadores da transição o suporte familiar, a informação relevante disponível em fontes credíveis, o aconselhamento sobre as diferentes possibilidades e o suporte na tomada de decisão, o encaminhamento para os recursos disponíveis e a resposta apropriada às dúvidas e às necessidades efetivas. Por seu turno, o suporte insuficiente ou inadequado, o aconselhamento desajustado, a informação insuficiente ou contraditória podem constituir fatores inibidores (Meleis, 2010 e 2012).

O terceiro domínio da Teoria das Transições consiste nos padrões de resposta. As transições podem ser consideradas **saudáveis ou não saudáveis**. **A transição não saudável**, é caracterizada por défice no desempenho de papel, isto é, dificuldade na compreensão e/ou desempenho de um papel, ou nos sentimentos e objetivos associados ao comportamento, tal como é percebido pelo próprio ou por significativos. **A transição saudável** é caracterizada pela existência de **mestria** nos comportamentos e nos sentimentos associados ao novo papel e identidade. (idem) Indicadores de transições bem sucedidas são o bem-estar subjetivo, mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações. E dado o interesse da enfermagem na saúde, podem identificar-se indicadores adicionais como: qualidade de vida; adaptação; capacidade funcional; autoatualização e transformação pessoal (Meleis et al., 2000). A identificação do término de uma transição toma como referência o nível de mestria revelado nas competências adquiridas, nos comportamentos necessários para lidar com a situação ou ambiente e na percepção de satisfação com o equilíbrio atingido (Meleis 2010 e 2012).



As respostas das pessoas ao longo da transição são denominadas de indicadores, sejam eles de processo ou de resultado. Estes podem ser de dois tipos: **indicadores de processo** e **indicadores de resultado**. Os **indicadores de processo** constituem aspetos que permitem caracterizar as respostas à transição e o modo como esta se está a processar. São exemplos disso: o sentir-se ligado, o interagir, o sentir-se situado e o desenvolver confiança e *coping*. Por outro lado, os **indicadores de resultado** referem-se aos resultados em função do esperado. Estes facilitam a identificação do final da transição e possibilitam a avaliação da evolução do desenvolvimento de competências, comparando com os resultados finais determinados. Os indicadores de resultados podem ser definidos em limiares intermédios, ao longo do tempo, permitindo a identificação, faseada e final, dos ganhos em saúde. Na teoria de Meleis, os padrões de resposta, através dos indicadores de resultado, manifestam-se através da mestria e pela integração fluida da identidade. A mestria revela um progresso nas capacidades e competências do indivíduo, que lhe permitem viver a transição com sucesso. São exemplos de mestria a aquisição de informação, a procura de sistemas de suporte social, a manutenção ou desenvolvimento de relações sólidas com outros indivíduos e aprendizagem de formas de adaptação à mudança através da consciência do self. A integração fluida da identidade está relacionada com a forma como o indivíduo incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridos, para uma melhor adaptação à realidade após a transição (Meleis 2000, 2010 e 2012).

As **terapêuticas de enfermagem** surgem na Teoria como ações realizadas intencionalmente para cuidar dos clientes, abrangendo o conteúdo das próprias intervenções e dos objetivos de enfermagem. Estão concentradas em três eixos: promoção, prevenção e intervenção, relacionados com o desempenho de papéis. 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 (Meleis, 2000, 2010 e 2012). A teoria da transição oferece à enfermagem uma estrutura que enfatiza processos longitudinais e multidimensionais que estão sempre relacionados com a natureza e com os padrões de resposta dos indivíduos e uma linguagem comum que abrange todas as áreas específicas, papéis profissionais e campos teóricos e metodológicos. A aplicação desta teoria, na descrição das necessidades em matéria de cuidados de enfermagem, auxilia a identificação de padrões, de respostas, dos significados, das propriedades, dos contextos e dos resultados, com o objetivo de planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem competentes (Brito, 2012). É possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, a partir da Teoria das Transições de Meleis, permitindo que o

enfermeiro desenvolva uma outra compreensão do processo de transição, mais completa e aprofundada e possa pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis, 2000, 2010 e 2012).

Procuraremos desenvolver trabalho, centrando-nos nas áreas fundamentais definidas por Meleis (2000,2005, 2012): a caracterização das pessoas e das suas necessidades em cuidados; as estratégias para melhorar o bem-estar e satisfação dos clientes e proporcionar ganhos em conhecimento às pessoas para lidarem com as suas atividades diárias; nos métodos e nas estratégias para melhorar a capacitação das pessoas para cuidarem de si próprias e dos seus familiares, através do uso e otimização e da mobilização dos recursos disponíveis.

A Teoria das Transições de Meleis veio permitir-nos não só uma abordagem para a compreensão da Pessoa em Ambulatório de Oncologia, como também a construção de um modelo de Cuidados de Enfermagem de Qualidade orientado para o *outcome* e ganhos em saúde nesta área específica do Cuidar. A conceptualização realizada concretiza a base para o início de investigação e articulação de conceitos mais específicos, relacionados com a qualidade em saúde e a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, os sistemas de informação, os resumos mínimos de dados e da reflexão das competências do Especialista e do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1.2. Qualidade em Saúde e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Assume-se que a qualidade em saúde é tarefa multi profissional e tem um contexto de aplicação local. Daqui se deduz o papel importante da definição, pelos Enfermeiros que exercem a sua atividade no País, de Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem em Portugal. Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos Enfermeiros, nem o exercício profissional dos Enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (OE, 2001)

A OMS definiu as diferentes vertentes que a Qualidade na Saúde deve abranger:



- Elevado grau de excelência profissional dos técnicos de saúde;
- Eficiência na utilização dos recursos;
- Minimização do risco para os utentes;
- Satisfação dos utilizadores/utentes dos Serviços;
- Melhoria dos indicadores de saúde.

Avedis Donabedian (1980) cit por Ferrito (2011) definiu qualidade em saúde como a capacidade articulada dos profissionais, dos serviços, do sistema de saúde e da sociedade, em configurar um conjunto equilibrado capaz de oferecer uma assistência digna, tecnicamente bem desenvolvida, por profissionais competentes, em quem as pessoas possam confiar na medida de suas necessidades, sendo todo esse conjunto financeiramente viável, economicamente sustentável e uma escolha democrática da cidadania. O mesmo autor considerou 3 abordagens para a avaliação da qualidade do cuidado: **Estrutura:** recursos materiais (instalações e equipamentos); recursos humanos (numero, variedade e qualificação); Características Organizacionais (tipo de supervisão, métodos pagamentos); **Processo:** atividades que constituem os cuidados de saúde, tais como diagnóstico e tratamento, realizado geralmente por profissionais mas também por doentes e familiares; **Resultado:** alterações atribuídas aos cuidados recebidos; alterações do estado de saúde; mudanças no comportamento do utente e familiares e evolução dos conhecimentos adquiridos; satisfação dos utentes e familiares.

A Qualidade em Saúde é um atributo reconhecido como uma necessidade e exigência na perspectiva de vários intervenientes: utentes, prestadores de cuidados, gestores e políticos (OE, Padrões da Qualidade 2001). Na prestação de cuidados de saúde as necessidades têm três perspectivas: **do Cidadão** -Utilizador que espera que lhe sejam prestados os melhores e mais adequados cuidados em tempo útil; **dos Gestores** - Que esperam que estes cuidados sejam prestados com a máxima eficiência, efetividade e equidade e **dos Prestadores** - Que esperam que exista uma gestão eficaz de recursos que lhes permita a necessária aplicação dos seus conhecimentos técnico-científicos às situações com que têm de lidar.A Qualidade no Hospital tornou-se uma exigência pelo enquadramento legal - Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º27/2002 de 8 Novembro). A Estrutura de Avaliação da Performance Hospitalar da OMS, considerado um dos primeiros instrumentos de gestão da qualidade, preconiza como pilares da mesma, a efetividade clínica, a eficiência, o pessoal, direção responsiva, onde assentam a



Centralidade no Cliente e a Segurança (Lopes 2007). Em Portugal os programas de acreditação assumiram extrema importância na gestão da qualidade nos Hospitais. O Hospital da região de Setúbal e Vale do Tejo onde desenvolvemos o nosso Projeto, é atualmente um Hospital acreditado pela CHKS. Os processos de acreditação passam pela avaliação de uma estrutura de normas organizativas com critérios classificados em três níveis: A – prática indispensável; B – boa prática; C – prática excelente. Numa primeira fase o objetivo é atuar no sentido de obter os critérios A. As Normas estão agrupadas em seis secções: Gestão Institucional; Gestão de Recursos; Direitos e necessidades individuais do doente; Percurso do doente; Normas específicas de serviço; Contratação de serviços. Estas normas constituem uma parte do Manual de Acreditação do Hospital. A acreditação é atribuída à organização se demonstrar concordância com as normas na altura da avaliação. A acreditação também pode ser provisória, condicional ou negada conforme o cumprimento das normas. Os processos de Acreditação permitem: melhorar a performance Hospitalar, implementar mudança organizacional, obrigar a políticas de qualidade (Lopes, 2007). A enfermagem como profissão é um dos vetores essenciais da gestão a qualidade. A Qualidade Total implica um acompanhamento e integração das mudanças ocorridas nas políticas, uma visão sistémica das organizações, e um envolvimento de todos os enfermeiros independentemente da sua categoria profissional (idem.)

Os referenciais de Enfermagem possibilitam orientação para todos os elementos da gestão da qualidade. O conteúdo funcional das diversas categorias do enfermeiro da área de prestação de cuidados (Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro) evidencia a utilização de uma metodologia científica na prestação de cuidados centrados nas necessidades dos clientes, com a sua implicação e com a preparação para a alta, tendo por base um modelo teórico. Prevê a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, efetuando os respetivos registos e analisando os fatores que contribuíram para os resultados obtidos; e a realização de estudos sobre problemas e trabalhos de investigação com utilização dos resultados na melhoria dos cuidados de enfermagem (Lopes, 2007). O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro) define que o enfermeiro tem competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, sendo os cuidados de enfermagem caracterizados. O mesmo Decreto-Lei referencia atividades dos enfermeiros que contribuem para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem: desenvolvimento da formação; dotação de recursos humanos e avaliação do desempenho; elaboração de normas e critérios de atuação; protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados; parecer técnico



acerca das instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem; colaboração na elaboração de protocolos entre instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos; propor a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem de acordo com a avaliação das necessidades da população e dos recursos disponíveis; promover e participar nos estudos necessários à reestruturação, atualização e valorização da profissão de enfermagem.

No desenvolvimento destas atividades os enfermeiros têm de cumprir normas deontológicas, que constituem o Código Deontológico do Enfermeiro definidos pela OE (2003) em que a excelência do exercício na profissão e a relação com outros profissionais são princípios orientadores. Para esta excelência o enfermeiro tem vários deveres: Analisar o desempenho e reconhecer as falhas; Adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; Atualização contínua dos conhecimentos, das ciências humanas e utilização de tecnologias; Exercer a profissão com dignidade e qualidade; Garantir qualidade e assegurar a continuidade de cuidados. Para o cumprimento destes deveres e para promover a qualidade dos cuidados, assim como o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, a OE (2003) preconiza o uso do pensamento crítico, o trabalho com metodologia científica, avaliação do desempenho, formação, definição de padrões de qualidade, melhoria contínua e boas condições de trabalho. Os Padrões de Qualidade, foram criados com a intenção da melhoria da qualidade dos cuidados e definição de ganhos em saúde, indo ao encontro do descrito no Estatuto da ordem dos Enfermeiros em que é fundamental "(...)promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional" (Decreto-Lei nº104, 1998, p.1741).

Para a elaboração dos padrões de qualidade, a OE (2001) definiu seis categorias de enunciados descritivos entre os quais: **a satisfação dos clientes, a prevenção de complicações, o bem-estar e ao auto cuidado dos clientes, e a organização dos serviços de enfermagem.** Para a excelência do exercício considerou elementos fundamentais: as parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; a resposta aos problemas potenciais; o rigor técnico/científico na implementação de intervenções de enfermagem; a responsabilização do enfermeiro; a continuidade de cuidados; a existência de um quadro de referências para o exercício profissional; existência de sistema de melhoria; existência de



sistema de registos; a dotação de enfermeiros; a formação contínua e a utilização de metodologias de organização de cuidados promotores da qualidade.

Com base nos enunciados descritivos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos em 2001, foram mais recentemente delineados pelo Colégio da EEMC da OE (2011) os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica que efetivam uma prática especializada de Qualidade. Os enunciados descritivos incidem nos seguintes aspetos: **satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e auto cuidado; readaptação funcional; organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.**

Na satisfação do cliente: "(...) o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica". **Para a promoção da saúde:** "(...) o enfermeiro especialista promove a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.". **Na prevenção de complicações:** "(...) o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.". **No bem-estar e no auto cuidado:** "(...) o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.". **Na readaptação funcional:** "(...) o enfermeiro especialista conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.". **Na organização dos cuidados Especializados:** "(...) o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.". **Na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados:** "(...) 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."(OE 2011).

Para a gestão da qualidade é também importante a criação de um ambiente de cuidados seguro pelo que é necessário uma efetiva gestão do risco e o ICN (2002) menciona algumas medidas: formação dos profissionais; melhoria das prestações; profilaxia das infeções; uso seguro dos medicamentos; práticas clínicas e infraestruturas necessárias. Acrescenta que é fundamental transparência e comunicação na identificação do risco e o abandono de prática de culpabilização, para a prevenção ou correção. Segundo Lopes (2007), sendo um serviço de qualidade o que responde às necessidades e expectativas dos clientes, estes são o foco essencial da gestão da qualidade, pelo que, os documentos onde estão enunciados os seus



direitos e deveres são referenciais importantes para a qualidade total dos serviços de enfermagem. Entre vários diplomas destacam-se os que se consideram mais abrangentes: Declaração Universal Dos Direitos Humanos De 10 De Dezembro De 1948 (1978); Declaração dos Direitos das Crianças em documento anexo ao Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem Dos Enfermeiros, 2003); A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Portugal, s.d.). Decorrente do estudo de Lopes (2007), gostaríamos ainda de destacar as conclusões, nos programas de melhoria contínua da qualidade, associados ao processo de trabalho e medição da performance, os seguintes aspetos: Existência de auditorias aos registos de enfermagem; Planeamento da continuidade de cuidados ao doente; Tomada de decisão na prestação de cuidados é baseada na evidência; Medição da performance (desempenho de acordo com os objetivos) sendo primordial segundo a mesma autora para os programas de melhoria contínua da qualidade: **Existência de indicadores de qualidade que enunciem resultados no cliente sensíveis às intervenções de enfermagem; Envolvimento dos enfermeiros nos processos de melhoria; Existência de um sistema de informação em enfermagem.**

Ligando estes aspetos aos conceitos da teoria de Meleis, concluímos que os padrões de resposta às transições devem ser monitorizados através de **indicadores** capazes de traduzir, entre outros, o nível profundo de conhecimentos, capacidades e comportamentos necessários para gerir as novas situações e contextos (Meleis, 2000, 2010 e 2012). É fundamental dotar a prática especializada de processos passíveis de reprodução em sistemas de informação, que definam tendências, a nível do ensino e da investigação, passíveis de definir a **sensibilidade dos cuidados de enfermagem, promovendo a sua visibilidade e comparabilidade** (Pereira,2009).

1.3 – Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) e a Linguagem Classificada CIPE

Atualmente os sistemas de cuidados de saúde estão em permanente desenvolvimento e são influenciados por numerosas modificações, o que torna necessário possuir sistemas de informação capazes de se configurarem como instrumentos promotores de uma utilização da informação centrada, não na informação pela informação mas, na informação para a qualidade e otimização dos processos (Pinto, 2009). 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 (OE, 2007). Os sistemas de informação, de acordo com Pinto (2009, p. 12) “(...) são aqueles que, de maneira genérica, objetivam a realização de processos de comunicação”. Estes têm o objetivo de facilitar os processos de gestão das organizações, através da produção periódica de relatórios sumários sobre as atividades desenvolvidas, geralmente controladas e registadas por um sistema de processamento, além de que podem servir ainda de fundamento para processos de planeamento de atividades da organização ou departamento em que o sistema está enquadrado. Os SIE podem ser definidos como potentes repositórios de matéria-prima a utilizar no desenvolvimento da base empírica do conhecimento formal utilizado nos cuidados. É um facto que “construção do conhecimento específico e interdisciplinar e da melhor evidência para as práticas depende dos instrumentos de recolha, armazenamento, recuperação, análise e extração de dados...” (Delaney, et al., 2001, p. 1537 cit por Pinto 2009, p. 56), que se encontram disponíveis nas bases de dados da saúde.

Deste modo, os SIE assumem-se como um dos pilares promotores da tomada de decisão em enfermagem, na medida em que dão forma e visibilidade à profissão, isto é, “(...) do ponto de vista conceptual, evolui-se do ênfase dada à produção da prova documental da realização da ação, para a criação de informação de consumo na tomada de decisão tendo em vista a continuidade de cuidados, o que se reflete sobre a estrutura da informação.” (Figueiroa-Rêgo, cit. Silva, 2003, p. 37). De acordo com Pinto (2009) os SIE devem ser caracterizados como um repositório de matéria-prima essencial à construção do conhecimento específico da disciplina, da melhor evidência para as práticas de enfermagem e da sua gestão. O mesmo autor identifica os principais fatores que têm estado envolvidos na ainda incipiente gestão da informação que resulta da documentação de enfermagem e percebe a necessidade de se consensualizarem e desenvolverem modelos de agregação de dados, capazes de otimizar aquela gestão. Não obstante tal reconhecimento sobre os SIE, verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente. Tal realidade impossibilita a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações. No entanto, mais recentemente, tem-se verificado, por parte do Ministério da Saúde, um conjunto de iniciativas visando estimular os responsáveis das organizações e os profissionais, por um lado, e as empresas do sector, por outro, a promoverem o desenvolvimento de aplicações informáticas de suporte ao subsistema de informação de enfermagem (OE, 2009).



Por tudo isto, torna-se necessário garantir que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem. Aliás, 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 sectores tradicionalmente não integrados na saúde, como é o caso do sector social (idem). Ciente dos riscos, das necessidades e das oportunidades que tal realidade traduz, a OE (2007a,b) definiu um conjunto mínimo de normas para o desenvolvimento dos sistemas de informação de enfermagem, nomeadamente:

A. Pela crescente importância e emergência da informatização dos serviços de saúde e pela verificação da relevância da informação para o processo de tomada de decisão, independentemente da sua natureza, no que se refere ao Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), integrado no Sistema Nacional de Informação de Saúde, e considerando o potencial dos registos de enfermagem, tal sistema deverá possibilitar a gestão da informação em qualquer ponto do contínuo “máximo/mínimo” de dados e a produção de conhecimento. As aplicações informáticas de suporte ou outros dispositivos complementares deverão funcionar de modo integrado/interoperável com os módulos existentes ou a desenvolver e deverão estar em conformidade com as normas internacionais de referência (ISO, CEN, HL7 etc.) e o estado da arte no momento da sua criação.

B. 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®).

C. As aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitirem a documentação da prática de enfermagem, tendo em vista as 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, além disto, devem contemplar a reengenharia e a inovação dos registos eletrónicos de enfermagem, por forma a garantir o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática.



D. Dada a importância e o potencial que se atribuem nos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem, a diferentes níveis e para diferentes propósitos e utilizadores – designadamente, a qualidade e continuidade de cuidados, produção automática de diversos indicadores, a tomada de decisão, a formação e a investigação –, os registos eletrónicos de enfermagem devem possibilitar a otimização de tais potenciais, incluindo a determinação da intensidade de cuidados através da incorporação integrada de sistemas de classificação de utentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem, ou outros OE (2007a,b).

Para a operacionalidade do acima referido, mormente a definição das categorias de conteúdos e dos principais requisitos técnico - funcionais do Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), são definidas as regras indicadas de seguida.

I. Categorias de conteúdos e principais requisitos técnico - funcionais

a) Diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados

Na prática clínica do enfermeiro podem distinguir-se dois domínios de intervenção: as intervenções iniciadas pela prescrição médica e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro. Relativamente à primeira, o fluxo de dados inicia-se no módulo médico do sistema de informação da saúde, onde é inserida a prescrição. A prescrição é, neste caso, a informação de produção médica e de consumo associado à decisão de enfermagem. Assim, deve considerar-se a prescrição uma entrada (input) no SIE que desencadeia um conjunto de processos de enfermagem. (idem) O domínio das intervenções iniciadas pela prescrição do enfermeiro constitui a essência do modelo de SIE. A conceção do modelo de dados, referente à área da tomada de decisão de enfermagem, deve englobar quatro entidades principais: os dados de apreciação inicial, os dados referentes aos diagnósticos de enfermagem, os dados referentes aos status dos diagnósticos (isto é, objetivos/resultados esperados), as intervenções de enfermagem e a avaliação sistemática dos resultados/da evolução do cliente (OE 2007a,b)

b) Aspectos centrais do SIE

Consideram-se seis aspetos principais associados ao conteúdo e à estruturação do modelo de SIE:

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. (OE 2007a,b)

1. A CIPE® como referencial de linguagem no SIE

Como anteriormente referido, o SIE deve utilizar a CIPE® como referencial para o vocabulário a implementar na produção dos conteúdos. A justificação da opção assenta nas quatro premissas indicadas de seguida.

1) A linguagem utilizada para descrever a Enfermagem é um aspeto importante para a formalização do conhecimento próprio da disciplina e para o respetivo desenvolvimento.

2) Considera-se importante a linguagem utilizada na prática pelos enfermeiros para proceder à descrição dos cuidados de enfermagem prestados.

3) Há um amplo consenso teórico no âmbito dos investigadores na área dos SIE, relativamente à necessidade de uma linguagem comum que suporte os conteúdos nos SIE informatizados, estando claro o risco de deixar invisível a tomada de decisão dos enfermeiros nos SIE do futuro, por falta de uma linguagem comum OE (2007a,b).

Os objetivos da CIPE/ICN são (CIPE/ICN, 2005, p.169):

- Estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de Enfermagem em que melhore a comunicação entre os enfermeiros e entre os enfermeiros e os outros;
- Descrever os cuidados de Enfermagem a pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) numa diversidade de locais, institucionais e não institucionais;
- Permitir a comparação dos dados de Enfermagem entre populações clínicas, locais, áreas geográficas ou tempos diferentes;
- Demonstrar tendências sobre a prestação de tratamentos e cuidados de Enfermagem e sobre a afetação de recursos aos doentes, de acordo com as suas necessidades baseadas em diagnósticos de Enfermagem;



- Incentivar a investigação em Enfermagem articulando dados disponibilizados por sistema de informação em Enfermagem e por sistemas de informação em saúde;
- Fornecer dados da prática de Enfermagem que possam influenciar as políticas de saúde.

Segundo CIPE/ICN (2011) “A CIPE/ICN é uma classificação de fenômenos, intervenções e resultados a nível da enfermagem. Pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes se possam entrecruzar, de modo a permitir comparar dados em enfermagem.” A necessidade de criar classificações de enfermagem com uma linguagem científica e única tiveram início em meados dos anos 70 nos EUA com a classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Mais tarde e, também nos EUA, na década de 90, foram publicadas as primeiras edições da Classificação das Intervenções de Enfermagem e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NIC e NOC).

Como a tentativa de inclusão da Taxonomia I da NANDA no grupo das classificações de saúde foi rejeitada pela OMS, estabeleceu-se que a visibilidade do reconhecimento mundial de uma classificação de enfermagem se faria através do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). Na conferência de Seul em 1989, o ICN simultaneamente pediu às suas associações para contribuírem para o desenvolvimento de SIE e, nomeia um grupo de trabalho constituído por enfermeiros peritos para dar início à construção da CIPE. Em Dezembro de 1996 é publicada a versão Alfa e, mais tarde, em 1999 é aprovada a versão Beta que constituiu a primeira versão completa da CIPE, compreendendo a classificação de fenômenos de enfermagem, a classificação de intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Esta versão tem sido sucessivamente revista e recebido contributos de todos os enfermeiros e das Escolas Superiores de Saúde e de Enfermagem, estando atualmente disponível a versão 2.0 lançada em 2010.

A implementação de SIE que utilizam como linguagem a CIPE tem a potencialidade de proporcionar aos enfermeiros reflexão sobre as práticas em cada contexto de trabalho, e segundo Petronilho (2003, p.2) “ através do consumo da informação, reflexo dessas mesmas práticas, **definir, implementar e avaliar programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados**, promovendo o desenvolvimento de modelos em uso no sentido dos modelos expostos.”. Possibilita a identificação das necessidades e ganhos em saúde da população a vários níveis de agregação, o desenvolvimento da Enfermagem e ajuda a dar-lhe visibilidade como parte integrante nos cuidados de saúde e a clarificar a sua utilidade social, “permitindo o desenvolvimento da investigação, produção de estatística e gestão de qualidade.” (idem 2003 p.2).



1.4 – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem e Indicadores de Enfermagem

De acordo com muitos investigadores em enfermagem cit por Pereira (2009) (Werley et al., 1991; Sernossos et al., 1994; Jones, 1997; Goossen, 2000 b; Marin et al., op. cit.; Volrathongchai et al., 2003), a solução para adicionar às bases de dados da saúde informação com qualidade, relativa aos cuidados de enfermagem, passa pela definição e implementação de Resumos Mínimos de Dados. Conceptualmente podemos definir RMD como “... um conjunto mínimo de itens de informação com definições e categorias uniformes, relativos a aspetos ou dimensões específicas da saúde, que visam responder às necessidades específicas dos múltiplos utilizadores de dados no sistema de saúde” (Health Information Policy Council, 1983, cit. por Ross, 1998, p. 22 cit por Pereira (2004, p. 62) A definição de RMDE apresentada por Pereira (2004, p.62) é semelhante à definição do Health Information Policy Council, especificando que os diferentes itens e categorias de informação, com definições e categorias uniformes, são relativos a aspetos e dimensões específicas de Enfermagem.

Do ponto vista do enquadramento do relatório, consideramos os RMDE como uma parte dos conteúdos dos SIE, que quando recolhida, analisada e interpretada visa responder às necessidades específicas de informação sobre os cuidados de enfermagem (Pereira, 2004). Nesta perspetiva, o RMDE não é a documentação de enfermagem; antes um mínimo de dados que, sistematicamente, deve estar documentada, no contexto de toda a informação registada nos SIE para efeitos da melhor descrição dos cuidados de enfermagem. Os RMDE deverão, integrar, entre outros, os seguintes elementos dos cuidados de enfermagem: diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem orientados para os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE. Os itens e as categorias de informação específicos, necessários à recolha e agregação de informação de forma sistemática e regular, correspondem à estrutura substantiva de um RMDE ou seja, do ponto de vista clínico, corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que viabilizam a produção de indicadores. Verificou-se a importância de estarem “essencialmente direcionados para a nomeação das necessidades em cuidados de enfermagem que dependem dos processos de conceção dos enfermeiros e dos resultados que se operam no âmbito destas mesmas necessidades.” Pereira (2004.p.16).



A definição e utilização dos RMDE, segundo a OE 2007, é o assumir como prioritária, uma política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, com um forte enfoque nos resultados, indo ao encontro daquilo que é adotado pelas diferentes organizações internacionais, ocupadas com a problemática da qualidade em saúde. É de salientar que a moldura que sustenta os objetivos definidos para os RMDE evidencia uma mudança de paradigma relativamente à problemática de dar visibilidade às práticas de enfermagem, para a emergência de “dar visibilidade àquilo que as pessoas, os grupos, as famílias ou as comunidades beneficiam com os cuidados de enfermagem.” (Pereira 2004, p.16). A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007b) descreve os seguintes requisitos relativamente à conceção, implementação, desenvolvimento e monitorização dos RMDE:

- 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;
- O painel de indicadores de enfermagem deve corresponder a um produto do RMDE;
- Os requisitos básicos para a comparação 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;

O modelo de RMDE é definido pelo: ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem. É importante clarificar quais os aspetos da saúde das pessoas, **muito sensíveis aos cuidados de enfermagem**, uma vez que, os ganhos em saúde não são um exclusivo de um determinado grupo profissional. Sensibilidade não pode ser considerada como sinónimo de **exclusividade**. A afirmação de um determinado especto de saúde como altamente sensível aos cuidados de enfermagem não implica que aquele foco de atenção seja exclusivo da enfermagem ou dos enfermeiros. A sensibilidade define-se pela natureza particular das respostas oferecidas pelos enfermeiros como contributo decisivo para as modificações positivas que se operam num dado especto da saúde das pessoas (Pereira, 2004).”



Como salienta a Ordem dos Enfermeiros (2007b, p.2) “os indicadores são concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população”. Consoante os pressupostos em que se fundamentam, os indicadores podem dividir-se em dois grupos. O primeiro orientado para a tradução: das principais necessidades em cuidados de enfermagem, da população; dos ganhos em saúde altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem. O segundo grupo centrado no impacto e na utilização da informação que resulta dos indicadores produzidos. Pretende-se com a criação de indicadores, fornecer informação útil para a definição, implementação, promoção e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; disponibilizando informação útil, capaz de influenciar as decisões políticas e sociais (Pereira, 2004). Segundo o mesmo autor, p.19 os indicadores correspondentes, à produção de cuidados de enfermagem de alta sensibilidade, são essencialmente de três grandes tipos. “um, relativo às taxas de incidência de cada uma das principais necessidades em cuidados de enfermagem; um segundo, centrado na capacidade diagnóstica dos enfermeiros e de eficácia na prevenção de riscos ou complicações; e um terceiro tipo dirigido à demonstração de ganhos em saúde propriamente ditos.” Para produzir indicadores, é necessário criar condições em matéria de conteúdos, para nos SIE se encontrarem representados os dados que viabilizam os indicadores desejados e, no que respeita à estrutura da informação, ter SIE que possibilitem a documentação regular e sistemática de diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem. Outro aspeto essencial do processo, passa pela necessidade de definir intervenções de enfermagem que viabilizam os ganhos em saúde, para que seja possível garantir que os resultados averiguados sejam atribuíveis/sensíveis aos cuidados de enfermagem.

1.5. - SIE em Contexto Hospitalar: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE

O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), conhecido inicialmente por "ENFIN" (Enfermagem/Informática), cuja conceção em termos funcionais tem origem na Escola Superior de S. João do Porto pelo Enf.º Abel Paiva na sua tese de Doutoramento, foi apresentado ao IGIF para se pronunciar sobre o seu desenvolvimento. Foi aprovado e o módulo foi desenvolvido, tendo como base fundamental a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Neste momento a aplicação encontra-se diferente daquilo que foi a sua primeira versão. A

implementação em outros Hospitais foi exigindo o desenvolvimento de novas funcionalidades e ajuste de outras às diferentes práticas. Além disso a própria classificação sofreu evoluções, em 1999 tínhamos a versão alfa, em finais de 2000, surgiu a versão beta, pelo que houve alguns ajustes que tiveram de ser efetuados (Pinto 2009).

O trabalho ao nível da CIPE, na construção de intervenções e diagnósticos a partir de um conjunto de eixos da CIPE, face aos focos frequentes em cada serviço, foi efetuado construindo uma série de diagnósticos e intervenções base que neste momento são instaladas nos Hospitais que têm vindo a aderir ao sistema. Este trabalho, designado por «Parametrização», deve de ser efetuado por cada Serviço que queira utilizar o aplicativo. O Serviço deve fazer o levantamento dos focos frequentes do seu serviço, e para cada foco construir (ou utilizar) as intervenções que fazem sentido executar. Este conjunto de intervenções que ficam parametrizadas são apresentados ao Enfermeiro, que diagnosticou esse foco, como sendo o conjunto de intervenções que fazem sentido executar. Cabe a esse enfermeiro selecionar, desse conjunto, aquelas que fazem sentido para o caso particular. Além disso, para cada foco, deve ser elaborado o conjunto de diagnósticos que permitem avaliar a evolução desse mesmo foco no doente. O sistema obriga a que exista pelo menos um diagnóstico (Pinto 2009).

Nos Hospitais o ENFIN/SAPE liga com o SONHO (Sistema Integrado de Informação Hospitalar), também desenvolvido pelo IGIF, e instalado na maioria dos Hospitais. Nos Centros de Saúde o ENFINCO/SAPE liga com o SINUS (Sistema de Informação para Unidades de Saúde) que é também um sistema de gestão de utentes que está instalado em todos os centros de saúde/Extensões de Saúde. Este sistema tem uma cobertura de 100%, pois é também o sistema responsável pela emissão do Cartão de Utente. Esta ligação garante que, quando o enfermeiro está perante o utente/doente, ele já tenha sido identificado por estes sistemas, pelo que terá apenas de registar os cuidados de enfermagem prestados ou a prestar.

No Hospital da região de Setúbal onde decorre o projeto, o processo de implementação do SAPE/CIPE, iniciado em 2004, passou por seguir os procedimentos preconizados e já descritos no capítulo anterior. Atualmente os registos de enfermagem nos Serviços de Internamento são efetuados no SIE- SAPE, tendo o processo, de parametrização e implementação, sido um processo refletido, sustentado e gradual com envolvimento, formação e acompanhamento dos Enfermeiros nas diferentes fases de implementação. Contudo, a implementação por motivos estratégicos e de aplicabilidade, não foi extensiva aos Serviços de Ambulatório, nomeadamente Hospitais de Dia e Consultas Externas. Daqui, emerge a pertinência do Projeto de Implementação em Serviço para a



criação do RMDE no ambulatório com os focos sensíveis aos cuidados de Enfermagem, acompanhado do *timing* dos decisores estratégicos, que relançam a necessidade de implementação dos SIE nos Serviços de Ambulatório do Hospital da região de Setúbal.

2 – Projeto de Intervenção no Serviço (PIS)

O Projeto de Intervenção no Serviço foi realizado no âmbito dos Estágios I, II e III no decorrer do II CPLEEMC, no ano letivo 2012-2013 na ESS/IPS. Utilizando a metodologia de trabalho de projeto, o PIS foi desenvolvido em duas fases. No Estágio I e II foram desenvolvidos o diagnóstico de situação e o planeamento do projeto. No Estágio III decorreram as fases de execução, avaliação e divulgação do mesmo, ambos realizados no serviço de Oncologia de um Hospital da região de Setúbal.

A Metodologia de Projeto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas. Este tipo de metodologia permite desenvolver competências pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia de projeto constitui-se assim, como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (Ruivo et al. 2010). O Trabalho de Projeto é, fundamentalmente, um *modus operandi*, uma estratégia que implica um método de ação. Procuramos, através dele, encontrar respostas para determinados problemas. Investigar e propor soluções pressupõe a alteração de situações previamente identificadas, isto é, uma análise-diagnóstico do estado real das coisas, com o desejo/projeto de mudar qualitativamente pelo menos alguns aspetos do *status quo*, percorrendo várias etapas (ESS-IPS Orientações Trabalho Projeto, 2013c)

Este trabalho pretendeu fazer relacionar os objetivos académicos do II CPLEE MC com o nosso Projeto Profissional. Gostaríamos de apresentar o PIS implementado, intitulado: **Melhoria da Qualidade dos Cuidados na área de ambulatório de Oncologia** de um Hospital da região de Setúbal. A escolha deste tema constitui-se numa oportunidade para desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área da Prestação de Cuidados Especializados. A conjuntura nacional e a disponibilidade dos decisores estratégicos (Governo, ACSS, Direção e Chefia de Enfermagem) foram fundamentais para que o desenvolvimento do PIS fosse uma realidade:

1. As novas tabelas legisladas a 21.12.2011 que conferem aos atos realizados em ambulatório, por enfermeiros, uma mais-valia do ponto de vista económico. Esta mudança de paradigma no SNS é o reconhecer do trabalho de elevada qualidade desempenhado pelos enfermeiros; no fundo o reconhecimento material do seu mandato Profissional e Social.



2. Por outro lado, a necessidade de se dar expressão, do ponto de vista dos SIE, ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, pela produção de indicadores de qualidade resultantes dos cuidados de enfermagem em Ambulatório.

3. Com estes dois requisitos, possibilitamos o desenvolvimento dos registos, da informação, da formação e da investigação em enfermagem, pela pesquisa, criação e implementação do RMDE em ambulatório de Oncologia.

O desenvolvimento do PIS, recolhe contributos no recente documento elaborado e aprovado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros (OE), que no âmbito das suas competências estatutárias, definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE,2011b),e os Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Gostaríamos de destacar o ponto comum em ambos sobre a organização dos cuidados especializados que justifica a pertinência da implementação do PIS, com base na metodologia de trabalho de projeto e com a intenção da Melhoria dos Cuidados de Enfermagem na área do Ambulatório de Oncologia.

4.6 - A 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.

São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem especializados, entre outros: a existência de um quadro de referências para o exercício profissional do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado; 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.



2.1. – Diagnóstico de Situação

Um projeto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num período de tempo prolongado, tendo as seguintes características: produzir benefícios que possam perdurar e que mesmo na ausência do projeto possam perpetuar os seus efeitos; criar dinâmica para outras iniciativas na equipa multidisciplinar, particularmente nos Enfermeiros; e por fim, permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível, de modo autónomo tendo em conta os recursos existentes (Brissos, 2004). A primeira etapa da metodologia de projeto é o **diagnóstico de situação**, visando a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar. Nesta etapa definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes. É uma etapa que envolve a recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa, não descurando o aprofundamento que se pressupõe (ESS-IPS Orientações Trabalho Projeto, 2013c).

O Hospital a que nos referimos iniciou funções em 1991, sendo decretado Entidade Pública Empresarial pelo Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, prestando cuidados de saúde diferenciados à população de vários Concelhos, num total de 394.311 habitantes. Tem lotação para 585 camas distribuídas pelos diversos Serviços, e assenta numa tipologia tradicional em forma de H com 8 pisos: o número de profissionais incluindo os membros do Conselho de Administração é de 2.453 pessoas. Esta Instituição foi pioneira no envolvimento do programa de acreditação hospitalar promovido pelo Ministério da Saúde. Este processo iniciou-se em 2000 através de um protocolo com o *King's Fund Health Quality Service*, actualmente denominado *Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)*, tendo como objetivo a melhoria contínua da Qualidade da organização hospitalar. Essa acreditação foi obtida em Fevereiro de 2011 e consolidada em 2013 com consecução de vários critérios. O Serviço onde decorreu o estudo tem a designação de serviço de Hematologia, Oncologia e Endocrinologia tendo associado a valência de ambulatório - Hospital de Dia e Consulta Externa - e está integrado no Departamento Médico. Tem um total de 48 colaboradores, distribuídos por 14 médicos, 19 Enfermeiros, 11 Assistentes Operacionais e 4 Assistentes Técnicas. É composto por 16 camas de internamento (13 para a hematologia e para a oncologia e 3 afetas à endocrinologia), distribuídos por 7 quartos com duas camas cada e uma casa de banho e 2 quartos individuais, utilizados, quando possível, para os isolamentos de proteção.



A área do ambulatório é organizada por: uma sala com oito cadeirões para administração de citostáticos, hemoderivados e terapêutica de suporte; um quarto com cama e maca para técnicas de apoio; cinco gabinetes de consulta que funcionam para toda a equipa multidisciplinar. Nesta área existe um grande *turn over* de doentes e familiares, sendo que o volume das atividades e atendimentos tem vindo a aumentar de ano para ano. O período de funcionamento é de segunda a sexta, das 8h às 20h. A equipa de enfermagem é composta por 19 Enfermeiros. O tempo de experiência média no serviço é de 7 anos e o tempo de permanência média no serviço são de 10 anos. O método de trabalho de Enfermagem estabelecido é o de “Enfermeiro Responsável”.

A inexistência, de uma estrutura formal de registos de enfermagem na área do ambulatório, é um problema objetivo no Serviço de Oncologia do Hospital da região de Setúbal. As tentativas feitas ao longo dos anos para implementar um sistema de registo fiável e passível de refletir a qualidade dos cuidados prestados nesta unidade esbateram-se em obstáculos estruturais, humanos e técnicos (da própria conceção ontológica dos registos a realizar). São os registos de enfermagem o testemunho que perdura no tempo, são a forma de comunicar de uma equipa, é o meio de individualização dos cuidados prestados aos utentes, mas são também eles que facultam proteção legal. Se queremos que a nossa atividade profissional não seja meramente empírica, teremos que registar todos os atos prestados diretamente ao utente, permitindo-nos assim, uma apreciação crítica de cada momento de enfermagem, desde a admissão até à alta, tendo em conta a evolução da pessoa (Martins et al.2008).

A importância e a preocupação atribuída à existência e produção de registos de enfermagem existem desde o tempo de F. Nightingale, que assumia a importância dos registos e a necessidade de os preservar, no sentido de que essa documentação espelhasse as repercussões quer positivas, quer negativas, dos cuidados de enfermagem sobre o estado de saúde das pessoas. Estas preocupações continuam presentes, não só devido às dificuldades sentidas aquando dos registos, mas também no encontrar caminhos que salientem o papel primordial da documentação de enfermagem na evolução da profissão. No sentido do crescimento da enfermagem enquanto Ciência e, no caminho da profissionalização, o que interessa aos enfermeiros, é a criação de suportes documentais que demonstrem a Prática e o Cuidado de Enfermagem (Pinto, 2009).

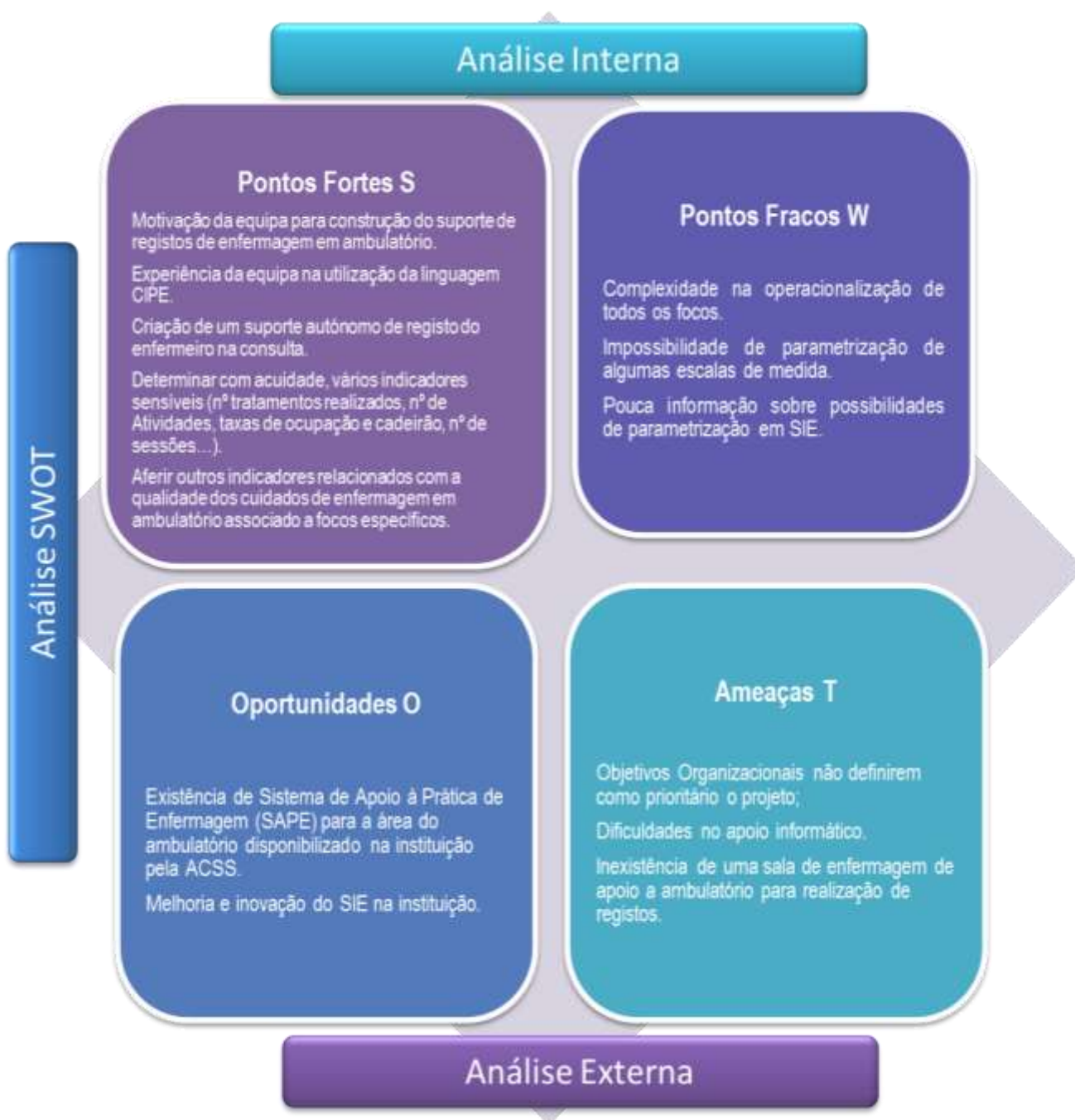
De uma forma clara, ao longo de 12 anos de existência de registos no ambulatório perdemos do ponto de vista estratégico algumas vantagens que passo a citar: **Comunicação**: os membros da equipa de saúde utilizam os registos escritos para partilhar dados importantes acerca da pessoa; **Planeamento de cuidados**: o registo escrito fomenta o trabalho de equipa; **Auditoria**: o

processo pode ser verificado para avaliar os cuidados de saúde prestados à pessoa, bem como a competência de quem presta os cuidados; **Investigação**: pode ser colhida informação a partir de um determinado número de registos. Estes também constituem uma fonte de informação estatística; **Educação**: os registos revelam um quadro global sobre as pessoas e os seus problemas de saúde, podendo potenciar a educação em determinadas áreas; **Documentos legais**: os registos são documentos legais que podem ser utilizados em tribunal ou ajudar a responder a reclamações feitas pelas pessoas; **Documentos históricos**: a informação neles contida é utilizada pela equipa durante o tratamento e nas fases de execução de cuidados, sendo depois arquivada para posterior recuperação se necessário. Em suma, perdemos o essencial do objetivo da nossa ação: **a Visibilidade dos Cuidados** prestados e os **Ganhos em Saúde** das pessoas que beneficiaram desses cuidados. (Martins et al.2008).

Móbil facilitador para definir o problema foi a opinião/sugestão de intervenientes peritos do serviço, nomeadamente a Sr.^a Enf. Chefe, que definiu como importante a criação de um RMDE que possibilite a posterior parametrização no Sistema de Informação fornecido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) para ambulatório. A ausência de uma estrutura formal de registo em Ambulatório foi a razão da escolha desta área e prende-se como defende Pereira (2009), com a conceção dos RMDE, que são uma parte da documentação de enfermagem que, cumprindo determinados requisitos de comparabilidade, pode ser entendida como matéria-prima para a viabilização de informação, capaz de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações.

Por forma a identificar as forças externas e internas que podem influenciar o desenvolvimento do projeto, as oportunidades e ameaças à sua implementação e ainda justificar a pertinência da intervenção, foi elaborada **uma análise SWOT** que passamos a apresentar na figura 2.

Figura 2- Análise SWOT da Proposta de Criação de RMDE em Ambulatório de Oncologia



Com base na análise SWOT, elaborada na fase de diagnóstico de situação, foi realizado um quadro resumo que permite analisar os pontos fracos e ameaças do projeto face às estratégias equacionadas para ultrapassar e minimizar o impacto destes constrangimentos no projeto.

Análise Interna Pontos Fracos W	Estratégias para Minimizar Impacto e Resolver Problemas
Complexidade na operacionalização de todos os focos;	Pesquisa Bibliográfica e Observação dos Cuidados de Enfermagem em ambulatório;
Impossibilidade de parametrização de algumas escalas de medida;	Selecionar os focos mais sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório; Definir à priori os indicadores a extrair do RMDE;
Pouca informação sobre parametrização em SAPE Ambulatório;	Contacto Antecipado com a Aplicação Informática; Formação em Hospitais e Serviços que já possuam o SAPE Ambulatório instalado e parametrizado;

Quadro 1 -- Previsão dos Pontos Fracos e Estratégias para Minimizar Impacto e Resolver Problemas;

Tendo por base o diagnóstico de situação realizado definimos como problema central do Projeto a **Inexistência de uma estrutura formal de registos de Enfermagem** no Serviço de Ambulatório de Oncologia de um Hospital da região de Setúbal.

2.2 – Definição de Objetivos

Os objetivos de um projeto devem ser centrados na resolução de um problema, claros, precisos, formulados em enunciado declarativo, exequíveis e mensuráveis (Ruivo et. al., 2010). É possível relacionar o número de objetivos específicos com o grau de complexidade do objetivo geral, sendo-lhe diretamente proporcional, ou seja quanto maior a complexidade maior o número de objetivos específicos de forma a diminuir a sua subjetividade. É importante ter em conta não só as capacidades adquiridas pelo formando mas também a forma como essas capacidades devem ser demonstradas (condições de realização) e avaliadas. De referir que a definição rigorosa e exata dos objetivos de uma dada ação, permite evitar eventuais problemas no momento da avaliação dos mesmos, possibilitando orientar os esforços necessários e meios disponibilizados a concretização dos mesmos (ESS-IPS Orientações Trabalho Projeto, 2013c). Com base na análise realizada no diagnóstico de situação, definimos como principal intenção do Projeto, **Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na área dos registos de ambulatório de um Hospital da região de Setúbal.**



Definimos como objetivos específicos: **Definir o RMDE de ambulatório no serviço de Oncologia e Implementar o Processo Clínico Eletrónico para a área do ambulatório** no serviço de Oncologia.

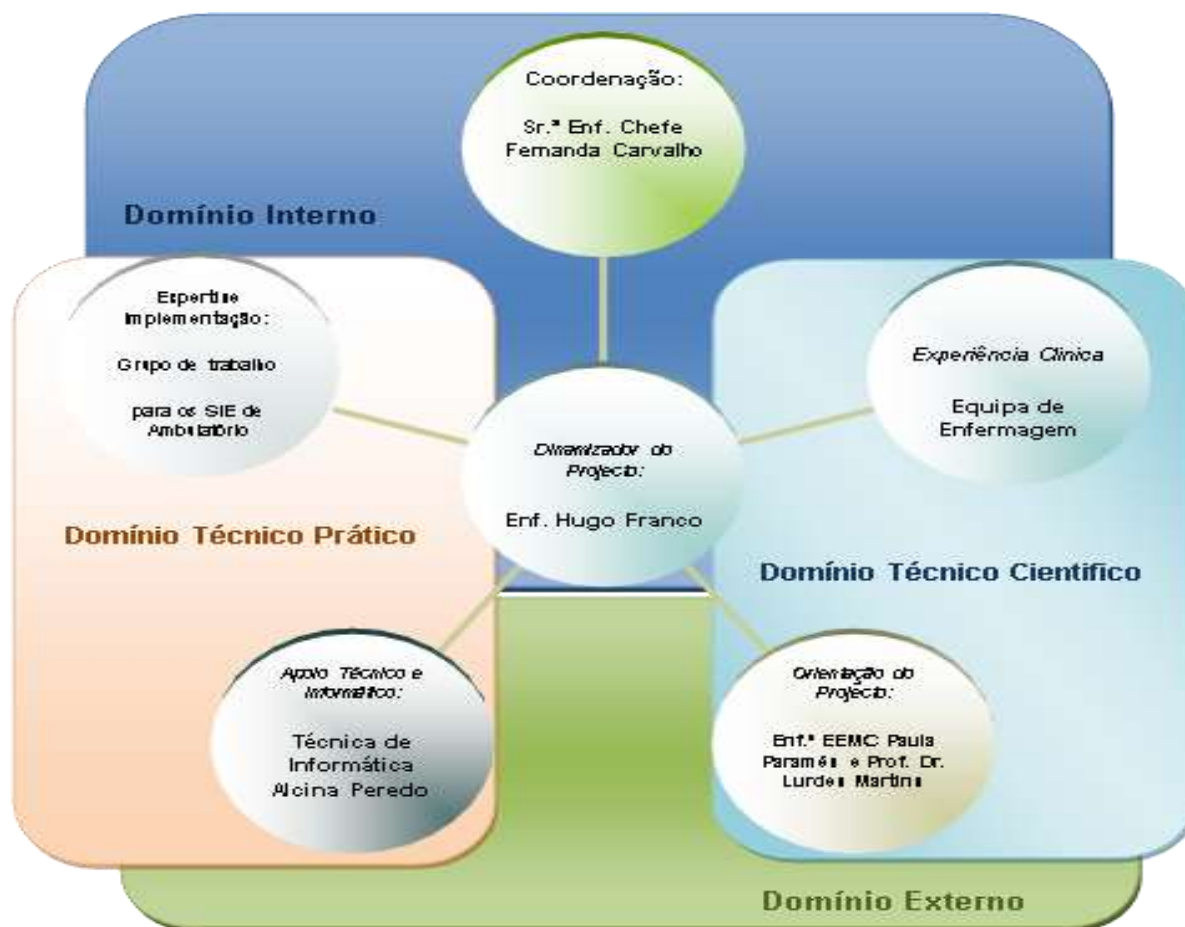
2.3 - Planeamento

O **Planeamento** é a terceira fase da metodologia de Projeto, em que é concebido um plano detalhado do projeto, mapeando as várias vertentes: calendarização das atividades, meios e estratégias, recursos disponíveis, um cronograma, bem como os resultados esperados e avaliação (ESS-IPS Orientações Trabalho Projeto, 2013c).

O planeamento é a fase em que se faz uma análise dos recursos e limitações, sendo definidas as atividades, os métodos e é construído o cronograma de execução (Ruivo et al., 2010). O cronograma é a disposição gráfica do tempo que será gasto na realização de um trabalho ou projeto, de acordo com as atividades a serem desenvolvidas. O mesmo serve para auxiliar na gestão e controlo do projeto, permitindo de forma rápida a visualização das suas etapas. No cronograma as etapas do trabalho com seus respectivos prazos encontram-se separadas. Enumeramos as fases principais, necessárias à realização do projeto. Apresentamos em **Apêndice I**, o cronograma que ilustra o planeamento e execução do PIS durante os Estágios I, II e III do CPLEE Médico-Cirúrgica

Durante a operacionalização do PIS articulamos com um conjunto de pessoas e entidades que nos permitiu atingir os objetivos a que nos propusemos (figura 2). O PIS contou com o apoio institucional da Sr. Enf.^a Chefe Fernanda Carvalho e posteriormente da Sr.^a Enf.^a Diretora Odília Neves, que aproveitou o *Know How* desenvolvido no PIS, nomeadamente na área dos Hospitais de Dia, para disseminar o projeto de registos informatizados nas áreas de ambulatório da instituição, criando um grupo de trabalho institucional com expertise na área. A implementação contou com a orientação e apoio técnico científico, da orientadora Sr.^a Enf.^a Especialista EMC Paula Paramés e da Prof. Dr. Lurdes Martins. O apoio e envolvimento interno da equipa de enfermagem ao nível da expertise clínica, demonstrou-se fundamental para o sucesso. Ao nível técnico-prático, partilhamos experiência de implementação prática com o Grupo de Implementação dos SIE no Ambulatório do Hospital. Outro recurso determinante foi o apoio informático, que possibilitou aferir, otimizar e rentabilizar a plataforma SAPE Ambulatório, sendo, sempre que necessário, um elo de ligação técnico à ACSS.

Figura 3 - Articulação Multidisciplinar do Planeamento e Execução do PIS



2.4 – Execução do PIS

A etapa da **Execução** da Metodologia de Projeto materializa a realização, colocando em prática o que foi planeado. Caso ocorram alterações ao planeado, estas devem ser estudadas e ser colocadas em prática medidas de recuperação para que os objetivos do projeto não se encontrem comprometidos. Na Execução é assumida uma praxis que possibilita a evidência dos princípios que norteiam a ação e a sua eficácia, isto se consideramos que a Execução foi transformadora como resultado duma análise da experiência (ESS-IPS Orientações Trabalho Projeto, 2013c).

No **Apêndice II**, apresentamos a descrição pormenorizada da execução do PIS onde descrevemos, para cada objetivo, as atividades e estratégias desenvolvidas, assim como a gestão dos recursos humanos, materiais e de tempo.



2.4.1. Definir o RMDE de ambulatório no serviço de Oncologia

Pela complexidade de implementação do PIS, houve necessidade de identificar objetivos de taxonomia inferior, dentro dos objetivos específicos, para permitir a operacionalização dos mesmos. Desta forma, para o objetivo específico - **Definir o RMDE de ambulatório no serviço de Oncologia** - edificámos os seguintes objetivos de operacionalização:

- a) Identificar os focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório de Oncologia;
- b) Construir o padrão documental dos registos de Enfermagem a implementar em ambulatório num serviço de Oncologia.

a) **Identificar os focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório de Oncologia**

O primeiro objetivo foi **identificar os focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório num serviço de Oncologia**. Para dar resposta de forma científica a esta questão foi desenhado um estudo de investigação que passamos a descrever. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos (Fortin, 2009, p. 214). Os principais elementos para que haja um desenho de investigação são, o tipo de estudo, o meio onde se irá realizar o estudo, população e amostra e instrumento de colheita de dados. Usamos uma metodologia de estudo do tipo exploratória descritiva partindo da questão de investigação **Quais os focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório de Oncologia**. A população alvo do estudo foram os Enfermeiros do Serviço de Oncologia, sendo que a técnica de amostragem foi não probabilística acidental. Esta amostra teve como critérios de inclusão para a participação no estudo:

- Tempo de experiência média em Ambulatório superior a 5 anos;
- Tempo de permanência média em Ambulatório mínimo de 3 dias mês;
- Tempo de experiência média com SIE e CIPE/SAPE superior a 5 anos;

Após a aplicação dos critérios obtivemos uma amostra de **8 enfermeiros**. A amostra apresenta um tempo de experiência média no serviço de 13 anos. Ao nível da formação, 4 dos enfermeiros selecionados detinham formação pós graduado (2 Mestrados em Enfermagem, 2 Pós Graduação em Cuidados Paliativos). **Cumprimos os procedimentos formais e éticos**, explicando a todos os elementos sujeitos a observação, o projeto que se encontrava em estudo e o instrumento de observação a utilizar, sendo que todos os elementos consentiram e participaram livremente no

mesmo. Realizámos um **pedido de autorização** por carta, à Sra. Enfermeira Diretora do referido Hospital, onde explicitámos os objetivos do projeto e um breve resumo da metodologia escolhida. Para a obtenção de dados recorremos à observação direta dos cuidados e validação dos registos dos focos CIPE (Versão 2.0) durante a prestação de cuidados. O momento e situações de observação foram totalmente aleatórios apesar de garantir duas premissas:

-Os envolvidos tinham conhecimento que estavam a ser observados e poderiam recusar participar no estudo caso mencionassem a sua vontade explícita para tal;

- O processo de identificação dos focos do cuidado tinha de resultar de cuidados a pessoa em situação de doença oncológica em ambulatório.

O instrumento era de registo livre com contabilização de focos por contacto de pessoa com enfermeiro. Obtivemos o registo de 60 contactos durante 2 meses de realização do Estágio I e II, de onde emergiram 12 focos com mais de 10 unidades de registo.

Gráfico 1 – Resultados da Observação dos CE - : Focos com mais de 10 unidades de registo.



Posteriormente, efetuamos pesquisa bibliográfica em diversas bases de dados (Medline, Ebscoh, Cinahl, Cochrane, Scielo, Lilacs, Pubmed) com os seguintes descritores (**Focos Sensíveis, Enfermagem, Hospital Dia Quimioterapia**); tendo como critérios de inclusão: serem analisadas por especialistas, conterem no título os descritores e serem recentes. Da análise documental emergiu uma revisão sistemática da literatura (RSL) de Griffiths, et al. (2009), sobre os Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia. Surgiram ainda inúmeras Guidelines com base na

evidência da ONS (Oncology Nursing Society) que não foram utilizadas pelo grau de evidência ser inferior ao do artigo. O artigo de Griffiths, et al. (2009) utiliza como metodologia uma revisão sistemática da literatura sobre os cuidados de enfermagem em ambulatório de Oncologia, procurando justificar numa primeira fase os domínios sensíveis da atuação de enfermagem em ambulatório de oncologia, para depois numa segunda fase descrever quais os focos de atenção mais sensíveis neste tipo de cuidados de acordo com a qualidade e a força da evidência da análise documental. O grau de recomendação com base na evidência clínica foram apresentados de acordo com os autores Guyatt G, et al.(2006): três categorias para a qualidade (elevada, moderada, fraca: A, B, C) e dois níveis para a força da recomendação (forte ou fraco: 1.2).

Grau de recomendação / descrição	Benefícios vs riscos	Qualidade da evidência	Implicações
1A/forte recomendação, prova de alta qualidade	Benefícios compensam claramente o risco e os encargos	ECRs sem limitações importantes ou evidência esmagadora de estudos observacionais	Pode aplicar a maioria das pessoas na maioria das circunstâncias, sem reserva
1B/forte recomendação, evidência moderada-qualidade	Benefícios compensam claramente o risco e os encargos	ECRS com limitações importantes (resultados inconsistentes, falhas metodológicas, indiretas ou imprecisas) ou excepcionalmente fortes evidências de estudos observacionais	Pode aplicar a maioria dos pacientes na maioria das circunstâncias, sem reserva
1C/Recomendação forte, provas de baixa qualidade ou de muito baixa qualidade	Benefícios compensam claramente o risco e os encargos	Estudos observacionais ou série de casos	Recomendação, mas podem ser alteradas quando provas de qualidade superior se tornarem disponíveis
2A/fraca recomendação, prova de alta qualidade	Benefícios equilibram com riscos e encargos	ECRs sem limitações importantes ou evidência esmagadora de estudos observacionais	Melhor ação pode ser diferentes dependendo das circunstâncias, das pessoas ou valores sociais
2B/fraca recomendação, evidência de moderada-qualidade	Benefícios equilibram com riscos e encargos	ECRS com limitações importantes (resultados inconsistentes, falhas metodológicas, indiretas ou imprecisas) ou excepcionalmente fortes evidências de estudos observacionais.	Melhor ação pode ser diferentes dependendo das circunstâncias ou dos pacientes ou valores sociais
2C/Recomendação fraco, evidência de baixa qualidade ou de muito baixa qualidade	Incerteza nas estimativas de benefícios, riscos e encargos; benefícios, riscos e encargos podem ser muito equilibrados	Estudos observacionais ou série de casos	Outras alternativas podem ser igualmente razoáveis

Quadro 2 – Classificação do grau de recomendação da evidência de acordo com Guyatt G, et al.(2006)

Os autores do estudo procuraram, após a verificação do nível de evidência, linhas de consenso sobre a importância das áreas dos resultados empreendendo um exercício de consultoria a peritos e especialistas na área dos cuidados clínicos em oncologia procurando prever o nível de sensibilidade dos focos.

Dos resultados obtidos inicialmente, construímos um quadro onde organizamos os focos por ordem decrescente de registo de observação, associando os mesmos aos domínios dos cuidados presentes na RSL de Griffiths, et al. (2009)

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)
Gestão do Regime	28	Experiência e Educação/Comunicação
Conhecimento e Aprendizagem	27	Experiência e Educação/Comunicação
Desidratação	21	Náusea/ Vômito
Náusea	18	Náusea/ Vômito
Mucosite	17	Mucosite Oral
Diarreia	16	Diarreia
Dor	16	Dor
Apetite	14	Nutrição
Cansaço	14	Função/ Bem-estar
Angústia	12	Função/ Bem-estar
Infeção	12	Septicemia
Segurança	11	Segurança na Administração de Medicação

Quadro 3 - Associação dos Focos Cipe aos domínios dos cuidados na RSL de Griffiths, et al. (2009)

Do ponto de vista da comparação dos resultados, conclui-se que alguns dos domínios das unidades encontradas por Griffiths, et al (2009) não correspondem totalmente aos domínios dos focos em linguagem classificada CIPE identificados pelos enfermeiros. Entendemos que este desfasamento esteve associado à especificidade da tradução para a língua portuguesa da linguagem classificada CIPE.

Da análise dos resultados destacamos:

I. O foco de **Gestão de regime** e o foco de **Conhecimento/Aprendizagem** como os focos com maior número de unidades de registo sendo demonstrativo da abordagem que a equipa de enfermagem tem no planeamento dos cuidados ao doente Oncológico em ambulatório. Da



análise dos achados de Griffiths, et al. (2009), fizemos a associação de dois domínios pesquisados pelos autores, que para nós, nesta matéria não devem ser dissociados e estão diretamente relacionados com os focos acima apresentados. Eles são, a natureza intrínseca da **Experiência** e a **Educação/Comunicação**.

De acordo com a pesquisa feita pelos autores, as Experiências, que as pessoas têm dos cuidados que recebem são muito importantes e representam uma componente essencial da qualidade dos mesmos. No entanto, os autores não encontraram evidência para aspetos de qualidade associados com variação na experiência da pessoa relativamente aos cuidados que recebem. Os autores concluíram ainda que a avaliação da satisfação é usada frequentemente como um resultado em estudos de intervenção de enfermagem e traduz-se como aspeto e indicador de qualidade para avaliar os cuidados de enfermagem nesta área específica. A importância deste domínio está diretamente relacionada com o domínio da teoria de Meleis sobre a Experiência das Transições. De acordo com Meleis (2000, 2010 e 2012) as propriedades da transição, como a consciencialização; o envolvimento, a mudança e a diferença ou a inovação estão diretamente relacionadas com a experiência do processo de cuidados de enfermagem e a forma como este processo desenvolvido pelo enfermeiro influencia os resultados dos processos de saúde. A Experiência é um fenómeno transversal à prestação de cuidados e está intrinsecamente relacionado com o processo de capacitação da pessoa para gerir a sua transição no binómio saúde - doença.

De acordo com os achados de Griffiths, et al. (2009) a Educação/Comunicação como representação do conhecimento pormenorizado é fundamental para suportar o auto-cuidado e a gestão do regime e presume-se ter impacto nos ganhos em saúde das pessoas. A redução do distress psicológico, o papel a desempenhar na gestão de outros sintomas/complicações como náusea, dor, mucosite, parece ser central para a qualidade dos cuidados prestados. Apesar do nível de evidência encontrado seja nulo ou moderado concordo com os autores quando referem que o domínio de Educação/ Comunicação pode claramente ser considerado como um indicador de processo, permitindo o caminho para uma série de resultados importantes noutros domínios ou focos de atenção e está intrinsecamente relacionado como o elemento de Experiência.

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Gestão do Regime	28	Experiência e Educação/Comunicação	Forte Recomendação Moderada Qualidade da Evidência – 1B	Muito provável
Conhecimento e Aprendizagem	27	Experiência e Educação/Comunicação	Forte Recomendação Moderada Qualidade da Evidência – 1B	Muito provável

Quadro 4 - Definição da sensibilidade dos focos Gestão do Regime e Conhecimento e Aprendizagem

Tendo em conta o atrás exposto, a associação entre os focos **Gestão de regime e os Conhecimento/ Aprendizagem** e as dimensões de análise de Griffiths, et al. (2009) **Experiência e Educação/Comunicação** permitem objetivar uma forte recomendação dos focos apesar da evidência disponível ser apenas moderada 1B. Apesar da moderada recomendação, concordamos inteiramente com a análise realizada pelos autores, que cruzaram ainda estes dados com a opinião de especialistas em enfermagem de ambulatório das principais unidades de oncologia, definindo estes focos como de **Muito Provável** alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem nesta área, apesar da evidência ter de ser melhorada.

II. Os Focos de Desidratação e Náusea e Vômito apresentam elevado score nas unidades de observação e estão de acordo com os achados por Griffiths, et al. (2009). As náuseas e vômitos são complicações muito frequentes provocadas pelo regime medicamentoso em ambulatório de Oncologia. A este problema está intimamente relacionado um foco de atenção dos cuidados de enfermagem a Desidratação, sendo que do ponto de vista da concepção e dos outcomes nos cuidados, parece-nos que o Enfermeiro tem uma intervenção autónoma mais ao nível do foco de Desidratação, do que da Náusea. Segundo os autores, a eficácia de tratamentos com terapêutica anti hemética tem uma evidência forte (1A).

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Desidratação	21	Náusea/ Vômito Diarreia	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Muito provável
Náusea	18	Náusea/ Vômito	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Muito provável

Quadro 5- Definição da sensibilidade dos focos Desidratação e Náusea



Mas esta intervenção apesar de dever ser prevenida pelo enfermeiro é uma intervenção interdependente. O benefício autónomo da enfermagem e de intervenções complementares não é, apesar de um número potencial das mesmas, de evidência clara e por vezes a recomendação encontrada nos artigos é fraca (B/C 1 – 2). Os estudos analisados pelo autor incluíam as intervenções de avaliação de risco, avaliação diagnóstica e monitorização estruturada e estratégias complementares como acupuntura, acupressão guiada, imagens, música, relaxamento muscular progressivo. Contudo, está concordante com a nossa prática clínica, que a área de avaliação e monitorização das náuseas e vômitos, assim como a determinação do risco e regimes preventivos apresentam uma evidência moderadamente forte com elevado nível de recomendação (1B). Apesar da moderada recomendação, a opinião de especialistas em enfermagem de ambulatório de oncologia, para estes focos definiu como de **Muito Provável** a alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem nesta área, apesar da evidência em algumas intervenções ter de ser melhorada.

III. Os focos Mucosite, Diarreia e Dor apresentam score médio/elevado sendo concordante com a análise feita por Griffiths, et al (2009). A mucosite oral é um efeito secundário comum e potencialmente debilitante de muitos regimes medicamentosos em ambulatório de Oncologia. Está associada a outros focos de atenção, como infeção e dor. Nesta área os protocolos de atuação revistos pelo autor embora precisos, variam bastante e a forte evidência do efeito dos cuidados não é perceptível (grau C de 1/2). Sabemos que o sucesso das intervenções passará pela **Educação** de uma boa higiene oral, e também pelo **Conhecimento** do auto vigilância da mucosa oral. Há também um número de agentes potencialmente eficazes para o tratamento de mucosite mas a evidência é fraca e de má qualidade C. Os estudos revistos pelo autor apresentaram fortes evidências (mas variável) para as intervenções preventivas como o uso de; **Mel (B), cubos de gelo (A) e higiene oral (B)**.

Assim o foco Mucosite apresenta um nível de recomendação forte e uma evidência de qualidade moderada a boa para os processos que envolvam a prevenção e monitorização deste problema sendo consensual para os autores que este foco é de **Provável** alta Sensibilidade aos cuidados de enfermagem em ambulatório de Oncologia.

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Mucosite	17	Mucosite Oral	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Provável
Diarreia	16	Diarreia	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Possível
Dor	16	Dor	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Possível

Quadro 6 - Definição da sensibilidade dos focos Mucosite, Diarreia e Dor

Já os focos de Diarreia e de Dor pela análise dos autores apresentam forte recomendação e elevada/ moderada qualidade na evidência. Contudo a análise neste contexto de cuidar considerou apenas como **Possível** a alta sensibilidade dos Focos, quer porque a área de cuidados não é altamente específica deste foco – Dor, quer pela evidência das intervenções se basear mais em processos interdependentes do que da intervenção autónoma do enfermeiro – Diarreia.

IV. Os focos apetite e cansaço apresentam scores médio/baixo para as unidades de observação. De acordo com os autores são os únicos focos que não apresentam recomendação na evidência pesquisada para o contexto de cuidados estudado. A evidência encontrada para o seu suporte é de fraca qualidade e a sensibilidade dos mesmos quando cruzado com a prática clínica é apenas de **Possível** alta sensibilidade dos focos.

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Apetite	14	Nutrição	Sem Recomendação Fraca Qualidade da Evidência - B/ C	Possível
Cansaço	14	Fadiga	Sem Recomendação Fraca/Moderada Qualidade da Evidência B/C	Possível

Quadro 7 - Definição da sensibilidade dos focos Apetite e Cansaço

V. Os resultados dos focos Infecção e Segurança apresentam os mais baixos valores de unidade de registo de observação. Também no trabalho de Griffiths, et al. (2009) a recomendação e evidência destes domínios apresentam resultados de baixa qualidade de evidência mas com uma diferença significativa na recomendação.

A neutropenia febril é uma complicação comum decorrente dos regimes medicamentosos em Oncologia de Ambulatório. A sua consequência pode traduzir-se em infecções, internamentos, adiamento de tratamentos e reduções na dose, diminuindo a efetividade do tratamento. A ênfase da ação do Enfermeiro neste domínio é colocado na **Educação** do paciente para o auto vigilância de sinais e sintomas que detetados preventivamente podem evitar complicações maiores, tendo impacto nas taxas de infecção destes doentes. O suporte por telefone, na gestão deste é comum, mas não foi encontrado pelos autores nenhuma evidência do impacto destas sobre os resultados. A fraca recomendação encontrada, assim como a fraca qualidade da evidência classificam este foco como de **Possível** sensibilidade do mesmo aos cuidados de enfermagem neste contexto.

O domínio da Segurança como foco de cuidados incide nesta área como explicam os autores na administração de medicação. Quando o regime medicamentoso passa essencialmente por citostáticos o risco de dano é particularmente elevado. Como identificado na revisão da literatura os enfermeiros têm um papel muito importante na prevenção dos erros e acidentes. Além disso, o próprio processo de administração é arriscado exigindo perita avaliação da aptidão da pessoa e escolha de acesso venoso adequado. A administração de terapêutica vesicante representa um risco significativo para a pessoa e está associado aos focos dos cuidados de enfermagem neste contexto, nomeadamente a dor, a infeção e a queimadura.

Também no domínio da Segurança, a educação da pessoa a fazer quimioterapia oral no domicílio é um desafio fundamental, sendo que a evidência encontrada nesta matéria por Griffiths, et al. (2009) revela falta de concordância. Muitos dos impactos potenciais de enfermagem nesta matéria dizem respeito à avaliação de toxicidades e refletem-se em outros resultados considerados nesta revisão (por exemplo, náuseas e vômitos, mucosite, infeção), sendo que domínio chave para a transição passa pela **Educação** da pessoa.

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Infeção	11	Septicemia	FRACA Recomendação Fraca Qualidade da Evidência 2 C	Possível
Segurança	10	Segurança na Administração de Medicação	FORTE Recomendação Fraca/Moderada Qualidade da Evidência 1 B/C	Provável

Quadro 8 - Definição da sensibilidade dos focos Infeção e Segurança



NA RSL, não foi encontrada nenhuma evidência específica relativa a intervenções ou abordagens para aumentar a segurança em terapêutica domiciliar, mas há forte recomendação por peritos para a sensibilidade dos cuidados nesta área (1C). Existe sim uma forte recomendação e uma evidência de qualidade elevada/moderada (1 A/B) na segurança geral e particular dos cuidados com a administração de quimioterapia endovenosa relativamente à avaliação (incluindo adequação da pessoa para receber determinada terapêutica), técnica e administração (incluindo a prevenção da infecção e a prevenção/tratamento de lesões por quimioterapia vesicante) permitindo classificar o foco da Segurança como de **Provável** Sensibilidade aos cuidados de enfermagem neste contexto.

Da análise dos resultados emergiram as principais conclusões:

- Todos os focos registados na observação foram mencionados nos domínios encontrados pelos autores na RSL;
- Nenhum dos focos registados apresenta exclusivamente avaliação de elevada qualidade na evidência 1A;
- Dos focos registados na observação apenas 2 (apetite e cansaço) se apresentavam sem recomendação, sendo excluídos da construção do RMDE;
- O Foco Angústia associado ao domínio da função e bem-estar apresentou um médio/baixo registo. Contudo apresenta forte recomendação e alta moderada evidência, ficando definido como foco de **Possível** alta sensibilidade aos cuidados de Enfermagem.
- Os Focos de Diarreia, Dor apresentaram forte recomendação e elevada/moderada evidência. Contudo a análise neste contexto de cuidar considerou apenas como **Possível** a alta sensibilidade dos Focos. Pelo nível de recomendação e também pela análise da práxis clínica consideramos serem focos a incluir num futuro RMDE em ambulatório de Hospital de Dia
- Os Focos Segurança e Mucosite devem ser tidos em consideração a quando da construção de um RMDE em ambulatório de Oncologia pela **Provável** sensibilidade aos cuidados de enfermagem. Do ponto de vista da evidência o foco Segurança ainda requer algum trabalho de investigação para melhorar os níveis de qualidade da mesma.
- Os focos de **Gestão de Regime, Conhecimento e Aprendizagem** apresentaram uma **Muito Provável** alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem sendo transversais aos restantes domínios do cuidar analisados por Griffiths, et al. (2009). A sua participação num RMDE de ambulatório em Oncologia é determinante. Concluímos serem focos de



elevada importância nas transições da pessoa em ambulatório de Oncologia devendo representar os outcomes dessa mesma transição sob forma de Indicadores de resultado.

As conclusões deste trabalho permitem-nos evoluir dos modelos tradicionais de exercício da profissão – biomédicos, centrados na doença -, para modelos centrados na ajuda profissional que os enfermeiros podem proporcionar às pessoas e famílias para lidar com transições na saúde/doença (Silva 2007). 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. A forma como cada pessoa convive e passa pelos acontecimentos dos processos de saúde influencia diretamente todo o processo, particularmente o modo como se envolve na procura de informação e em encontrar novas estratégias, no sentido do autocontrolo. “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).

A vinculação das conclusões à teoria das transições de Meleis (2000), contribuiu para a explicação sobre a necessidade de cuidados de enfermagem e identificação dos focos sensíveis em ambulatório de Oncologia. O desenvolvimento de um arquétipo de focos altamente sensível aos cuidados de enfermagem, permite desenvolver o conhecimento da disciplina no âmbito das terapêuticas de enfermagem promotoras de transições saudáveis nas pessoas cuidadas (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010 e 2012) no Ambulatório de Oncologia. O estudo destes fenómenos permite perceber o envolvimento durante as transições; promovendo a preparação antecipatória da resposta e facilitando a aquisição de conhecimentos e capacidades na pessoa. Através dos pressupostos desta teoria de médio alcance, suportámos alguma análise às necessidades de cuidados da pessoa em ambulatório de Oncologia, que certamente vivencia diferentes tipos de transição, destacando-se neste trabalho as transições individuais, vivenciadas pela pessoa com doença oncológica.

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Gestão do Regime	28	Experiência e Educação/Comunicação	Forte Recomendação Moderada Qualidade da Evidência – 1B	Muito provável
Conhecimento e Aprendizagem	27	Experiência e Educação/Comunicação	Forte Recomendação Moderada Qualidade da Evidência – 1B	Muito provável
Desidratação	21	Náusea/Vómito	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Muito provável
Náusea	18	Náusea/Vómito	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Muito provável
Mucosite	17	Mucosite Oral	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Provável
Segurança	11	Segurança na Administração de Medicação	Forte Recomendação Frac/Moderada Qualidade da Evidência 1 B/C	Provável
Diarreia	16	Diarreia	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Possível
Dor	16	Dor	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Possível
Angústia	12	Função/ Bem-estar	Forte Recomendação Frac/Moderada Qualidade da Evidência B/C	Possível
Apetite	14	Nutrição	Sem Recomendação Frac Qualidade da Evidência - B/ C	Possível
Cansaço	14	Função/ Bem-estar	Sem Recomendação Frac/Moderada Qualidade da Evidência B/C	Possível
Infeção	12	Septicemia	FRACA Recomendação Frac/Moderada Qualidade da Evidência 2 C	Possível

Quadro 9 - Focos organizados por qualidade/ recomendação da evidência e nível de sensibilidade dos cuidados de Enfermagem em ambulatório de Oncologia.

Como **limitações** durante o estudo reconhecemos que o **tempo de observação** foi reduzido: apenas 8 semanas de observação poderão ter limitado as unidades de registo dos focos a avaliar e o **nível de evidência encontrado poderia ser melhor**: apesar da análise sistemática utilizada para suportar a análise dos dados os nível de evidência encontrado pelos autores para suportar os resultados não chegou exclusivamente aos níveis mais elevados (A1) e situam-se em níveis moderados (A/B 1). Este facto vem de encontro aos dados de evidências encontradas por nós a quando da pesquisa nas bases de documental nas bases de dados.

Os resultados foram divulgados à equipa de Enfermagem por meio de Poster -**Apêndice III**. O mesmo foi apresentado no 6º Congresso da OE - Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde: CIPE® e Experiências de Utilização Efetiva – **Vencedor do 3º Prémio – Anexo I**. Pela expressão e pertinência do desenvolvido, apresentamos no **Apêndice IV**, o artigo científico preparado para divulgação científica dos resultados.



O trabalho realizado permitiu-nos o conhecimento fundamentado sobre o *core* de focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório, possibilitando uma base de trabalho sólida para a construção de RMDE em ambulatório de Oncologia

b) Construir o padrão documental dos registos de Enfermagem a implementar em ambulatório num serviço de Oncologia.

Para construir o padrão documental de registos começamos por fazer pesquisa bibliográfica em diversas 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, que possibilitasse fundamentar a construção do mesmo.

De acordo com a pesquisa realizada e a evidência emergente dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório de oncologia, elaboramos a avaliação inicial - **Apêndice V-** para o hospital de dia e consulta de Ambulatório de Oncologia. Posteriormente definimos os diagnósticos de enfermagem de alta sensibilidade para os focos identificados (status dos focos), tendo em consideração os trabalhos de RMDE desenvolvido para a realidade Portuguesa por Paiva (2006), Pereira (2009) e a confrontação com a evidência decorrente da identificação dos focos de alta sensibilidade. Definimos ainda as intervenções de enfermagem de acordo com (CIPE Versão Beta 2). A validação da aplicabilidade da avaliação inicial e do padrão documental de registos, foi realizada durante 2 meses, tendo-se aferido/corrigido os detalhes em ambos os documentos.

Finalizado este processo tínhamos **concluído o arquétipo de RMDE do ambulatório do serviço de Oncologia** de um Hospital da região de Setúbal - **Apêndice VI-**, que teve por base o trabalho de investigação ação sobre os focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório. O padrão teve a revisão de peritos (grupo parametrizador SAPE do Hospital da região de Setúbal. Elaboramos também a lista dos principais indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem como produto resultante dos focos de alta sensibilidade do RMDE, também considerando Paiva (2006) e Pereira (2009) - **Apêndice VII.**

Da construção deste RMDE emergiu o foco considerado de alta sensibilidade – **Gestão do Regime Terapêutico** - que será objeto de trabalho de Investigação futuro por forma a definir uma Norma de Orientação Clínica nesta área do Cuidado de Enfermagem. Realizou-se um poster com os possíveis indicadores de resultado dos Cuidados de Enfermagem a extrair deste diagnóstico em ambulatório de Oncologia- **Apêndice VIII**

2.4.2. - Implementar o Processo Clínico Eletrónico para a área do ambulatório no serviço de Oncologia

Para operacionalizar este objetivo específico foi realizado amplo trabalho a nível do serviço em questão e também a nível institucional. Para tal definimos os seguintes objetivos:

- Desenvolver conhecimentos sobre a aplicação Oracle - SAPE : Módulo Ambulatório;
- Parametrizar o RMDE e das configurações da especialidade de Oncologia na aplicação Oracle - SAPE : Módulo Ambulatório;
- Formar a equipa de Enfermagem sobre a aplicação e registos SAPE: Módulo ambulatório (uniformização e boa prática de registo);
- Produzir Norma de Procedimento de suporte ao funcionamento Multidisciplinar da aplicação Oracle - SAPE : Módulo Ambulatório.

a) Desenvolver conhecimento sobre a aplicação ORACLE - SAPE : Módulo Ambulatório

Com este objetivo pretendemos melhorar o conhecimento sobre a aplicação Oracle – SAPE Ambulatório. Fizemos formação externa no Hospital Santo António do Porto, sobre funcionamento informático do módulo SAPE Ambulatório.

Objetivos:

- Conhecer as potencialidades de parametrização da aplicação;
- Analisar a articulação do SAPE Ambulatório com o SONHO, SAM e SAPE Internamento;
- Analisar a forma de parametrizar questões inerentes ao início do registo (consultas por especialidade, salas de enfermagem, cadeirões...).
- Conhecer o circuito informático do doente, face aos cuidados/registos de enfermagem, após efetivação da consulta no secretariado do serviço;
- Percecionar o agendamento e reagendamento dos contactos de enfermagem;
- Visualizar um RMDE em funcionamento no SAPE Ambulatório num serviço do HSA Porto.

Avaliação:

- Avaliação positiva da formação realizada tendo sido atingidos globalmente todos os objetivos planeados. (exceção da visualização de um RMDE em funcionamento na SAPE Ambulatório)

Realizamos um Estágio de 23 horas de contacto no Hospital de Santo António Porto; . -

Anexo II. Do mesmo emergiram as seguintes conclusões:

- Necessidade de apoio informático efetivo na fase de parametrização (fase de criação de salas e de protocolos/ intervenções terapêuticas, técnicas gerais, entre outros);
- Reconhecimento dos códigos presentes nas Portaria 839-A/2009 e 306-A/2011, de execução mais frequente nas consultas, e criação da interligação com as atitudes terapêuticas / intervenções de enfermagem do SAPE, de forma a operacionalizar a receita proveniente da realização de atos faturáveis;
- Necessidade de manutenção de secretariado permanente de apoio à Consulta e Ambulatório durante o seu horário de funcionamento (de modo a possibilitar a efetivação das consultas, sessões e gestão de agenda);
- A gestão de agenda de Ambulatório deve ser realizada pelas assistentes técnicas, dado que é um procedimento administrativo, podendo haver necessidade de, em alguns casos, reorganizar o circuito do utente;
- Necessidade de formação pluridisciplinar (enfermeiros, médicos e assistentes técnicos) sobre a interatividade entre as aplicações SONHO, SAPE e SAM, por forma a compatibilizar e uniformizar a sua utilização;
- Necessidade de avaliação pelos Administradores dos protocolos parametrizados e dos procedimentos do SONHO que poderão gerar grupos de diagnóstico homogéneo em Ambulatório.

Foram ainda redefinidos problemas parcelares a resolver para a concretização do Projeto:

- I. A implementação de um sistema de gestão de agenda/registo com base no SAME/SAPE em ambulatório implica uma alteração do circuito do doente existente no serviço e uma reformulação das dinâmicas interdisciplinares de todos os intervenientes, por isso implica uma sinergia de esforços multidisciplinar envolvendo decisões de topo desde Diretores de Serviço, Administradores, Farmácia, Informática,

Direção e Chefia de Enfermagem. Propõem-se uma reunião multidisciplinar com todos os intervenientes.

- II. A admissão administrativa de novos utentes em Ambulatório, assim como as marcações das sessões devem ser geridas pelo secretariado, que efetivam as mesmas após consulta médica. Esta é feita no SAM, pelo que o secretariado carece de formação sobre como operacionalizar estas questões. Contudo a configuração do atual secretariado do serviço é manifestamente insuficiente para um projeto desta natureza.
- III. As condições técnicas do ambulatório têm de ser melhoradas do ponto de vista dos equipamentos informáticos e dos postos de trabalho para possibilitar a utilização dos registos SAPE Ambulatório de forma real. Atualmente só existe um computador no Ambulatório que é utilizado por três enfermeiros para fazer registos de uma média de 40 doentes por dia. Sugestão da criação de mais dois pontos de trabalho.

b) Parametrizar o RMDE e as configurações de especialidade de Oncologia na aplicação ORACLE - SAPE: Módulo ambulatório

Após o estágio no HSA do Porto, foram despendidas cerca de 20 horas de contacto no SIE – SAPE Ambulatório por forma a tornar funcional o aplicativo e a explorar, do ponto de vista informático, as potencialidades do sistema, nomeadamente:

- Definição de perfil de parametrizador de serviço para SAPE Ambulatório;
- Disponibilização dos atributos informáticos para o avanço da futura parametrização informática e gestão de agenda do ambulatório;
- Identificação de trigger erros e bugs em várias funções do aplicativo;
- Definição de um perfil de utilizador de acordo com a categoria profissional;
- Definição do circuito informático do doente;
- Parametrização do circuito do doente em ambulatório e sala de cuidados de enfermagem em ambulatório;
- Parametrização dos diferentes protocolos terapêuticos a implementar no serviço e sua inter-relação com o SONHO;
- Aferição das possibilidades do SI do ponto de vista de gestão de agenda e dos registos de enfermagem.

Após a configuração e testagem da aplicação emergiram como conclusões:



- I. Ganhos efetivos na gestão de agenda e cadeirões.
- II. Reorganização do modelo de gestão de utentes.
- III. Possibilidade de reorganização do trabalho de Enfermagem em ambulatório, visando a eficiência do serviço.
- IV. Ganhos efetivos em qualidade pela diminuição do tempo de espera dos utentes.
- V. Ganhos efetivos em qualidade pela existência de registos de enfermagem (com todas as vantagens que lhes conhecemos)
- VI. Ganhos efetivos em qualidade pela definição de áreas altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório como a Gestão do Regime Terapêutico e Ganhos em Conhecimento.

Com a incrementação de conhecimento sobre a plataforma atingido e com a otimização do seu potencial criado, foi possível parametrizar o RMDE de ambulatório na aplicação Oracle SAPE Ambulatório, com o apoio do Grupo parametrizador do referido Hospital. Foi também solicitado acesso informático à aplicação SAPE para todos os enfermeiros do Serviço. De salientar que o processo de parametrização e o arranque dos registos informatizados foi realizado com a nossa colaboração sendo fundamental para o arranque dos registos informatizados no serviço de Ambulatório de Oncologia.

c) Realizar formação à equipa do serviço de Oncologia.

Após a parametrização do RMDE, estavam então criadas as condições para divulgar conhecimento sobre a aplicação e sobre os registos no módulo ambulatório SAPE: Hospital de Dia e Consulta. Foi concebida a apresentação de acordo com o guia orientador dos registos SAPE Ambulatório - **Apêndice IX** - e tendo como suporte o planeamento da sessão para o Módulo Ambulatório - **Apêndice X**. As sessões foram apresentadas de acordo com o planeamento estratégico e os objetivos previamente definidos. Estas foram realizadas em Janeiro de 2013 no Departamento de Formação do referido Hospital. Foram planeadas 2 sessões onde participaram 90% dos enfermeiros do serviço. A formação foi avaliada em formulários próprios do Departamento - **Apêndice XI**. A equipa atingiu os objetivos da sessão, estando capacitada para a realização de registos na aplicação SAPE, Módulo Hospital de Dia e Consulta Externa.

Posteriormente a esta formação, foi concebido um plano de formação no âmbito do Projeto Institucional, com diversas ações, que visaram difundir e formar outros serviços do Ambulatório nesta tipologia de registos. Foram também efetuadas formações no âmbito do projeto à equipa multidisciplinar (Médicos, Farmacêuticos e Secretariado) que tiveram como objetivo a uniformização de procedimentos de registo e circuito do doente em ambulatório. Procederam-se ainda, no serviço de Oncologia (Fevereiro 2014), a formações de operacionalização e melhoria da qualidade do registo, resultantes de auditorias ao registos.

d) Produzir Norma de Procedimento de suporte ao funcionamento Multidisciplinar da Aplicação Sape Ambulatório para o serviço de Oncologia.

Criado o modelo de formação institucional era necessário normatizar determinadas premissas relacionadas com a utilização da aplicação Ambulatório por parte dos diferentes intervenientes. Reunimos diversas vezes com Conselho de Administração para consciencializar os intervenientes sobre a importância dos registos Ambulatório e justificar a operacionalização dos mesmos para uma visibilidade dos cuidados prestados- Elaboramos posteriormente, em conjunto com a Chefia de Enfermagem, Direção Clínica e a Administração Hospitalar uma Norma de Procedimento de suporte ao funcionamento Multidisciplinar da Aplicação – **Apêndice XI** configurando os Manuais de Normas da Qualidade Hospitalar.

Findo este objetivo damos como concluído com sucesso o objetivo major de **Implementar o Processo clínico eletrónico para a área do ambulatório de Oncologia**

2.5 – Divulgação e contributos do PIS

A divulgação dos resultados atingidos na implementação de um projeto é uma etapa essencial, permitindo divulga-lo, identificando a sua pertinência e o caminho percorrido (Ruivo et al., 2010). Os contributos com implementação do PIS começaram ainda durante a frequência do 2º CPLEE MC, com a apresentação do Poster Identificação dos focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em Hospital de dia de oncologia no 6º Congresso da OE - *Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde: CIPE® e Experiências de Utilização Efetiva*. Este trabalho acabou por ser premiado entre os demais com o **3º Prémio** na categoria de Posters de Investigação, o que revela a importância atribuída pela OE à temática do projeto, assim como a correção metodológica identificada na sua conceção. – **Anexo I**. A sugestão de elaboração de um artigo científico sobre o realizado no PIS torna-se também uma ótima forma de divulgação futura do projeto, através de publicação em revista científica. Consideramos que os contributos, para a



evidência científica, dos resultados obtidos através da confrontação com uma revisão sistemática da literatura, no âmbito da temática dos focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em Ambulatório de Oncologia, serão bastante interessantes e inovadores enquanto informação científica dirigida aos profissionais de saúde na procura da melhoria contínua da prestação dos cuidados.

No final do CPLEE MC fomos convidados a apresentar o trabalho desenvolvido no 9º Congresso Nacional das Unidades Oncologia no Painel designando aos *Padrões de Qualidade em Hospital de Dia de Oncologia: o futuro*. que decorreu nos dias 16 de Maio de 2013 em Lisboa, de forma a partilhar o nosso percurso, metodologia, resultados, conclusões e recomendações. A inovação e pertinência do projeto permitiu-nos criar pontes com inúmeras unidades de Oncologia que pediram formação e informação sobre a implementação de um projeto semelhante.

Os contributos para a prática têm sido importantes nas várias formações realizadas em serviços de ambulatório de Hospitais do distrito de Setúbal, que pretendem implementar o realizado no PIS nas suas Instituições, reconhecendo a mais-valia do mesmo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A nossa presença e a divulgação do projeto têm prévia autorização do Conselho de Administração. Ainda do ponto de vista Institucional e após solicitação do Centro Hospitalar Lisboa Central, divulgámos o projeto em 2013, numa sessão solene realizada no conselho de administração da nossa instituição, para Enf. Supervisores e Enf. Chefes, de forma a disseminar os resultados, colaborando para o desenvolvimento do projeto nesta instituição.

2.6 – Avaliação final do PIS

Na **avaliação** de um Projeto, podemos distinguir a avaliação intermédia, realizada em simultâneo com a execução do projeto, e a avaliação **final** do mesmo, com a avaliação do processo e produto do Projeto. No final do Projeto, a avaliação tem um papel preponderante - avaliar um Projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente (ESS-IPS Orientações Trabalho Projeto, 2013c). Com a realização do PIS consideramos ter sido um vetor de **mudança**, criando condições para a prestação de Cuidados de Saúde e de Cuidados de Enfermagem de **Qualidade**, construindo a base onde futuramente os Enfermeiros do ambulatório irão representar os seus Cuidados e justificar os Ganhos em Saúde que representam para a população de pessoas a quem prestam cuidados. O reconhecimento institucional pela pertinência do PIS, com o apoio da Administração do Hospital, foi fundamental para alcançar os resultados operacionais dos objetivos traçados.

Resumindo o realizado no âmbito do PIS permitiu:



- Aperfeiçoar o SIE - Sape Ambulatório ao ponto de estar operacional para todos os profissionais;
- Construir o Guia de Formação para o Modulo de SAPE Ambulatório;
- Parametrizar os diferentes protocolos e MCDTS para os atos de Ambulatório das especialidades clínicas de Oncologia;
- Desenvolver, testar e parametrizar o RMDE do ambulatório (Hospital de dia e Consulta) do serviço de Oncologia;
- Formar equipas multidisciplinares na utilização do Modulo informático dos registos em Ambulatório de Oncologia (Hospital de Dia e Consulta);
- Normatizar a operacionalização e utilização dos registos informático pela equipa multidisciplinar de Oncologia como garante da Qualidade do atendimento à pessoa com doença Oncológica.

A ancoragem à teoria das transições de Meleis (2000, 2010 e 2012), durante a realização do PIS foi um fator importante. A sua aplicação na descrição das necessidades em cuidados de enfermagem facilitou a identificação de padrões, das propriedades, das respostas, dos contextos, dos significados e dos resultados, com a finalidade de planear e implementar cuidados de enfermagem efetivos (Brito 2012). Permitiu-nos ajudar na forma como facilitamos a transição e contribuimos para a manutenção e/ou promoção de melhores níveis de saúde Meleis (2000, 2010e 2012) e de qualidade dos cuidados.

Concluimos que a concretização do PIS, utilizando a metodologia científica, numa lógica de melhoria contínua, centrada na conceção, gestão e implementação de boas práticas, respeitando os aspetos éticos e deontológicos, vincando o valor do exercício autónomo da profissão, se materializou de forma elementar para a fundação das Competências do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

3 – Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC)

Paralelamente à implementação do PIS, foi proposto a elaboração de um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), que tem o objetivo de diagnosticar, planejar, executar e avaliar a aquisição de competências do EE, relevando as competências especializadas específicas em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, projeto este que foi desenvolvido ao longo dos estágios do CPLEE MC. O planeamento do PAC responde diretamente ao domínio das **aprendizagens profissionais** das competências comuns do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que refere, que o EE realiza desenvolvimento autónomo de conhecimento e competências ao longo da vida e em complemento às já adquiridas. A vida é reconhecida como um contexto de aprendizagem e de desenvolvimento de competências. A experiência é considerada como uma fonte legítima de saber, que pode ser formalizado e validado.” (Pires, 2007). A aquisição de competências nesta área, através da definição e execução e avaliação de um PAC permite-nos ter consciência dos recursos e necessidades formativas e auto-formativas, no âmbito dos objetivos pessoais e profissionais, por forma a melhorar e evoluir na prática diária.

Desta forma estabelecemos como objetivos para o PAC:

- Adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista;
- Adquirir e desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:
 - Adquirir e desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica;
 - Adquirir e desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

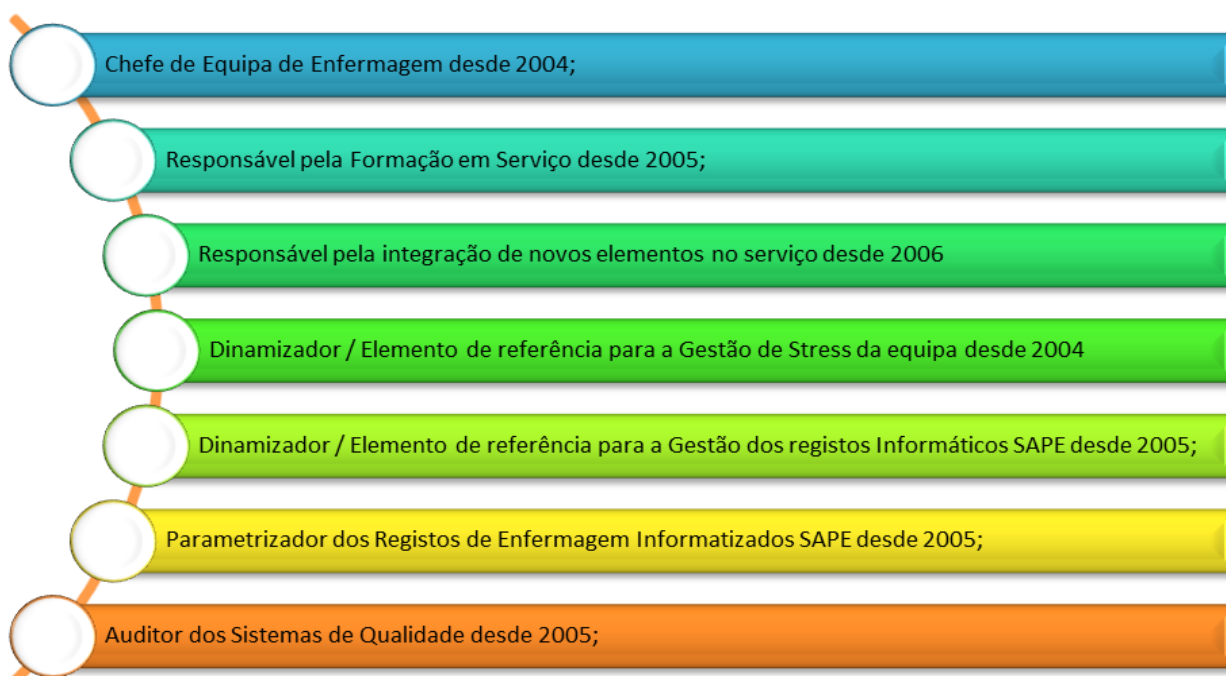
3.1. Planeamento e Execução do PAC

Benner (2001) no seu estudo “De iniciado a perito”, concluiu que o desenvolvimento da sabedoria no desempenho é baseado quer na experiência quer na educação do indivíduo. Destacou ainda que de acordo com o “modelo de competências de Dreyfus”, um indivíduo “passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito”. (p.43). A enfermeira perita “tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva

cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (p.58).

Para realizarmos o PAC, procuramos mobilizar o domínio das aprendizagens profissionais, fazendo uma análise diagnóstica e comparativa entre o nosso percurso profissional e os perfis de competências comuns estabelecidos pela OE para o Enfermeiro Especialista (OE, 2010a) e específicas para o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (OE,2010b) e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011a). Desta análise, considerámos relevante enumerar alguns desenvolvimentos profissionais:

Ilustração 1 – Aspetos Significativos do Percurso Profissional



Para Abreu (2007) os contextos clínicos pressupõem processos de reflexão sobre a praxis, o que os transforma em lugares únicos de transmutação de conhecimentos e obtenção de saberes práticos e processuais. O nosso percurso profissional reflete uma prática de contexto hospitalar, abrangendo experiência de internamento médico e especialidades (Oncologia, Hematologia e Endocrinologia). Contamos também com experiência em Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Crónica e Paliativa em Unidades de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados (2 anos).Tendo em conta que todas estas áreas são de referência médico-cirúrgica, de sensibilidade específica relacionada com a Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, não deixamos de fazer também uma análise sobre as competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, tornando por isso o nosso caminho mais rico e refletido.

O EE regula-se por **competências comuns** aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários abrangendo também 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 (OE, 2010 a). No **Apêndice XIII**, descrevemos as atividades desenvolvidas durante o PAC do CPLEE MC que permitiram a consolidação e integração das **competências comuns** na nossa prática de cuidados especializados.

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 (OE, 2010 b). O domínio de competências específicas é a prestação de cuidados especializados. Consideram-se como competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de pessoa em situação crónica e paliativa, que pretendemos integrar na nossa prática especializada:

Figura 4 - Competências Especifica do EEMC em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa



No PAC por nós executado, integramos também a descrição das atividades que pretendem operacionalizar um cuidar especializado do enfermeiro da Pessoa em Situação Crítica nas suas principais dimensões:

Figura 5- Competências Especifica do EEMC em Pessoa em Situação Crítica



No **Apêndice XIV**, descrevemos as atividades desenvolvidas durante o PAC do CPLEE MC que permitiram a consolidação e integração das **competências específicas** acima descritas na nossa prática de cuidados especializado.

4 – Reflexão Crítica sobre as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica

Le Boterf (2003) defende que a competência não é inata. Esta adquire-se e desenvolve-se, sendo melhorada ao longo do tempo e na ação. O mesmo autor considera que não existe competência sem ser na ação, aliás, defende que a competência se encontra no cruzamento de três domínios: 1) o sujeito com a sua história e a socialização, 2) a situação profissional e 3) formação profissional. Para um indivíduo ser competente é necessário que possua um conjunto de recursos (conhecimentos, capacidades cognitivas, capacidades relacionais, etc), mas para que este aceda ao estatuto de competente tem sempre que expressar-se na ação. Um exercício profissional de excelência só é possível pelo desenvolvimento de competências. Neste sentido, compreendemos que o desenvolvimento de competências comuns e específicas é uma preocupação em todo o processo de formação dos enfermeiros. A OE (2009a) define competência como um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades incluindo ajuizar. É com base nestes recursos, nos conhecimentos e experiências adquiridos, que o enfermeiro constrói a sua competência de natureza profissional. Para Collière (1999, p.290), este conceito já surge com outra perspetiva, mais abrangente “(...) a competência da Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir”.

Segundo a OE, o Enfermeiro Especialista, é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010a). Deve ser detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção; considera-se que o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2009 a). Da análise sobre os perfis de competências do EE, compreendemos que as mesmas são desenvolvidas com suporte na reflexão crítica sobre *práxis* e através da reconstrução da identidade pessoal e profissional do enfermeiro. A experiência e o domínio levam à transformação da competência e, dessa mudança, ocorre o aperfeiçoamento das atuações (Benner, 2001). Neste capítulo pretendemos fazer uma reflexão sobre a aquisição das competências comuns e específicas, do EE, da área Médico-cirúrgica, analisando o percurso ao

longo do CPLEEMC, evidenciando o realizado o âmbito do PIS e do PAC, assim como o contributo dos aportes dos diferentes módulos do plano de estudos da referida especialidade

4.1. – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com a OE (2010a), 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. De acordo com o MDP (OE, 2009 a), os enfermeiros especialistas possuem como competências comuns os domínios da **responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão de cuidados; das aprendizagens profissionais.**

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;

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

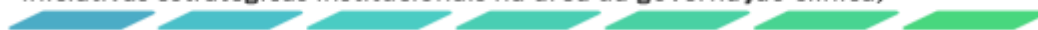
Desenvolvemos o domínio desta competência pela **demonstração da tomada de decisão ética** numa variedade de situações da prática especializada nomeadamente: na gestão de equipas, adequando as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade da pessoa e na discussão da prática especializada na tomada de decisão ética e de acordo com o código deontológico no módulo de **Questões éticas emergentes em cuidados complexos (Apêndice XV – Capítulo 5)**. Suportamos a decisão em princípios, valores e normas deontológicas, liderando e avaliando, de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na área de especialidade, promovendo a proteção dos direitos humanos. As decisões e prestação de cuidados por nós realizados pautam-se pela defesa dos conceitos inseridos no REPE, dos valores, deveres e direitos defendidos no Código deontológico do enfermeiro, e ainda, seguindo os princípios básicos da ética, como por exemplo: princípio da autonomia (da profissão e respeitando a autonomia do cliente), da beneficência, da não maleficência e da justiça. No REPE, relativo ao exercício profissional dos enfermeiros, revela-se que no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos OE (2012). Convém também 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 o artigo 78º (Princípios gerais) ponto um do Código Deontológico dos Enfermeiros: “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”. Afirma-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. Durante o estágio e a realização do PIS, foram vários os momentos em que a ética e todos os princípios estiveram presentes, nomeadamente no pedido de autorização para implementação do PIS e também no consentimento informado para a observação dos cuidados de enfermagem em sala de cuidados de Ambulatório de Oncologia. Durante a prática especializada promovemos ainda o desenvolvimento de medidas para a segurança dos dados e registos, no âmbito das auditorias dos registos no serviço. Os contributos lecionados, os trabalhos realizados e a reflexão emergente das **UC de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem e no módulo de Supervisão de Cuidados - Apêndice XV**, permitiu-nos um desenvolvimento e avaliação dos resultados de uma tomada de decisão ética nas situações da prática especializada.

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

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



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



B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.



Neste domínio promovemos a **liderança, concretizamos e gerimos um programa de melhoria contínua da qualidade**, na área dos Registos de Enfermagem, utilizando a metodologia científica de projeto lecionada na **UC de Investigação**. As diferentes etapas da metodologia de projeto, permitiram-nos, a aquisição de competências comuns do domínio da melhoria da qualidade, com evidência para a competência B2 (Concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade), e unidade de competência B2.2 (Planeia programas de melhoria contínua). O desenvolvimento dos critérios de avaliação B2.2.1 (Identifica oportunidades de melhoria), B2.2.2 (Estabelece prioridades de melhoria), B2.2.3 (Seleciona estratégias de melhoria), ocorreu com a realização do diagnóstico de situação e elaboração do planeamento do PIS.

Dinamizamos iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, com nomeação para o **Grupo Institucional dos Registos Informatizados** e em **Programas de Melhoria Continua da Qualidade como auditor interno**. Promovemos processos de liderança e da qualidade dos cuidados na operacionalização de Normas de Procedimento Institucional no âmbito da execução do PIS e do PAC. Implementamos processos de **auditoria clínica e diagnóstico aos registos informatizados SAPE** no Ambulatório de Oncologia; Desenvolvemos aptidões a nível do planeamento estratégico da qualidade dos cuidados pela definição dos Indicadores de Enfermagem a adotar no Ambulatório de Oncologia. Colaboramos, interinstitucionalmente, na área da qualidade e em formação de outras unidades em projetos semelhantes (Centro Hospital Barreiro/ Montijo; Hospital de São Bernardo- Setúbal), assim como na comunicação de resultados das atividades institucionais aos enfermeiros chefes e gestores de outras instituições (Centro Hospitalar de Lisboa).

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;

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

Neste domínio, gerimos cuidados especializados pela **orientação e supervisão de tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade**, promovida pela liderança no desenvolvimento do PIS e do PAC. A realização dos estágios e dos projetos permitiu-nos adequar as estratégias de implementação do PIS e do PAC de modo a favorecer a melhor resposta por parte da equipa. Maximizamos o resultado do processo de cuidar, ao nível da tomada de decisão, promovendo um ambiente gerador de segurança e proteção dos pessoas /família, pela orientação clínica promovida no desenvolvimento e implementação do RMDE no PIS e pelas normas de procedimento clínico no PAC.

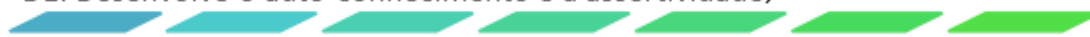
Gerimos o trabalho de equipa, apropriando os recursos existentes às necessidades de cuidados. Adotamos um estilo de liderança adequado à cultura e ao clima organizacional do serviço, durante o desenvolvimento do PIS e do PAC, mobilizamos os conteúdos da **UC Ambientes em Saúde**. A assunção de responsabilidades inerentes a Chefe de Equipa permite operacionalizar a unidade de competência nos seus indicadores de avaliação: C1.1.1. Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa; C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional; C1.1.3. Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções



eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar; C1.1.4. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde. Concretizamos um modelo de gestão de cuidados de enfermagem, com base nos conteúdos do módulo de **Supervisão de Cuidados – Apêndice XV**, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e da articulação com a equipa multidisciplinar, garantindo a Segurança e a Qualidade; Esta estratégia permitiu-nos também implementar momentos de partilha, reflexão e discussão sobre o Processo de Enfermagem, os diagnósticos, as intervenções sensíveis aos cuidados promovendo a otimização das práticas e da tomada de decisão clínica;

O domínio das **Aprendizagens Profissionais** comporta as seguintes competências comuns:

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;



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



Neste domínio, promovemos o desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade, desenvolvemos uma praxis clínica especializada baseada em padrões de conhecimento orientados por uma **prática baseada na evidência**, através de responsabilização enquanto elementos facilitadores das aprendizagens, em contexto de trabalho, na área da especialidade, pelo recurso a metodologias de investigação e evidência (trabalho de investigação com base na evidência realizado durante o PIS). No código deontológico do enfermeiro são considerados valores universais na relação profissional do enfermeiro: a competência e o aperfeiçoamento profissional. O enfermeiro assume o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, nunca esquecendo a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (OE, 2005).

Procuramos liderança na conceção e operacionalização de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente dos cuidados de enfermagem, onde se insere a orientação da prática clínica definida pelo RMDE desenvolvido no PIS e das normas de procedimento clínico desenvolvidas no PAC. Desenvolvemos a autoconsciência e o autoconhecimento, pela reflexão, análise e diagnóstico do nosso percurso enquanto pessoa e enfermeiro, mobilizando os conteúdos do módulo **de Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem** possibilitando-nos relacionar, ajudar e decidir melhor. Coordenamos a formação em serviço, como responsável, em articulação com a chefia de enfermagem, diagnosticando necessidades, implementado processos, promovendo o desenvolvimento de habilidades e



competências dos enfermeiros, avaliando o seu impacto e oportunidades relevantes de investigação anualmente permitindo operacionalizar os critérios de avaliação da unidade de competência: D2.1.1 Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais; D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas; D2.1.3. Concebe e gere programas e dispositivos formativos; D2.1.4 Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; D2.1.5. Avalia o impacto da formação.

Desenvolvemos **práticas de pesquisa avançada e com base na evidência** promotoras da qualidade e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, refletindo uma prática especializada, interpretando, organizando e divulgando dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. Fundamentamos os cuidados de enfermagem especializados em sólidos e válidos padrões de conhecimento na conceção de normas de procedimento institucional no âmbito do PAC e na concretização do PIS.

4.2. – Competências Específicas do Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Passaremos à análise das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas duas áreas de especialização que a integram e na qual baseamos o planeamento do nosso PAC: do EE em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e em Pessoa em Situação Crítica.

4.2.1- Do EE em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

A área de especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, segundo a OE (2011a), define a intervenção do EE junto da Pessoa com doença crónica e terminal, ao longo do ciclo de vida, sendo, transversal na sua organização aos projetos de saúde da mesma, bem como à sua família e ao seu grupo social de pertença, mantendo a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa multidisciplinar. Analisamos de seguida o realizado nos projetos e estágios do CPLEE procurando integrar o descrito nas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa e na visão da OE (2013) que refere que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa será o profissional de referência que garante a assistência ao doente com doença incurável, crónica avançada ou em fim de vida e à sua família, seja em contexto hospitalar, seja em serviços de saúde da comunidade,



maximizando o seu bem-estar, conforto, a sua qualidade de vida, diminuindo o sofrimento, preservando a sua dignidade e sempre em estreita colaboração com a restante equipa interdisciplinar.

Realizámos estágio com duração de **50 horas** de contacto **na prestação de cuidados a pessoas em situação crónica, incapacitante e terminal, no serviço de ambulatório** de Oncologia de um Hospital da região de Setúbal. O processo de cuidar a pessoa, família e grupos, é muito importante para a Enfermagem, não só pelas transações dinâmicas de pessoa para pessoa, mas também por causa dos conhecimentos necessários, empenho, valores humanos e compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro (Watson, 2002). **Prestámos cuidados especializados à pessoa com doença crónica e terminal, aos 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, facilitando os processos de transição situacional de saúde/doença ocorridos, tendo por base a reflexão realizada no trabalho do módulo **de Supervisão de Cuidados – Apêndice XV e a análise da nossa praxis clinica de 15 anos de experiencia profissional nesta área**.

Os cuidados de enfermagem especializados, de acordo com os padrões da qualidade da OE (2013) para à pessoa em situação crónica e paliativa, perseguem a otimização de resultados em doentes crónicos avançados com necessidades complexas, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas de cuidar. Esta relação terapêutica deve ser facilitada por limites mutuamente acordados, mediante parcerias terapêuticas com doente, cuidadores e família, a qual é passível de ser desenvolvida num curto espaço de tempo, assim como adaptável a diversos contextos. Acontece sempre em estreita colaboração com outros membros da equipa multidisciplinar de saúde e/ou serviços de apoio. Tendo em conta estes pressupostos promovemos 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 à perda e à morte, mobilizando na prática clinica dos aportes lecionados nos módulos de **Intervenções de Enfermagem Ao Cliente com Dor, Espiritualidade e cuidados de enfermagem e Cuidados ao Cliente em Fim de Vida**.

Implementamos a reflexão sobre o **processo de enfermagem especializado** na construção de plano de cuidados fundamentados, elaborado no âmbito do modulo de **Supervisão de Cuidados (Apêndice XV – Capítulo 3 e 4)**., na prática clinica à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal permitiram responder aos critérios de avaliação L5.2.1 – Objetiva os



cuidados na preservação da 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; L5.2.2 – Estabelece um plano individualizado para a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares; L5.2.3 – Adota medidas farmacológicas no alívio dos sintomas; L5.2.4 – Adota medidas não farmacológicas no alívio dos sintomas; L5.2.7 – Atua, em tempo útil, nas situações de agudização (OE 2011a).

Pesquisámos e adaptámos Guidelines e Nocs Internacionais da SECPAL, EONS com base na evidência clínica otimizando os cuidados à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal. Disseminámos os achados documentais pela equipa, evidenciando os resultados do trabalho sobre os focos sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório de oncologia realizado no PIS, o que permitiu a implementação de intervenções especializadas comuns a todos os profissionais e responder aos critérios de avaliação: L5.4.1 – Utiliza estratégias baseadas na evidência, para o desenvolvimento do auto-conhecimento e das capacidades das pessoas com doença crónica incapacitante, seus cuidadores e familiares (OE 2011a);

A experiência de doença terminal 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”. Promovemos reflexão sobre vários aspetos teóricos relacionados com a ética de enfermagem e a tomada de decisão ética relativamente a dimensões do cuidar a Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, refletindo sobre a **Dignidade da Pessoa, Sobre o Sofrimento e a experiência da Doença, sobre a dimensão espiritual** do cuidado à pessoa com doença crónica e paliativa, estratégias que permitiram operacionalizar a unidade de avaliação: L5.4.2 – Utiliza estratégias de comunicação e de trabalho em equipa, assim como conhecimentos teóricos e práticos relacionados com a ética, para tomar decisões adequadas que permitam uma proporcionalidade adequada no uso de terapêuticas invasivas e diagnósticas. A compreensão das significações do conceito de espiritualidade foi também muito útil e contribuiu 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

- Dimensões do fenómeno: **Transcendente, Religiosa, Cultural, Existencial;**
- Fatores precipitantes: Sofrimento, **Doença, Morte, Situações adversas;**
- Características: **Integradora, Individual, Promotora de sentimentos positivos, Vivência multidimensional;**
- 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 objetivos, os valores e as respostas estéticas que formam o sentido do “eu”, cuja integridade é ameaçada pela dor e pela doença”. Esta reflexão consolidou a implementação do foco do cuidar **Angustia e Esperança**, no RMDE como sendo altamente sensível aos cuidados de enfermagem em Oncologia.

Implementamos várias escalas de avaliação no RMDE e na avaliação inicial desenvolvida no âmbito do Pis como: **Avaliação da Angustia Espiritual** (SWBQ, 2003; Gomez& Fisher, 2005). Versão portuguesa do questionário por Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009; **Índice de Karnofsky** e **Escala de avaliação de sintomas de Edmonton**, cumprindo os critérios de avaliação de competência: L5.1.1 – Avalia e diagnostica as necessidades de cuidados paliativos na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, ao nível físico, psico-emocional, espiritual e sócio-familiar; L5.1.2 – Avalia e identifica os sintomas descontrolados na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, segundo a sua intensidade e prioridade para o individuo, utilizando para tal escalas e ferramentas adequadas, assim como o conhecimento científico; L5.1.3 – Analisa e valoriza o peso de variáveis psico-emocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional; L5.1.4 – Avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, promovendo a obtenção do máximo de satisfação do doente; L5.1.5 – Identifica, em tempo útil, situações de agudização (OE 2011a),. Introduzimos ainda a avaliação dos efeitos da natureza do cuidar de pessoas com doença crónica e paliativa, nos seus cuidadores e familiares, **utilizando Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.**



Desenvolvemos e coordenamos anualmente o **Projeto de Oncologia Apoiada** no serviço de Oncologia avaliando o burnout dos enfermeiros/profissionais, desenvolvendo espaços de reflexão, sessões de relaxamento, técnicas de comunicação/assertividade e teambuilding por forma a 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. A implementação deste projeto cumpre os critérios de avaliação: L6.4.1 – Identifica fatores de risco e situações problemáticas, associadas a esgotamento físico e emocional; L6.4.2 – Utiliza estratégias eficazes de auto-cuidado para minimizar potenciais geradores de stresse relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte, a pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares; L6.4.3 – Aplica 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, seus cuidadores e familiares (OE,2011a)

A análise das competências, dos seus descritivos e unidades de competência, permitiu-nos concluir, ter desenvolvido e concretizado projetos de acordo com os padrões de qualidade definidos para o EE em EMC em pessoa em situação crónica e paliativa pela OE (2013) nomeadamente na: Satisfação do doente e família, na promoção da qualidade de vida, no bem-estar e alívio do sofrimento, na prevenção de complicações, na (re) adaptação funcional às perdas sucessivas e na organização dos cuidados de enfermagem. Consideramos que as competências desenvolvidas e consolidadas durante os projetos e estágios do CPLEE na área do EE à pessoa em situação crónica e paliativa permitiram evidenciar o pressuposto da **organização dos cuidados de enfermagem** nesta área especializada pelos contributos:

- Para a reflexão crítica na construção do quadro de referências para o exercício profissional enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa;
- Para a reflexão crítica e inovação no sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas nesta área da especialidade;
- 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;



- No planeamento, organização e implementação de planos de formação e de investigação, em articulação com a restante equipa multidisciplinar;
- Na utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crónica e paliativa, promotoras da qualidade;
- Na 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.);
- Para disseminar a filosofia de CP junto de outros profissionais de saúde e do cidadão, em geral.

4.2.2- Do EE em Pessoa em Situação Crítica

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica “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 especializadas - considera-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,2010b).

Analizamos de seguida o realizado nos projetos e estágios do CPLEE procurando integrar o descrito nas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. No domínio da competência **Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, realizamos estágio com duração de 40 h de contacto na **prestação de cuidados a pessoas em situação crítica**, no serviço de ambulatório (Hospital de Dia) de



Oncologia. Prestamos cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; em situação emergente antecipando possível instabilidade e risco de falência orgânica, como é o exemplo **de atuação emergente no tratamento de reações anafiláticas à terapêutica citostática e nos cuidados de enfermagem a pessoas com cateteres subcutaneamente implantados**; Durante o estágio **gerimos protocolos terapêuticos** complexos no tratamento da pessoa em situação crítica no hospital de dia de Oncologia, pelo domínio e especificidade de um grande número de protocolos de tratamento, com terapêuticas dirigidas ou citostáticas. Os aportes do módulo de **Intervenções de Enfermagem em Situação de Urgência**, permitiu o desenvolvimento de competências ao nível do diagnóstico e planeamento de cuidados de urgência/emergência, consoante o grau de diferenciação nos respetivos contextos, adaptação que fizemos ao contexto por nós vivenciado: o ambulatório de Oncologia.

Gerimos de forma diferenciada a dor da pessoa em situação crítica e / ou falência orgânica. A dor é uma experiência subjetiva 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). O aportes do módulo de **Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor**, foram também um contributo importante para a conceptualização teórica da norma acima referida;

Promovemos o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, assistindo a pessoa e família nas perturbações emocionais, gerindo a comunicação interpessoal com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. O módulo de **Questões éticas emergentes em cuidados complexos**, permitiu conceptualizar as questões éticas decorrentes da prestação de cuidados em ambiente complexo, articulando a ética e deontologia com a reflexão, face a eventuais casos clínicos, passíveis de acontecerem nos nossos contextos. Operacionalizamos junto da equipa de Enfermagem, no âmbito da gestão de cuidados especializados à pessoa em situação crítica as normas de procedimento clínico desenvolvidas no PAC. Mobilizamos na prática clínica os aportes lecionados nas várias UC do CPLEE MC, em particular no módulo de **Seminário de Peritos: Suporte Imediato de Vida** onde foram abordados diversos algoritmos de atuação como os do Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Imediato de Vida (SIV), Suporte Avançado de Vida (SAV).

No domínio da competência **Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação**. Planeamos a resposta perante pessoas em



situação de emergência multi-vítima ou catástrofe, mobilizando na prática clínica os aportes lecionados no módulo de **Seminário de Peritos: problemáticas e decisões em situação de catástrofe**, que nos permitiu desenvolver competências na organização da resposta a uma situação de emergência e catástrofe (articulação entre as diferentes entidades). Possibilitou-nos mobilizar conhecimentos sobre os planos de emergência e catástrofe existentes e, alertou para a importância de apostar numa política de segurança que atenua o risco. Estes conhecimentos são fundamentais na praxis de um enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, para uma intervenção adequada perante situações de emergência ou catástrofe.

Para conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência realizamos um estágio de observação de 16h na Comissão de Gestão de Risco (CGR) do referido Hospital. As CGR são responsáveis pela implementação das políticas de gestão do risco, gestão de incidentes, gestão de resíduos, segurança de pessoas e bens, saúde e segurança e pela operacionalidade do PEI. **Realizamos na CGR uma formação de 4h subordinada ao tema - Plano de emergência interno.** Durante esta formação abordamos os conteúdos do plano de emergência interna e relembramos conceitos a mobilizar de forma a assegurar a segurança dos clientes, profissionais e bens da instituição. Esta formação trouxe contributos importantes para o desenvolvimento desta competência, pela aplicação prática dos conteúdos abordados.

Oliveira (2007), defende que a construção de uma Cultura de Segurança consistente e eficaz permite: a melhoria da qualidade na prestação de cuidados; a promoção efetiva da segurança para profissionais e utentes; o aumento da eficácia na utilização dos recursos; o desenvolvimento da capacidade de aprender com os erros (Política de gestão do erro). A sua principal meta é a redução de acidentes e erros e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria e qualidade e segurança dos cuidados. Este tipo de cultura vai certamente beneficiar as pessoas, profissionais e a própria organização pelos ganhos que acrescenta ao sistema de prestação de cuidados. Corroborando estas ideias Nunes (2006) deixa sugestões para implementação de sistemas que visam uma cultura de segurança: respeitar e cumprir os deveres profissionais (cumprimento do Código Deontológico; estar eticamente atento); cumprir os princípios (não facilitar nas etapas dos procedimentos; verificar e reverificar; refletir as práticas de cuidados); controlar o risco (gestão do risco - identificar, analisar e tratar potenciais riscos num contexto de prática circunscrita e desenvolver e avaliar políticas e procedimentos que definam guidelines na instituição e para a prática direta (ex:Bundles); pedagogia do risco - informação e discussão de casos e formação dos profissionais (estudo de casos, relatórios de eventos adversos); produzir recomendações para



mudanças nas políticas e/ou nos procedimentos; zelar pelo ambiente (Dotações seguras, Ambiente físico da unidade de cuidados, Ambiente humano da unidade de cuidados); desenvolver o conhecimento (investigações sobre riscos, erros, falhas na segurança (ex: FMEA)). A organização da gestão do risco de acordo com estes pressupostos capacita o enfermeiro no seu papel crucial da prevenção do erro e dos eventos adversos, intervindo de forma proactiva e possibilitando o objetivo primordial da qualidade ou seja os ganhos em saúde para as pessoas/famílias/comunidades

No domínio da competência, **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, concebemos**, como elemento responsável pela formação em serviço e em articulação com o elemento responsável pela CCI, **um plano local de prevenção e controlo da infeção**, visando diagnosticar necessidades no serviço face ao controlo de infeção, **estabelecendo estratégias de intervenção**, demonstrando conhecimentos específicos, implementando procedimentos e circuitos, de acordo com CCI do Hospital **visando a segurança dos doentes e profissionais**. 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, 2007: 4). Lideramos 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, nomeadamente nos doentes imunodeprimidos ou com suscetibilidade à infeção seguindo as indicações consideradas na Norma de Procedimento “Isolamento”, da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar. Integrámos os aportes do módulo de **Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas**, nomeadamente sobre a função e importância das Comissões de Controlo de Infeção no plano organizacional hospitalar. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) prevê a qualidade nos processos, nas estruturas e nos resultados a favor da qualidade nos cuidados de saúde. Nele se inscreve a criação de Comissões de Controlo de Infeção (CCI) nas unidades de saúde como uma das iniciativas tomadas para minimizar o risco e controlar a infeção.

Maximizamos os conhecimentos sobre prevenção e controlo de infeção: pesquisa bibliográfica sobre o tema na Biblioteca e em bases de dados (B-on; Medline; PubMed; Scielo e Scielo Portugal); Consultamos normas institucionais e diretrizes do Ministério da Saúde, da Direção - Geral da Saúde - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados



de Saúde. Março de 2007. Direção Geral de Saúde – Equipamentos de Proteção Individual; Consultamos diretrizes Europeias sobre IACS: IACS - World Health Organization; Infect Control Hospital Epidemiology; Consultamos recomendação do Conselho da União Europeia sobre a segurança dos clientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Junho de 2009; Consultamos as Guidelines do Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Realizamos o **diagnóstico de necessidades específicas** no serviço sobre Controlo de Infecção através de FMAE - **Apêndice XXII**. Apresentamos através de Poster Informativo o trabalho sobre **Vias de Transmissão e Equipamento de Proteção Individual**. Apêndice **XXIII**; que ficou disponível na CCI do Hospital para disseminação de boas práticas dos cuidados de enfermagem nos restantes serviços/unidades que o compõem.



5 – Análise de competências de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica

O Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março estabelece que, em termos do ensino politécnico, o grau de mestre deverá corresponder à aquisição de uma especialização de natureza profissional. No caso específico da Enfermagem e mais concretamente da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tal implica que em complemento com as competências do enfermeiro especialista, um Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica possua um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área Médico-Cirúrgica. Tendo em ponderação os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação ao perfil do EE, é proposto ao estudante adquirir, seis competências para alcançar o grau de Mestre em enfermagem, nomeadamente:

- Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos Cuidados de Enfermagem;
- Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;
- Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- Realize 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.

Numa análise às competências atribuídas ao detentor do grau de Mestre poderemos concluir que algumas destas *toacam* necessariamente outras do EE. Ao longo desta reflexão pretendemos promover a relação entre as competências de Mestre e EE como elemento promotor desta mesma aquisição de competências.



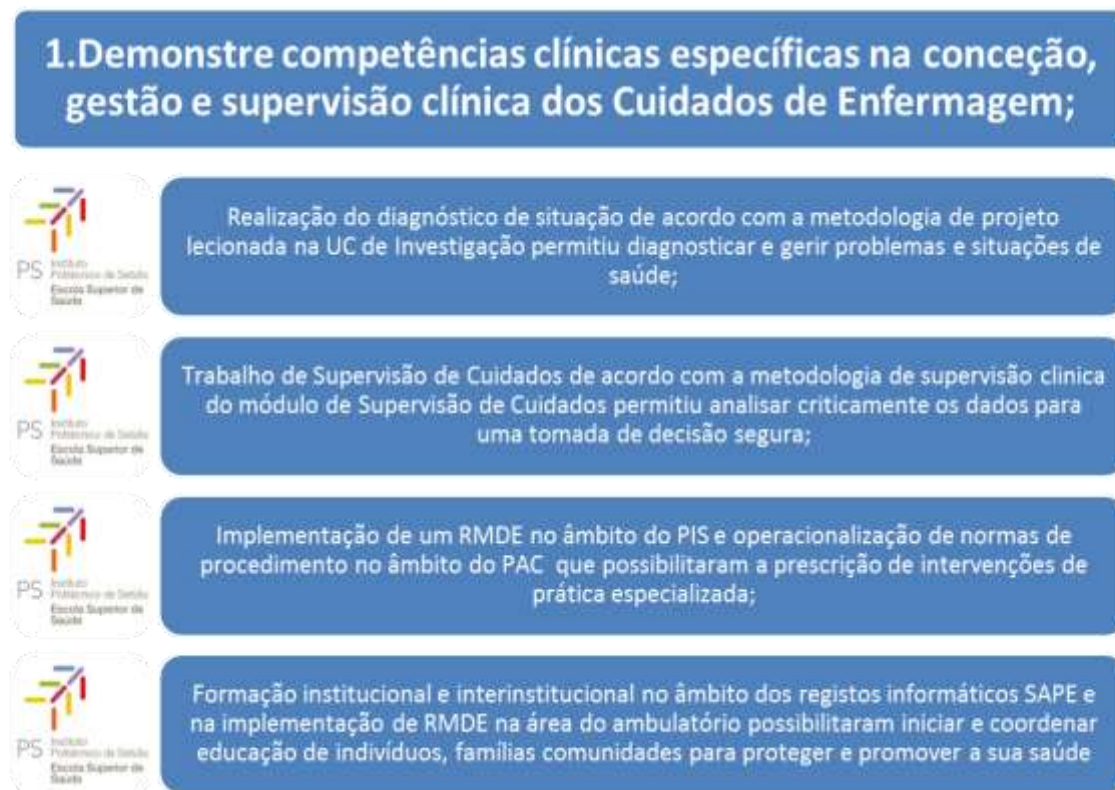
1 - Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos Cuidados de Enfermagem;

Todo o percurso refletido e descrito na aquisição de Competências do EE dá resposta a esta competência. Ela está relacionada com os resultados de aprendizagem, presentes no Regulamento de Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica (Nunes & Ruivo, 2011), que se concretizam no artigo 15º do Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março.

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 (Tomey&Alligood, 2004). 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." A utilização da metodologia de supervisão de cuidados de enfermagem de acordo com o Processo de Supervisão Clínica de Nicklin, esteve presente em grande parte do projeto de aprendizagem clínica, sendo fundamental para agregação de conhecimentos na construção de competências clínicas específicas. Como futuro Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica, é importante a integração plena do conceito de supervisão clínica, sendo essa competência fundamental para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade (ESS/ IPS, 2012). No que respeita ao processo de supervisão dos cuidados, consideramos que possuímos esta competência na integração formal de novos elementos no serviço e também na prática diária, de forma informal, com os pares com menos experiência em determinadas áreas.

A *práxis* atual enquanto enfermeiros especialistas, os estágios do CPLEEMC e os projetos desenvolvidos no mesmo e no curso de mestrado, foram determinantes para o desenvolvimento desta competência. Para a evidência da operacionalização da mesma contribuiu o desenvolvido do PIS, na conceção, gestão e supervisão clínica de enfermagem evidenciada na gestão do projeto de registos de enfermagem em ambulatório de Oncologia visando os focos sensíveis à prática de enfermagem, assim como na prática clínica desenvolvida durante este percurso à pessoa em situação crítica e à pessoa em situação crónica e paliativa. Também inúmeros aportes desenvolvidos no PAC sugerem uma aquisição desta competência nomeadamente na conceção de inúmeras normas de procedimento em Serviço que visam ser garante de boa prática e qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como na conceção de posters de cariz institucional que visam a promover a saúde e prevenir complicações dos indivíduos, família e comunidade.

Figura 6 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC - Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos Cuidados de Enfermagem



2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

Hoje em dia é constante a necessidade de atualização e desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos específicos que confira competência a todos aqueles que exercem uma determinada profissão. Este conjunto de conhecimentos constitui uma mais-valia em permanente desenvolvimento sendo uma consequência da constante procura por parte do homem em se conhecer a si próprio e ao mundo no qual esta inserido. O enfermeiro tem o dever de manter permanentemente um elevado profissionalismo, ou seja, uma performance de excelência (OE,2005)

A formação contribui para a Qualidade dos cuidados prestados e facilita a Visibilidade dos saberes específicos da profissão; uma das vertentes da formação é a formação de adultos, ou seja a Andragogia. A Andragogia surgiu nos anos 60, com a especificidade do Ensino para os adultos, “arte e ciência de ajudar os adultos a aprender”, com Malcolm Knowles. Assenta nos princípios da participação e da horizontalidade; é um processo orientado pelo formador que, permite incrementar o pensamento, a auto-formação, a qualidade de vida e a criatividade do formando adulto, com o



propósito de lhe proporcionar uma oportunidade para que atinja a auto-realização. Surge da necessidade de aprender, mas aprender com significado, o estudante escolhe relacionar as novas informações com as que já conhece - ocorre assim a Aprendizagem significativa. Este conceito foi desenvolvido por David Ausubel.

Para Ausubel (cit. por Novak, 2000), a aprendizagem significativa é um processo que ocorre pela absorção de novos conceitos e pelos relacionamentos estabelecido com os conceitos já existentes na estrutura cognitiva de quem aprende. Segundo Novak, a aprendizagem significativa tem três exigências: Conhecimentos anteriores relevantes (o formando deve ser portador de conhecimentos que se relacionem com os novos); o Material deve ser significativo (os novos conhecimentos devem ser significativos para os anteriores e devem envolver conceitos e preposições significativas) e o formando deve Escolher aprender significativamente (deve optar por consciente e intencionalmente, relacionar os recentes conhecimentos com os anteriores de forma não banal). Estes critérios reunidos conduzem à **Autoformação** ou seja, a prática andragógica, facilita, ao adulto que quer aprender, a participação ativa no seu processo de aprendizagem, em que este vai intervir na planificação, programação, realização e avaliação das Atividades educativas em condições iguais com os seus companheiros e participantes, nomeadamente com o formador. A autoformação contribui para a qualidade dos cuidados, por um lado; por outro conduz a necessidades específicas ao nível da formação.

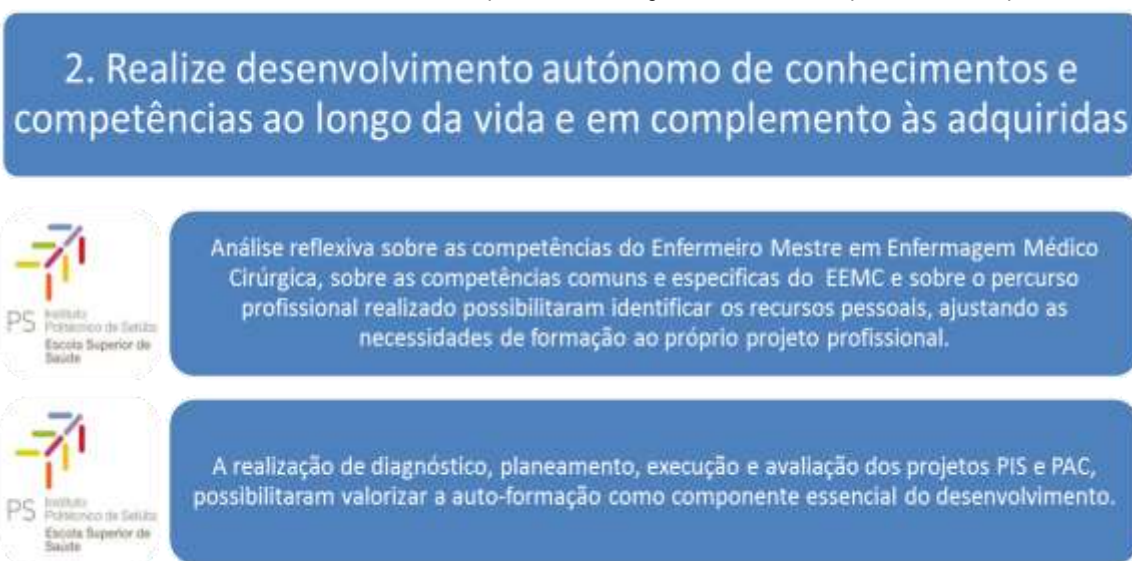
A Andragogia contempla a Formação Contínua aplicada à Enfermagem podendo esta ser considerada como uma aprendizagem ao longo da vida. Qualquer formação ao longo da vida, tem como objetivo de melhorar os conhecimentos, as qualificações numa perspetiva pessoal, cívica e Social podendo ser ou não relacionada com o emprego. De acordo com a posição do Conselho Internacional de Enfermeiros relativa ao desígnio da profissão, a enfermagem é responsável por articular e disseminar definições claras do papel profissional, para que não se limite a tarefas ou funções específicas, mas que inclua a prestação de cuidados, a avaliação do respetivo impacto, a advocacia dos clientes, a supervisão de cuidados, a liderança, o ensino e o desenvolvimento de investigação e de políticas de saúde. Tendo por base estas premissas, a reflexão crítica sobre o nosso percurso profissional, foi vital para polir as dimensões de todas as unidades desta competência, enfatizadas pela identificação dos recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao projeto pessoal / profissional, durante os estágios realizados, e pela valorização da autoformação como componente essencial do desenvolvimento. Assim sendo, durante a frequência

deste curso, a realização de diagnóstico, planeamento, execução e avaliação dos projetos PIS e PAC, demonstraram-se determinantes para sustentar esta competência.

Terminar o mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica está implícito no nosso projeto pessoal e profissional. Projeto iniciado com o Bacharel em Enfermagem concluído em 1998, seguido pela conclusão do Complemento de Formação em 2004 que nos conferiu Licenciatura. A nossa atividade profissional tem um percurso contínuo em Oncologia, tendo as necessidades formativas sido ajustadas ao longo dos 15 anos de experiência profissional. Relativamente à formação académica, o desenvolvimento tem incidido na área da enfermagem Médico-Cirúrgica, primeiro com a conclusão do CPLEE nesta área.

Concluimos reconhecendo nesta competência o valor da promoção de um processo contínuo de aprendizagens e de recriação da identidade profissional, determinantes para cuidados de enfermagem, que pretendemos especializados e numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade do SNS.

Figura 7 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC - Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

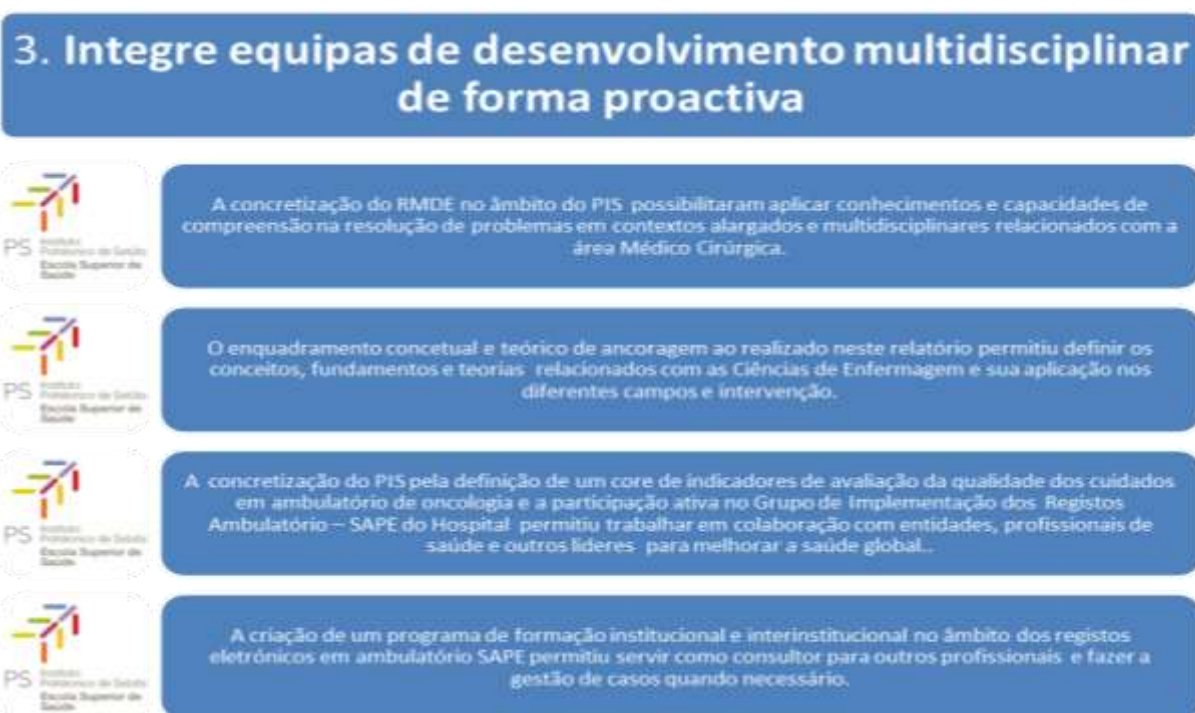


3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

A habilidade de ser proactivo, implica um elevado *Self Knowledge*, como foi supracitado na análise das competências do enfermeiro especialista. Supõe a assimilação dos conceitos, fundamentos e teorias relacionados com as ciências de Enfermagem, como forma de sustentar a sua atividade na área de especialização e aplicando as suas competências em contextos alargados.

A integração em equipas e projetos institucionais, tem-nos possibilitado aplicar as nossas competências de liderança e capacidades de resolução de problemas em contextos multidisciplinares, relacionados com a nossa área de especialização, conforme declara o perfil de competências do mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Salientamos ainda a capacidade de liderança demonstrada durante o PIS, e a pro atividade na criação de Normas de Procedimento (orientações clínicas de enfermagem durante o contexto de estágio).

Figura 8 - - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.



A demonstração e mobilização desta competência permite-nos trabalhar com outros profissionais de saúde, alguns deles com exercícios de chefia e administração nas instituições, e desta forma servirmos como conselheiros para algumas tomadas de decisão especializadas. Requer também estar disponível enquanto consultor especializado na sua área de intervenção, fomentado o trabalho em colaboração com outros profissionais de saúde, como o papel desempenhado no Grupo SAPE Ambulatório, promovendo e orientando projetos de múltiplos contextos clínicos no âmbito dos registos de ambulatório, promovendo também este *Know How* de forma inter institucional, nomeadamente com outros Hospitais da Região de saúde de Setúbal.



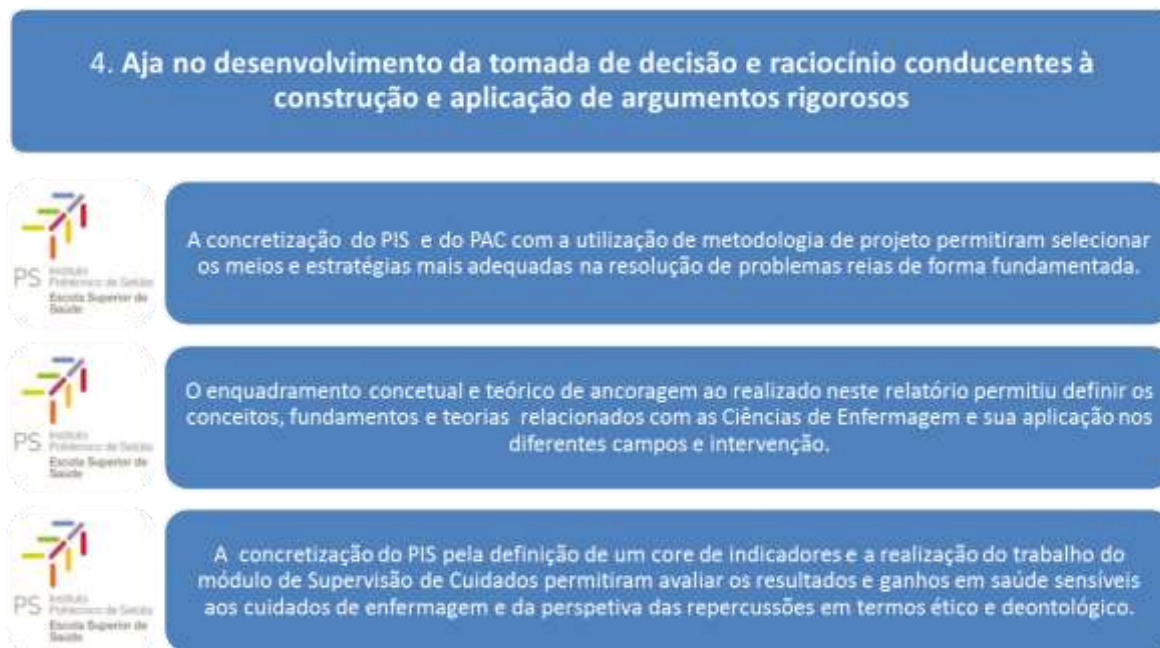
4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

O Agir é, simultaneamente, fundado pela **autonomia** (que se exerce ao agir) e pela **responsabilidade**, e se **tomar decisões** é assumir responsabilidade, também decorre de se ter responsabilidades. A autonomia tem de refletir-se em qualquer tomada de decisão, inevitavelmente ligada à nossa capacidade, à nossa obrigação profissional /compromisso e mandato social que assumimos. Nunes (2006)

A resposta para esta competência pode ser encontrada na reflexão das diferentes competências comuns e específicas enquanto Enfermeiro Especialista que justificam a autonomia de um exercício perito. A demonstração de elevados níveis de julgamento clínico para a tomada de decisão tem por base um imprescindível comportamento ético-deontológico, bem como com a soma das competências e saberes em análise. Esta mistura origina uma consolidação de capacidades para escolher os meios e estratégias mais adequadas à resolução de problemas, bem como para a avaliação de resultados em ganhos de saúde sensíveis aos Cuidados de Enfermagem. É este exercício de autonomia na tomada de decisão que implica uma mobilização de capacidades e habilidades, agregada a uma capacidade de cumprir um dever, que se vai perpetuando em jeito de missão. Esta competência traduz-se nos gestos particulares do cuidado e na envolvimento que lhe é conferida nomeadamente: na pesquisa e aplicação da evidência nos Cuidados de Enfermagem em bases de dados fidedignas, na pesquisa e utilização de escalas validadas para fundamentar a avaliação e diagnóstico clínico, na pesquisa e utilização de modelos Teóricos e teorias que expliquem e fundamentem o nosso agir.

Ligando com os projetos desenvolvidos, consideramos que a metodologia de trabalho de projeto utilizada no desenvolvimento do PIS e, também a metodologia de revisão sistemática de literatura procurando na melhor evidência definir dos Focos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia durante o MEMC, evidenciaram a necessidade de fundamentação rigorosa, fomentando o desenvolvimento desta competência de mestre.

Figura 9 - - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC - Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos



5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

Segundo a OE (2006)., a investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. A **investigação** permite regular a prática, sujeitando-a a padrões e rotinas universais. Possibilita também realizar **evidência científica da intervenção e dos resultados de enfermagem**.

A prática baseada na evidência define-se como a aplicação ciente, expressa e criteriosa da melhor evidência disponível para tomar decisões sobre o cuidado a prestar a cada doente (Sackett, 2000). Pode contribuir para melhorar a eficácia e eficiência de custos de serviços e tratamentos, otimizando os resultados em saúde e melhorando a qualidade dos cuidados. Estes aspetos são de extrema importância para a **visibilidade social dos saberes específicos da profissão**, influenciando a forma como a **decisão política** é tomada, os **ganhos em saúde** para pessoas/famílias/Comunidade e tendo impacto direto na **qualidade dos cuidados** prestados (OE,2006).

A Enfermagem Baseada em Evidência é a incorporação dos resultados da investigação, da experiência clínica e da preferência da pessoa, na tomada de decisão acerca do cuidado

individual. Surge da necessidade de integrar na prática profissional os conhecimentos gerados pela investigação científica e tem como principais objetivos promover intervenções efetivas, cuidados eficientes e melhorar os resultados em saúde (Ferrito, 2010). A utilização da evidência leva assim à construção de uma reflexão crítica e construtiva das práticas na enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento dos cuidados em prol da qualidade de vida das pessoas. Toda a nossa mobilização de saberes e aquisição de competências, se iniciam e sustentam na investigação, procurando refletir uma prática com base na evidência, sendo um denominador comum e não dissociável do ponto de partida para todas ou quase as Competências de Enfermeiro Especialista.

Pensamos ser fundamental desenvolver uma cultura organizacional baseada na evidência. Foram decisivos para o desenvolvimento desta competência os projetos realizados no CPLEEMC e no MEMC. A concretização da Investigação realizada no PIS, teve por base a evidência científica da prática, alicerçada numa revisão sistemática da literatura, e decerto irá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e da prática clínica de Enfermagem na área do Ambulatório de Oncologia. A possibilidade de divulgação, através de um artigo científico, do trabalho realizado será também um contributo para a prática de enfermagem baseada na evidência.

Figura 10 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC - Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência



A realização de um estudo exploratório com base na evidência e confrontando os achados com uma revisão sistemática da literatura sobre os Focos altamente sensíveis aos Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia permitiu analisar, conceber e implementar resultados para a resolução de problemas com especial ênfase nos que emergem da área Médico Cirúrgica.



A realização e futura publicação de um artigo científico com as conclusões do estudo sobre os Focos altamente sensíveis aos Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia possibilitará melhorar e fazer evoluir a prática nesta área específica dos Cuidados de Enfermagem.

6. Realize 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

O desenvolvimento desta competência foi conseguido com a metodologia de trabalho de Projeto utilizada na elaboração do PIS, englobando as fases de análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação, conforme enunciado anteriormente neste relatório. A Metodologia de Projeto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas – é uma metodologia ligada à investigação, associada a uma certa perspetiva de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz de problemas (ESS IPS - Orientações de Trabalho de Projeto. 2013c).

O planeamento e realização da formação no âmbito do PIS, sobre a operacionalização do RMDE na plataforma SAPE ambulatório – Módulo Hospital de Dia Oncologia, determinam a competência na análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação da formação da equipa de enfermagem do serviço de Oncologia. Os resultados da avaliação decorrentes da formação realizada, assim como a inclusão dos resultados da investigação, das políticas e da administração em Saúde e da Enfermagem em particular permitiram uma tomada de decisão clara sobre os procedimentos e políticas de cuidados prestados na área dos registos do Ambulatório de Oncologia. Quando se concretiza um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, desde a sua fase diagnóstica passando pela implementação, formação e avaliação, percebemos a importância e as repercussões locais na formação, investigação e nas políticas de saúde que podemos operar. Só um conjunto de saberes e competências de nível Mestre mobilizados por nós possibilitam gerir um projeto desta dimensão e profundidade operacional.

Figura 11 - Atividades realizadas para o desenvolvimento da competência de MEMC - Realize 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

6. Realize 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 concretização, pela utilização de metodologia de projeto, do PIS e do PAC ao longo da frequência do Mestrado e do CPLEEMC.



6 – Reflexão Final

A concretização do presente relatório demonstrou ser de enorme importância para a consolidação de conhecimentos e desenvolvimento das competências enquanto Mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A competência tem algo muito intrínseco e imprescindível: a experiência. A experiência dá-nos aquela capacidade aguda de percepção, a interpretação das situações pela acumulação de vivências que deixaram marcas (Benner, 2001).

A possibilidade de complementar os dois modelos de competências do EE (Pessoa em Situação Crítica e Crónica e Paliativa) permitiu-nos refletir sobre o caminho percorrido e sobre as competências que foram adquiridas/consolidadas ao longo dos anos de prática profissional. Consideramos a abrangência dos conhecimentos e os contributos da reflexão uma possibilidade muito interessante num futuro de desempenho que pretendo de excelência. **A excelência do exercício é um caminho que se constrói diariamente.**

Atualmente a necessidade de atualização é constante e o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos específicos, que conferem competência a todos aqueles que exercem uma determinada profissão é um desígnio fundamental na atual realidade nacional e internacional. O Enfermeiro tem o **dever** de manter uma performance de excelência, respeitando as pessoas que cuida, os colegas com quem trabalha, as instituições que representa. A competência em Enfermagem revela-se complexa uma vez que pressupõe a harmonização e integração entre diferentes dimensões dos saberes científicos, organizacionais e técnicos. Quanto mais proficiente a excelência do desempenho do Enfermeiro melhor será a sua 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 têm o direito de serem considerados na abrangência que os constitui, de modo a **Transitarem** da melhor forma possível a situação em que se encontram. Da praxis ancorada na disciplina de enfermagem, a reflexão das competências adquiridas à luz de uma teoria de médio alcance, foi um contributo fundador. A escolha da Teoria das Transições de Meleis na concetualização teórica deste trabalho permitiu uma reflexão fundamentada da prática de enfermagem em ambientes complexos, como aqueles onde ocorreram os estágios.

Os estágios constituíram espaços relevantes na aprimoração de saberes, pela reflexão sobre a prática diária e uma visão dessa prática com olhar clínico diferenciado, um olhar no qual se reconhece um futuro especialista. A mais-valia desta reflexão, conduz-nos a uma das mais

importantes aprendizagens deste Mestrado - possuir conhecimentos e habilidades diferenciadas não me torna Mestre em Enfermagem, a não ser que essas minhas competências se manifestem especialmente na altura do agir, na pertinência das atitudes em contexto complexo, na simplificação do resultado, numa perspetiva académica avançada

Perguntam-nos o que é ser Mestre em Enfermagem? Pergunta de resposta complexa e multidimensional, como já foi descrito ao longo deste relatório, mas de base simples e lógica. Ser Mestre é responder de forma perita e de excelência às necessidades das Pessoas em Cuidados de Enfermagem. Sem dúvida que este relatório, pelo espaço reflexivo que criou e pela especificidade das competências que gerou, possibilitou-nos demonstrar, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Relevou a dimensão de MIM e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (OE,2009a).

Após esta longa reflexão, consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos quando iniciamos o relatório, nomeadamente:

- Descrever a realização do PIS do CPLEEMC;
- Descrever a realização do PAC do CPLEEMC;
- Analisar reflexivamente as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação crítica e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa;
- Analisar reflexivamente as competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A área do ambulatório, domínio primordial dos saberes e competências dos enfermeiros, na gestão e nos ganhos em saúde para a população, tinha até hoje um reconhecimento no sistema da ACSS muito reduzido. Projetos de implementação locais como o que foi realizado no Hospital da Região de Setúbal possibilitam a criação de um espaço e uma riqueza no que concerne aos cuidados de saúde, que estão hoje justificadamente **afetos aos cuidados prestados pelos enfermeiros**. A importância do que fazemos é refletida em qualquer tomada de decisão, e está inevitavelmente ligada à nossa capacidade e ao compromisso pelo mandato social que assumimos. É do peso da Enfermagem no SNS de que estamos a falar:



Quanto vale a gestão do regime terapêutico a pessoas em Ambulatório e Consulta de Enfermagem num Hospital da Região de Setúbal?

Quanto vale a adesão ao regime terapêutico a pessoas em Ambulatório e Consulta de Enfermagem num Hospital da Região de Setúbal?

Quanto vale a gestão de complicações de pessoas em Ambulatório ou Consulta de Enfermagem num Hospital da Região de Setúbal?

Teremos certamente uma maior capacidade para responder a questões que emergem da prática especializada dos cuidados de enfermagem em ambulatório e das transições significativas que conseguiremos atingir no domínio sensível e reconhecido do nosso cuidado. A concetualização teórica à luz da Teoria das Transições de Meleis representa-se também neste momento, nas repostas e no *outcome* de processo ou de resultado, que o enfermeiro ajuda obter nas pessoas e nas populações em face de Transições significativas no seu papel social.

A visão do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - *Obter Ganhos em Saúde* - **Sistemas de informação integrados capacitam o planeamento, a decisão e a monitorização do desempenho do Sistema de Saúde**, encontra-se na génese do trabalho realizado assegurando registos de elevada qualidade, compreendendo o seu valor, não apenas para o cuidado direto, continuado e multidisciplinar do cidadão, mas também para a **informação, organização e desempenho do Sistema de Saúde**. Conceber e efetivar um Projeto, que concretize mudança, que represente melhoria continua da qualidade, que seja agregador da classe, não é seguramente uma tarefa fácil, implicando esforço e envolvimento pessoal, bem como ser capaz de gerir a complexidade das situações (por vezes imprevistas) que vão surgindo. Existiram aspetos que facilitaram a concretização deste projeto e do relatório, como a implicação Institucional no mesmo, a possibilidade de conhecer diferentes realidades e contextos e a disponibilidade constante dos elementos que tornaram o trabalho possível, em particular a equipa de registos de ambulatório e também os diferentes orientadores científicos do mesmo. Como aspetos dificultadores, evidenciamos o extenso trabalho informático desenvolvido para a possibilitar a implementação do Projeto que nem sempre dependeu da nossa competência específica e tenha sido colmatado com o estágios realizado num Hospital da região do Porto.

Pela concretização do exposto criamos condições para uma prática de Enfermagem centrada na Pessoa e que visa representar os efetivos ganhos em saúde dos Cuidados de Enfermagem em ambulatório de Oncologia. Perante tudo isto, consideramos que a intervenção foi



pertinente, refletida e perita e que reflete o trabalho de um Enfermeiro Mestre em Ciências de Enfermagem, **fazendo a diferença** num contexto clínico diferenciado. Futuramente gostaria de desenvolver uma Noc sobre a Gestão do regime terapêutico em Ambulatório de Oncologia e quem sabe apostar num desenvolvimento académico de nível superior.

Referências Bibliográficas

ABREU, Wilson Correia - **Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas.** Coimbra: (2007) Formasau, Formação e Saúde Lda. ISBN: 978-972-8485-87-0

ABREU, Wilson – **Transições e Contextos Multiculturais.** 2ª Edição Coimbra: Formasau, 2011. ISBN: 978-989-8269-13-3

AMENDOEIRA, José - Uma Biografia Partilhada da Enfermagem. A segunda metade do século XX 1950-2003. Um contributo sócio-histórico. Formasau, (2006) Formação e Saúde Lda.

BENNER, Patrícia – **de Iniciado a Perito.** 2001 Dezembro. Coimbra. Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X. p. 294

BRISSOS, Maria Adelaide – **O Planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde.** *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Vol. 22. N.º 1. Pp.43-55. Janeiro/Julho 2004.

BRITO M. – **A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado. Tese de Doutoramento.** Universidade Católica Portuguesa [Em linha]. [Consultado em 028/01/2014]. 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.

CALDEIRA, Sílvia; 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.

CASELL, Eric J. - Recognizing Sufering. *Hastings Center Report*, 1991. 24-31 p.

COSTA, Anabela Lopes Rodrigues et al. **Satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família.** Tese de Mestrado - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria 2013.

CIRCULAR NORMATIVA Nº.9/DGCG. 2003 – A Dor Como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Lisboa. DGS. 4p.

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

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 ENFERMEIRAS – **CIPE/ICNP Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2.** 2ª Edição. Outubro 2003. Lisboa. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **CIPE/ICNP Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem. Versão 2.** Fevereiro de 2011. Santa Maria da Feira. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2

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.

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.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016.** Lisboa: DGS, 2011

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL (ESS IPS) - **Guia Operacionalização de Estágios I e II.** 2.º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ano Lectivo 2011/2012.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL (ESS IPS) – **Guia de Curso do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Setúbal, 2013a.

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) – **Orientações de Trabalho de Projeto.** Setúbal, 2013c

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.

FERRITO, Cândida- **Apontamentos das aulas da UC de Gestão de Processos e Recursos UT de Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade do CPLEE MC.** 2011 Escola Superior de Saúde de Setúbal



FERRITO, Cândida Rosa de Almeida Clemente. **Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Tipo 2 em cuidados de saúde primários: contributos para uma prática baseada em evidência.** 2010.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação, da concepção à realização.** 5ªed. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972- 8383-10-7

GRIFFITHS, et al. **Nurse Sensitive Outcomes & Indicators in Ambulatory Chemotherapy.**-Kings College of London: National Nursing Research Unit. 2009

LE BOTERF, Guy – Desenvolvendo a competência dos profissionais. Artmed. 2003. ISBN: 85-363-0129 5.

LOPES, Maria. - **Conhecimentos para as Práticas de Gestão da Qualidade em Enfermagem - Dos alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.** 2007 Escola Superior De Saúde De Leiria 92pp

MARTINS A, PINTO AA, LOURENÇO CM, Pimentel E, Fonseca I, André MJ et al. **Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?** Pensar Enfermagem 2008 Out.;12(2):52-61.

MARTINS, José; CASTILHO, Amélia; SIMÕES, Isabel - Cuidados de Enfermagem ao Doente com Traqueostomia. Revista Referencia 2010

Manual de Normas de Procedimento da Comissão Controlo de Infecção do [REDACTED] 2011.

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 et al. – **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory;** Advances in Nursing Science. September 2000.

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. – **Theoretical Nursing: Development and Progress.** Fifth Edition. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.

MENDES, A. P. ; BASTOS, F. ; PAIVA, A. - A pessoa com insuficiência cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. Referência. Série III, nº 2 (2010), p. 7-16.

MOSTOW, Carol, CROSSON, Julie, GORDON, Sandra, CHAPMAN, Sheila, GONZALEZ, Peter, HARDT, Eric, DELGADO, Leyda, JAMES, Thea, DAVID, Michele - Treating and Precepting with RESPECT: A Relational Model Addressing Race, Ethnicity, and Culture in Medical Training. **J GenInternMed**, 2010, nº 25, pág.146 – 54.

NOVAK, Joseph D., GOWIN Bob. Aprender a Aprender. Lisboa: Plátano, 212 p. 1996.

NOVAK, Joseph - Aprender, criar e utilizar o conhecimento - Mapas conceptuais como ferramentas de facilitação nas escolas e empresas. Lisboa: Plátano edições técnicas, Junho 2000. ISBN 972-707-279-8



NUNES, L. - Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. Revista Portuguesa de Enfermagem, Nº 3, Abril, 2006 53-58.

NUNES, Lucília. **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem.** II Congresso Ordem dos Enfermeiros. (2006).

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.

NUNES, Lucília – **Ética de Enfermagem.** Fundamentos e Horizontes. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-67-7.

OLIVEIRA, Jacinto – Intervenção da ordem dos enfermeiros para a segurança dos cuidados – Perspectiva do conselho directivo. Segurança nos cuidados. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629, nº 24, (2007), p.13-17.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

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) – **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) - **Tomada de Posição sobre Investigação em Enfermagem.** Maio de 2006

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 – **Dor, Guia orientador de Boas Práticas.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5. 55p.

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) – **Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados**. 12 de Maio de 2009a Conselho Internacional de Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. p. 102

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento**. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009b. ISBN: 978-989-96021-1-3.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010a. 10 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b 4 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**. Lisboa:, 2011a. 6 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Lisboa:, 2011b. 6 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Proposta dos Padrões de Qualidade da Especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**. Lisboa:, 2013.

PAIVA, Abel – **Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa de mudança**. 2006. Dezembro. Porto. Formasau – Formação e Saúde, Lda p.398 ISBN 972-8485-76-X

PAIVA, Abel – **Concepção de cuidados e tomada de decisão**. CUIDADOS DE ENFERMAGEM: Reflexões, Investigação e Partilha de Experiências. Colectânea de Comunicações do 6º SIMPOSIUM e 1º FORUM Internacional do Serviço de Enfermagem dos HUC. 2003 1ª Edição. ISBN: 972-8152-71-X

PETRONILHO, Fernando – **Cipe: moda ou...oportunidade?** CUIDADOS DE ENFERMAGEM: Reflexões, Investigação e Partilha de Experiências. Colectânea de Comunicações do 6º SIMPOSIUM e 1º FORUM Internacional do Serviço de Enfermagem dos HUC. 2003 1ª Edição. ISBN: 972-8152-71-X

PETRONILHO, Fernando A. S. – **Preparação do Regresso a Casa**. Dezembro/2007. Coimbra. Formasau, Formação e Saúde Lda. ISBN: 978-972-8485-91-7

PEREIRA, Filipe. Portugal, Ordem Dos Enfermeiros – **Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido**. 2004 Suplemento – N.º 13 Julho. p.13-21

PEREIRA, F. – **Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 978-989-8269-06-5



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.

PIRES, Ana Luísa Oliveira - Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais. Uma problemática educativa. Sísifo. Revista de Ciências da Educação, 2. Lisboa, 2007. ISSN: 1646-4990

RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. – **Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas**. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.

SACKETT, D. et al. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. (2000). London: Churchill Livingstone.

SERRANO, M. T. P. (2008). **O desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho**. Dissertação de Doutoramento em Didática e Tecnologia Educativa na Universidade de Aveiro.

SILVA, Abel Paiva – **“Enfermagem Avançada”**: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. 2007. Servir. N.º 55 Jan./Fev. (p.11 a 19)

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.

TOMEY, AnnMarriner; ALLIGOOD, Martha Raile. 2004 – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. Loures. LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 750 p. ISBN: 972-8383-74-66



Anexos



Anexo I –Menção Honrosa no Encontro de Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento da Saúde da OE



Encontro «Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento
em Saúde: CIPE® e Experiências de utilização Efectiva»
Auditório da Faculdade de Ciências de Lisboa
06 de Janeiro de 2012



Menção Honrosa

atribuída a HUGO MIGUEL MARTINS FRANCO, membro n.º 5-E-26797 desta Ordem, pelo terceiro prémio no Póster «*Definição dos Focos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia de Oncologia*» apresentado no Encontro «Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde: CIPE® e Experiências de utilização Efectiva» que decorreu no Auditório da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa – Bloco C3 no dia 6 de Janeiro de 2012.

Pela Comissão Organizadora



Enf.ª Maria Augusta Sousa
(A Bastonária)



Anexo II – Declaração de Participação no Estágio de Colaboração Inter Institucional no âmbito dos SIE – Modulo Ambulatório e Consulta

009547-09/05/12-09:27

centro hospitalar
do Porto

Hospital Santo António

Maternidade Júlio Dinis

Hospital Maria Pia

Hospital Joaquim Urbano

DECLARAÇÃO

(Unidade Formativa Acreditada em 18 de Novembro de 1999, nos termos do Despacho n.º 13. 0 19/98 da Ministra da Saúde)

Declara-se, para os devidos efeitos que, **Hugo Miguel Martins Alves Franco**, realizou um **Estágio de Colaboração Inter-Institucional** no Centro Hospitalar do Porto, EPE, no **Serviço Consulta Externa e Hospital de Dia Polivalente**, de **12 a 14 de Março de 2012**, num total de **23 horas de monitorização**, tendo como Orientadoras de Estágio a Enf.ª Margarida Cardoso e a Enf.ª Joana Costa.

Porto, 09 de Abril de 2012



Prof. Doutora MARGARIDA LIMA
Directora do DEFI

Largo do Professor Abel Salazar 4099-001 Porto | Tel. geral 222 077 500



Apêndices



Apêndice I – Cronograma do PIS

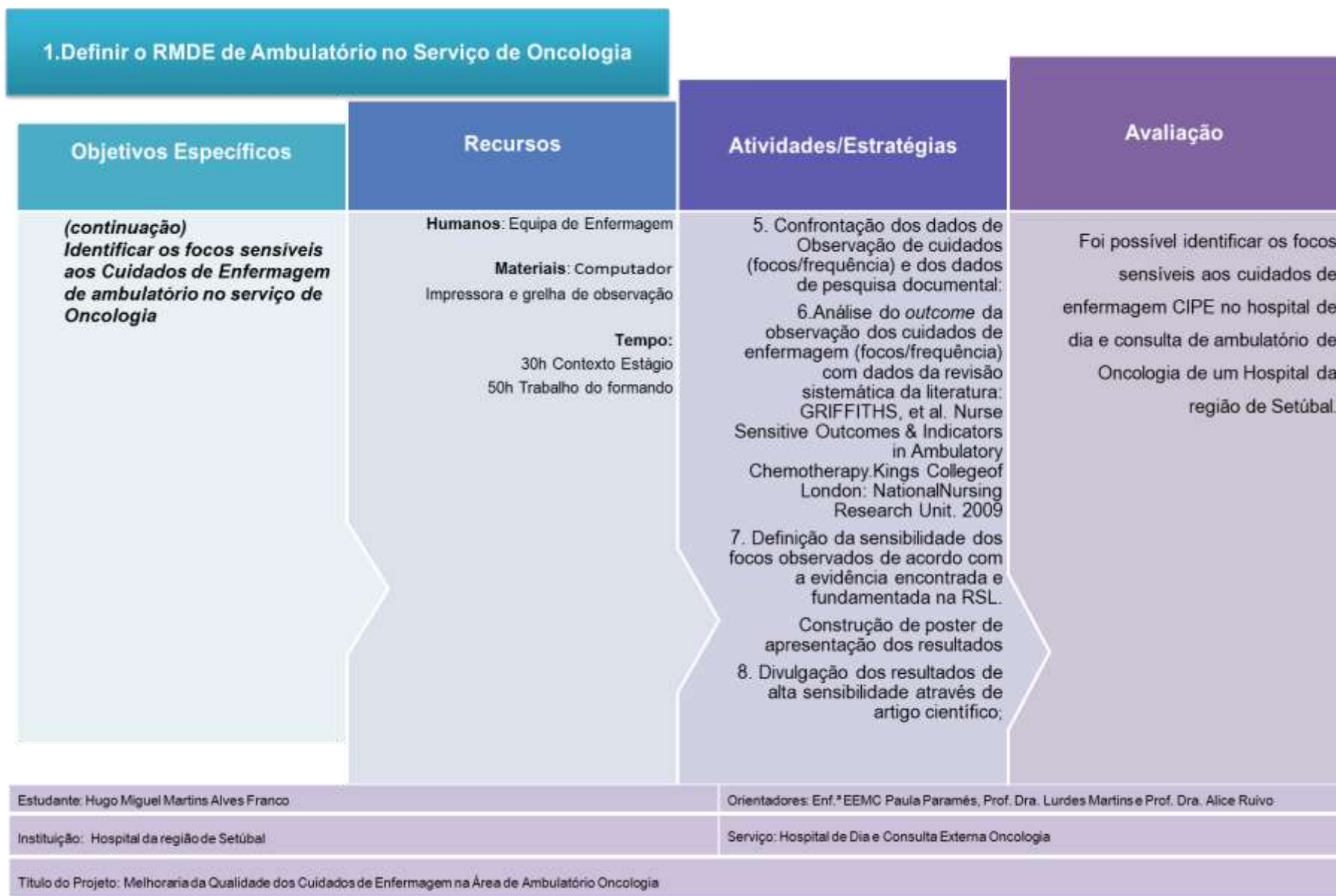
Objectivos		Intervenções	Mês								
			Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior
Definir o RMDE de ambulatório no serviço de Oncologia	Identificação dos focos sensíveis aos Cuidados de Enfermagem	Pesquisa bibliográfica sobre RMDE;									
		Observação e Registo dos focos									
		Pesquisa Bibliográfica em base de dados									
	Criação o padrão documental	Criação da avaliação inicial, dos diagnósticos e das intervenções									
		Testagem/Adequação do padrão documental									
Implementar o Processo Clínico Electrónico para a área do ambulatório no serviço de Oncologia	Incrementação do Know How sobre aplicação ORACLE - SAPE : Módulo ambulatório	Instalação da aplicação SAPE Ambulatório									
		Definição de perfil de parametrizador de serviço para SAPE Ambulatório;									
		Formação sobre funcionamento informático do SAPE									
	Operacionalização das questões práticas da plataforma informática										
	Realização de Formação à Equipa Multidisciplinar.	Preparação da apresentação									
		Avaliação das sessões									
Criação da Norma de Procedimento sobre registos Ambulatório											



Apêndice II – Planejamento do Pis

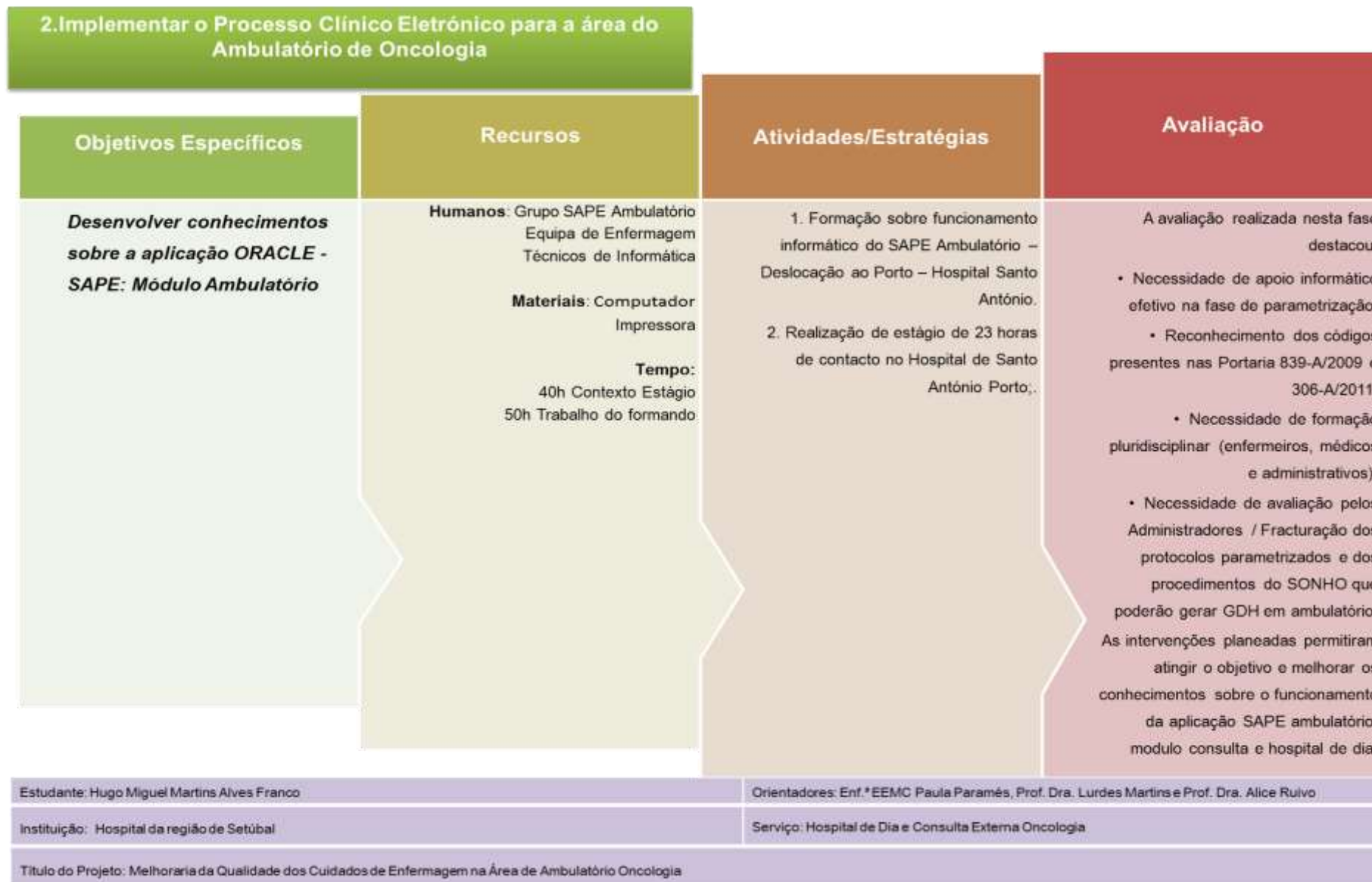


1. Definir o RMDE de Ambulatório no Serviço de Oncologia			
Objetivos Específicos	Recursos	Atividades/Estratégias	Avaliação
<p>Identificar os focos sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de ambulatório no serviço de Oncologia</p>	<p>Humanos: Equipa de Enfermagem</p> <p>Materiais: Computador Impressora e grelha de observação</p> <p>Tempo: 60h Contexto Estágio 20h Trabalho do formando</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registo livre após observação dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem CIPE (Versão Beta 2) no hospital de dia e consulta de ambulatório de oncologia; 2. Observação dos cuidados de enfermagem à pessoa no hospital de dia e consulta de ambulatório de Oncologia durante 2 meses; 3. Identificação de todos os focos de atenção de enfermagem no hospital de dia e consulta de ambulatório de Oncologia (CIPE Versão Beta 2) e registo dos mesmos na grelha criada; Registo da frequência com que os focos de enfermagem foram observados (número de unidades verificadas); 4. 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) com os critérios de inclusão de serem analisadas por especialistas e conterem no título os descritores (Focos Sensíveis, Enfermagem, Hospital Dia Quimioterapia) 	<p>Todas as atividades programadas foram desenvolvidas dentro dos tempos estabelecidos. Os recursos previstos foram rentabilizados, demonstrando-se adequados para o desenvolvimento do projeto.</p>
Estudante: Hugo Miguel Martins Alves Franco		Orientadores: Enf.ª EEMC Paula Paramés, Prof. Dra. Lurdes Martins e Prof. Dra. Alice Ruivo	
Instituição: Hospital da região de Setúbal		Serviço: Hospital de Dia e Consulta Externa Oncologia	
Título do Projeto: Melhoraria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na Área de Ambulatório Oncologia			



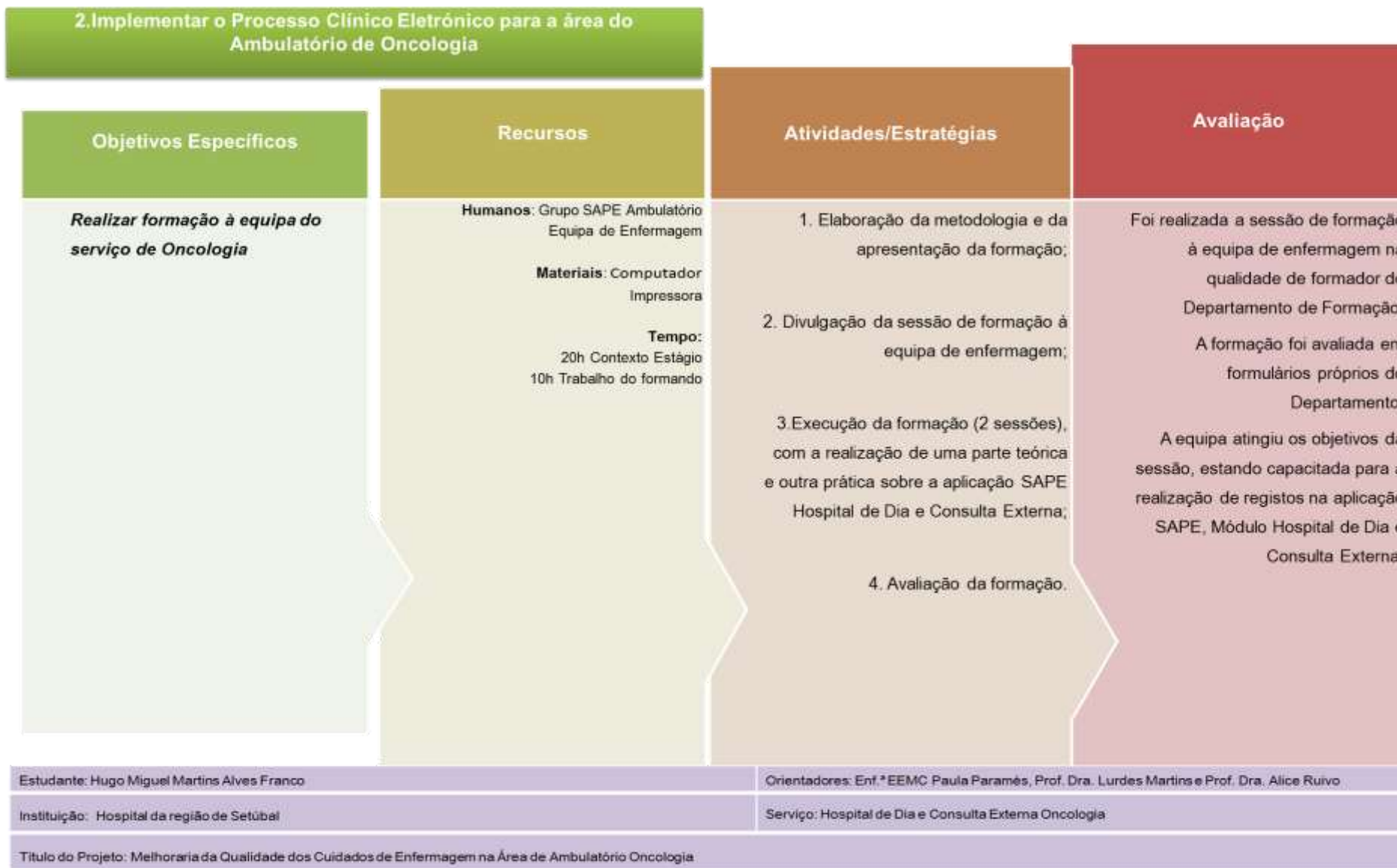


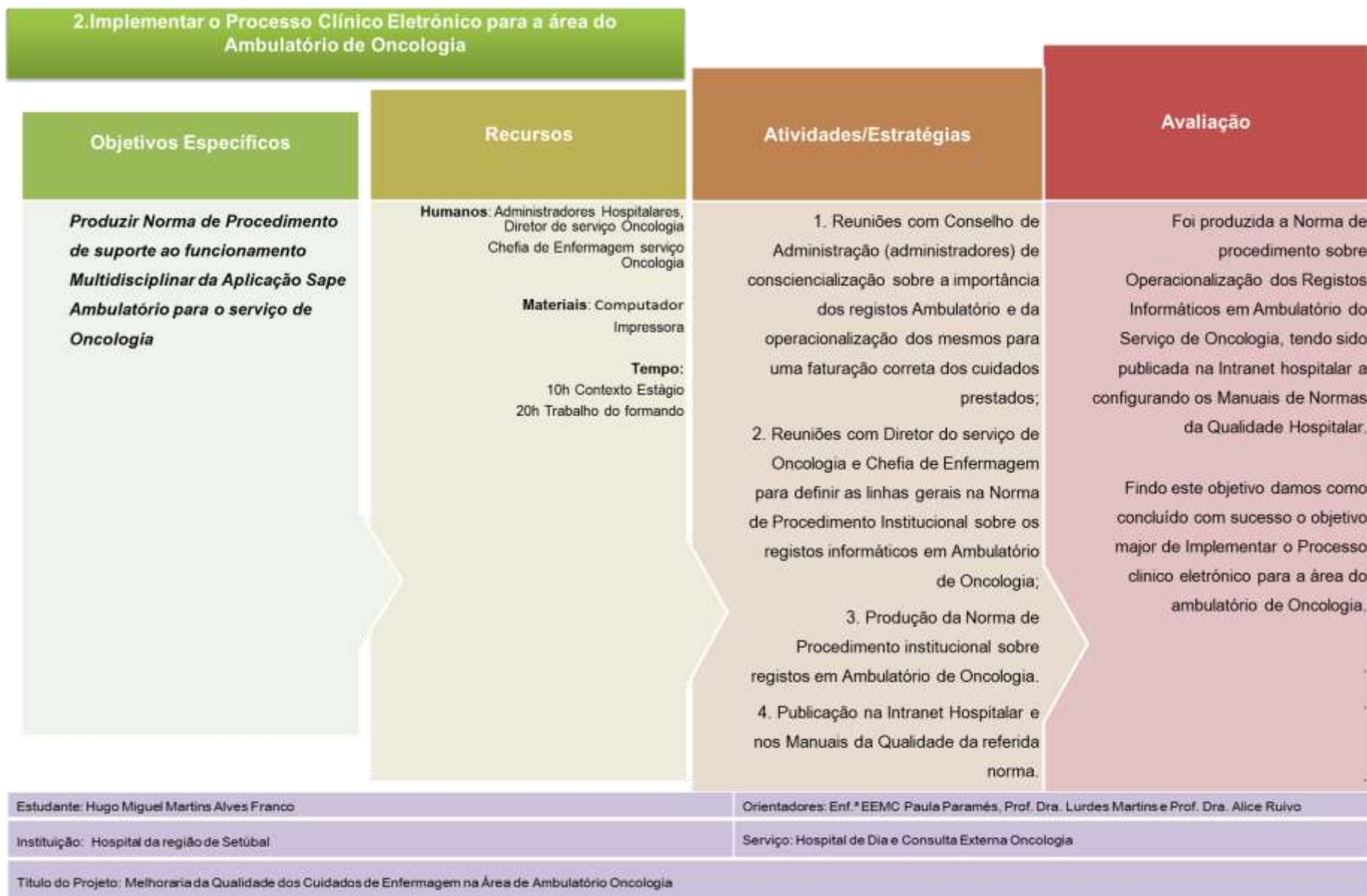
1. Definir o RMDE de Ambulatório no Serviço de Oncologia			
Objetivos Específicos	Recursos	Atividades/Estratégias	Avaliação
<p>Construir o padrão documental dos registos de Enfermagem a implementar no ambulatório de Oncologia</p>	<p>Humanos: Equipa de Enfermagem</p> <p>Materiais: Computador Impressora</p> <p>Tempo: 40h Contexto Estágio 60h Trabalho do formando</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. Elaboração da avaliação inicial provisória para o hospital de dia e consulta de ambulatório de Oncologia de acordo com a pesquisa realizada e a evidência emergente dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório de oncologia; 3. Definição dos diagnósticos de enfermagem de alta sensibilidade para os focos identificados (status dos focos), tendo em consideração os trabalhos de RMDE desenvolvido para a realidade portuguesa por Paiva (2006) Pinto (2009) Pereira (2009) e a confrontação com a evidência decorrente da identificação dos focos de alta sensibilidade; 4. Definição das intervenções de enfermagem de acordo com (CIPE Versão Beta 2), e que possibilitam dar resposta aos diagnósticos definidos e às atitudes terapêuticas identificadas, tendo em consideração os trabalhos de RMDE desenvolvido para a realidade portuguesa por Paiva (2006) Pinto (2009) Pereira (2009) e a confrontação com a evidência decorrente da identificação dos focos de alta sensibilidade; 5. Concretização final do RMDE para o hospital de dia e consulta de ambulatório de Oncologia. 6. Elaboração de lista dos principais indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem como produto resultante dos focos de alta sensibilidade do RMDE, também considerando Paiva (2006) Pinto (2009) Pereira (2009) 	<p>A Avaliação Inicial e o Padrão Documental foram testados e aferidos durante 2 meses no contexto clínico de estágio.</p> <p>Foi produzido o RMDE de suporte aos registos (padrão documental dos conteúdos clínicos) e o core de indicadores de enfermagem daí extraídos, pelo que se atingiu o objetivo proposto de Definir o RMDE de ambulatório no serviço de Oncologia.</p>
Estudante: Hugo Miguel Martins Alves Franco		Orientadores: Enf.ª EEMC Paula Paramés, Prof. Dra. Lurdes Martins e Prof. Dra. Alice Ruivo	
Instituição: Hospital da região de Setúbal		Serviço: Hospital de Dia e Consulta Externa Oncologia	
Título do Projeto: Melhoraria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na Área de Ambulatório Oncologia			





2. Implementar o Processo Clínico Eletrónico para a área do Ambulatório de Oncologia			
Objetivos Específicos	Recursos	Atividades/Estratégias	Avaliação
<p>Parametrizar o RMDE e as configurações da especialidade de Oncologia na aplicação - SAPE :Módulo Ambulatório</p>	<p>Humanos: Grupo SAPE Ambulatório Equipa de Enfermagem Técnicos de Informática</p> <p>Materiais: Computador Impressora</p> <p>Tempo: 20h Contexto Estágio 30h Trabalho do formando</p>	<ol style="list-style-type: none"> Definição de perfil de parametrizador de serviço para SAPE Ambulatório; Disponibilização dos atributos informáticos para o avanço da futura parametrização informática e gestão de agenda do ambulatório; Identificação de trigger erros e bugs em várias funções do aplicativo; Definição de um perfil de utilizador de acordo com a categoria profissional; Definição do circuito informático do doente; Parametrização do circuito do doente em ambulatório e sala de cuidados de enfermagem em ambulatório; Parametrização dos diferentes protocolos terapêuticos a implementar no serviço e sua inter-relação com o SONHO; Aferição das possibilidades do SI do ponto de vista de gestão de agenda e dos registos de enfermagem. Envio do RMDE validado e das configurações de especialidade definidas para o Grupo de Parametrizadores e Informática para concretização da parametrização; Colaboração no processo de parametrização. Solicitação de acesso informático à aplicação SAPE para todos os enfermeiros do Serviço; Participação no arranque dos registos informatizados. 	<p>As atividades implementadas no SIE – SAPE Ambulatório tornaram funcional o aplicativo do ponto de vista informático, permitindo potenciar o sistema no âmbito dos registos de ambulatório em Oncologia: Modulo Consulta e Hospital de Dia</p> <p>A parametrização foi finalizada pela Informática e pelo Grupo de parametrizadores em Janeiro de 2013.</p> <p>Os registos informatizados de ambulatório em Oncologia: Modulo Consulta e Hospital de Dia tiveram início em Março de 2013.</p>
<p>Estudante: Hugo Miguel Martins Alves Franco</p>		<p>Orientadores: Enf.ª EEMC Paula Paramés, Prof. Dra. Lurdes Martins e Prof. Dra. Alice Ruivo</p>	
<p>Instituição: Hospital da região de Setúbal</p>		<p>Serviço: Hospital de Dia e Consulta Externa Oncologia</p>	
<p>Título do Projeto: Melhoraria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na Área de Ambulatório Oncologia</p>			







Apêndice III – Poster “Definição dos Focos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia”

1 - Enf.^a Cuidados Gerais HGO EPE e Prof. Equiparado a Assistente do IPS-Escola Superior de Saúde de Setúbal.

2 - Enf.^a Especialista em Enfermagem Médica Cirúrgica e Pós Graduada em Cuidados Paliativos.

3 - Professora Adjunta do IPS-Escola Superior de Saúde de Setúbal e PhD em Ciências de Enfermagem.

Definição dos Focos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia de Oncologia

Franco¹, Hugo M., Paramés², Paula, Martins³, Maria L.

Introdução

No âmbito da metodologia de Projecto do Curso de Pós Licenciatura de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Setúbal, emergiu como proposta de intervenção, a criação de um *Resumo Mínimo de Dados (RMDE) de Enfermagem do Serviço de Hospital de Dia (HD) de Oncologia do Hospital Garcia e Orta (HGO) EPE.*

A construção de um RMDE, numa primeira fase, passa pela criteriosa seleção dos focos de atenção aos cuidados de enfermagem. São esses focos, que mais tarde se converterão em diagnósticos, que pela mudança efectiva de status serão representativos dos ganhos em saúde e da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Objectivo

Identificar os focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em Hospital de Dia de Oncologia em linguagem classificada CIPE v. 2.0.

Metodologia



Seleção dos focos com mais de dez unidades de registo na fase de observação. Confrontação dos mesmos com evidência produzida em artigos de investigação nas bases de dados Pubmed, Medline, Ebsco. A pesquisa foi elaborada pelos descritores Focos, Enfermagem, Quimioterapia (Sensitive Outcomes, Nursing, Chemotherapy). Os critérios de inclusão dos artigos foram: apresentarem os descritores no título, terem sido analisados por especialistas e serem de produção recente (a partir do ano 2006). Da análise documental à pesquisa bibliográfica emergiu o trabalho desenvolvido pelo Kings College of Nursing sobre os Indicadores e Resultados de Enfermagem em Ambulatório de Quimioterapia (2009). O grau de evidência, foi realizado com base na adaptação da tabela de Guyatt et al. (2006) e associada ao nível de sensibilidade do foco em: moderadamente forte - muito provável sensibilidade do foco; menos forte/evidência menos clara - provável alta sensibilidade do foco (recomendado, mas pode mudar quando a evidência de maior qualidade se tornar disponível); pouca evidência de pesquisa, mas algum apoio - potencial sensibilidade do foco (a melhor prática pode variar dependendo das circunstâncias).

Resultados

Da análise entre o número de registos e o nível de evidência encontrado, emergiram os focos com alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem em HD de Oncologia:

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de <i>SIMPSON et al (2006)</i>	Qualidade e recomendação da evidência	Definição da Sensibilidade do Foco
Gestão do Regime	28	Experiência e Educação/Comunicação	Forte Recomendação Moderada Qualidade da Evidência – II	Muito provável
Conhecimento e Aprendizagem	27	Experiência e Educação/Comunicação	Forte Recomendação Moderada Qualidade da Evidência – II	Muito provável
Desidratação	21	Náusea/Vómito	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – I A/B	Muito provável
Náusea	18	Náusea/Vómito	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – I A/B	Muito provável
Mucosite	17	Mucosite Oral	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – I A/B	Provável
Segurança	11	Segurança na Administração de Medicação	Forte Recomendação Fraca/Moderada Qualidade da Evidência I B/C	Provável

Conclusões e Sugestões

A definição dos focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em HD de Oncologia (tendo por base a observação e o nível de evidência) demonstrou ser a base knowledge para a construção do RMDE do Serviço de HD de Oncologia do HGO EPE.

Como sugestão de produção científica nesta área, consideramos interessante, a definição/construção dos indicadores de qualidade de cuidados de enfermagem em HD de Oncologia.



Apêndice IV – Artigo “Focos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia”



Resumo: Os cuidados de saúde encontram-se em permanente desenvolvimento e são influenciados por numerosas modificações, o que torna necessário desenvolver programas de melhoria contínua capazes de se configurarem promotores da otimização dos processos e da Qualidade. Concretizamos um programa de melhoria da qualidade, utilizando como garante científico do processo de investigação a metodologia de Projeto e a mais recente evidência científica, na área do ambulatório de Oncologia com os objetivos de definir o RMDE no ambulatório do serviço de Oncologia e implementar o processo clínico eletrónico para a área do ambulatório do mesmo serviço. Neste artigo procuramos descrever a metodologia para concretizar um dos objetivos da fase de planeamento: **Definir os focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório de Oncologia;**

Palavras-chave: Metodologia de Projeto; Ambulatório de Oncologia; Focos Altamente sensíveis; Cuidados de Enfermagem.

Summary: The health care are in constant development and are influenced by numerous changes, which makes it necessary to develop continuous improvement programs in able to configure promoters of the optimization of processes and quality. We operate in this manner, using as the guarantor of the scientific research process design methodology and the latest scientific evidence, a quality improvement program in the area of Oncology outpatient clinic with the goals to set the RMDE in the outpatient Oncology service and implement the clinical process email for the outpatient area of the same service. **In this article we describe the methodology to achieve one of the objectives of the planning phase: Set the spotlights highly sensitive to nursing care in outpatient Oncology;**

Keywords: Project Methodology; Outpatient Oncology; Highly sensitive outcomes; Nursing care.

Introdução

A Qualidade em Saúde é um atributo reconhecido como uma necessidade e exigência na perspetiva de vários intervenientes: utentes, prestadores de cuidados, gestores e políticos (OE, Padrões da Qualidade 2001)

Inserido no 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, foi-nos solicitado a realização de um artigo científico acerca do Projeto de Intervenção em Serviço intitulado de **Melhoria da Qualidade dos Cuidados na área de ambulatório de Oncologia**. Traçamos como objetivos: Definir o resumo mínimo de dados de enfermagem (RMDE) de ambulatório no serviço de Oncologia e Implementar o Processo Clínico Eletrónico para a área do ambulatório no serviço de Oncologia de um Hospital da região de Setúbal.

Para operacionalizar o objetivo de definir o RMDE de ambulatório de Oncologia, desenvolvemos na fase de planeamento/execução do projeto um estudo exploratório e descritivo onde procuramos justificar **Quais os focos altamente sensíveis aos cuidados e enfermagem em ambulatório de Oncologia**. Os participantes são enfermeiros. O trabalho de campo decorreu numa unidade de ambulatório de Oncologia de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo. Foram assegurados os princípios éticos aplicáveis. Desenvolvemos um estudo exploratório descritivo, utilizando técnicas de produção de dados nomeadamente, observação participante e análise documental.

Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) e os RMDE

Pereira (2009) caracteriza os SIE enquanto repositórios de matéria-prima essencial à construção do conhecimento específico da disciplina, da melhor evidência para as práticas de enfermagem e da sua gestão. O mesmo autor, identifica os principais fatores que têm estado envolvidos na ainda incipiente gestão da informação que resulta da documentação de enfermagem e percebe a necessidade de se consensualizarem e desenvolverem modelos de agregação de dados, capazes de otimizar aquela gestão. A implementação de SIE que utilizem a classificação internacional para prática de Enfermagem- CIPE têm a potencialidade de proporcionar aos enfermeiros reflexão sobre as práticas em cada contexto de trabalho, e segundo Petronilho (2003) o consumo da informação, reflexo dessas mesmas práticas,

permite definir, implementar e avaliar programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, promovendo o desenvolvimento de modelos em uso. Concretiza, de acordo com Petronilho (2003), a identificação das necessidades e ganhos em saúde da população, o desenvolvimento da Enfermagem, permitindo a evolução da investigação, produção de estatística e gestão de qualidade. Daqui emerge a definição de RMDE como um 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 (OE, 2007).

Importa pois clarificar quais os aspetos da saúde das pessoas, muito sensíveis aos cuidados de enfermagem, uma vez que, os ganhos em saúde não são um exclusivo de um determinado grupo profissional. Como refere Pereira (2009) a afirmação de um determinado aspecto de saúde como altamente sensível aos cuidados de enfermagem não implica que aquele foco de atenção seja exclusivo da enfermagem ou dos enfermeiros. Significa antes, que numa dimensão do projeto de saúde de cada indivíduo, a natureza particular das respostas oferecidas pelos enfermeiros é um contributo altamente significativo para as modificações positivas que acontecem naquele aspecto de saúde do mesmo.

Desenho de Investigação

O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos (Fortin, 2009). Usamos uma metodologia de estudo do tipo exploratória descritiva partindo da questão de investigação **Quais os focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em ambulatório de Oncologia**.

A população alvo do estudo foram os Enfermeiros do Serviço de Oncologia, sendo que a técnica de amostragem foi não probabilística acidental. Esta amostra teve como critérios de inclusão para a participação no estudo:

- Tempo de experiência média em Ambulatório superior a 5 anos;
- Tempo de permanência média em Ambulatório mínimo de 3 dias mês;
- Tempo de experiência média com SIE e CIPE/SAPE superior a 5 anos;

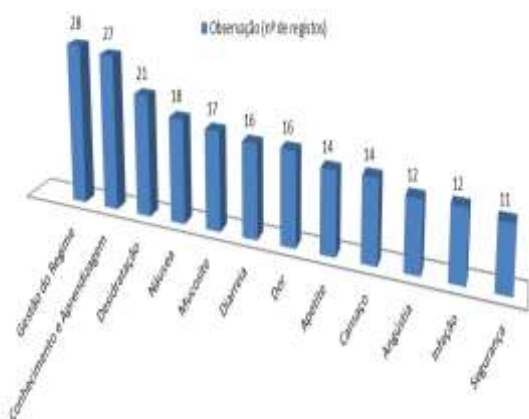
Após a aplicação dos critérios obtivemos uma amostra de **8 enfermeiros**. A amostra apresenta um tempo de experiência média no serviço de 13 anos. Ao

nível da formação, 4 dos enfermeiros selecionados detinham formação pós graduado (2 Mestrados em Enfermagem, 2 Pós Graduação em Cuidados Paliativos). **Cumprimos os procedimentos formais e éticos**, explicando a todos os elementos sujeitos a observação, o projeto que se encontrava em estudo e o instrumento de observação a utilizar, sendo que todos os elementos consentiram e participaram livremente no mesmo. Realizámos um **pedido de autorização** por carta, à Sra. Enfermeira Diretora do referido Hospital, onde explicitámos os objetivos do projeto e um breve resumo da metodologia escolhida. Para a obtenção de dados recorremos à observação direta dos cuidados e validação dos registos dos focos CIPE (Versão 2.0) durante a prestação de cuidados. O momento e situações de observação foram totalmente aleatórios apesar de garantir duas premissas:

- Os envolvidos tinham conhecimento que estavam a ser observados e poderiam recusar participar no estudo caso mencionassem a sua vontade explícita para tal;
- O processo de identificação dos focos do cuidado tinha de resultar de cuidados a pessoa em situação de doença oncológica em ambulatório.

O instrumento era de registo livre com contabilização de focos por contacto de pessoa com enfermeiro. Obtivemos o registo de 60 contactos durante 2 meses de realização do Estágio I e II, de onde emergiram 12 focos com mais de 10 unidades de registo.

Gráfico 2 – Resultados da Observação dos CE - : Focos com mais de 10 unidades de registo.



Posteriormente, efetuamos pesquisa bibliográfica em diversas bases de dados (Medline, Ebscoh, Cinahl, Cochrane, Scielo, Lilacs, Pubmed) com os seguintes descritores (**Focos Sensíveis, Enfermagem, Hospital**

Dia Quimioterapia); tendo como critérios de inclusão: serem analisadas por especialistas, conterem no título os descritores e serem recentes. Da análise documental emergiu uma revisão sistemática da literatura (RSL) de Griffiths, et al. (2009), sobre os Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia. Surgiram ainda inúmeras Guidelines com base na evidência da ONS (Oncology Nursing Society) que não foram utilizadas pelo grau de evidência ser inferior ao do artigo. O artigo de Griffiths, et al. (2009) utiliza como metodologia uma revisão sistemática da literatura sobre os cuidados de enfermagem em ambulatório de Oncologia, procurando justificar numa primeira fase os domínios sensíveis da atuação de enfermagem em ambulatório de oncologia, para depois numa segunda fase descrever quais os focos de atenção mais sensíveis neste tipo de cuidados de acordo com a qualidade e a força da evidência da análise documental. O grau de recomendação com base na evidência clínica foram apresentados de acordo com os autores Guyatt G, et al.(2006): três categorias para a qualidade (elevada, moderada, fraca: A, B, C) e dois níveis para a força da recomendação (forte ou fraco: 1.2).

Grau de recomendação/ descrição	Benefícios vs riscos	Qualidade da evidência	Implicações
1A Forte recomendação, prova de alta qualidade	Benefícios compensam claramente o risco e os encargos	ECRs sem limitações importantes ou evidência esmagadora de estudos observacionais	Podem aplicar a maioria das pessoas na maioria das circunstâncias, sem reserva
1B Forte recomendação, evidência moderada-qualidade	Benefícios compensam claramente o risco e os encargos	ECRs com limitações importantes (resultados inconsistentes, falhas metodológicas, indiretas ou imprecisas) ou excepcionalmente fortes evidências de estudos observacionais	Podem aplicar a maioria dos pacientes na maioria das circunstâncias, sem reserva
1C Recomendação forte, provas de baixa qualidade ou de muito baixa qualidade	Benefícios compensam claramente o risco e os encargos	Estudos observacionais ou série de casos	Recomendação, mas podem ser alteradas quando provas de qualidade superior se tornarem disponíveis
2A Fraca recomendação, prova de alta qualidade	Benefícios equilibram com riscos e encargos	ECRs sem limitações importantes ou evidência esmagadora de estudos observacionais	Melhor ação pode ser diferentes dependendo das circunstâncias, das pessoas ou valores sociais
2B Fraca recomendação, evidência de moderada-qualidade	Benefícios equilibram com riscos e encargos	ECRs com limitações importantes (resultados inconsistentes, falhas metodológicas, indiretas ou imprecisas) ou excepcionalmente fortes evidências de estudos observacionais.	Melhor ação pode ser diferentes dependendo das circunstâncias ou dos pacientes ou valores sociais
2C Recomendação fraca, evidência de baixa qualidade ou de muito baixa qualidade	Incerteza nas estimativas de benefícios, riscos e encargos, benefícios, riscos e encargos podem ser muito equilibrados	Estudos observacionais ou série de casos	Outras alternativas podem ser igualmente razoáveis

Quadro 1 – Classificação do grau de recomendação da evidência

Os autores do estudo procuraram, após a verificação do nível de evidência, linhas de consenso sobre a importância das áreas dos resultados empreendendo um exercício de consultoria a peritos e especialistas na área dos cuidados clínicos em oncologia procurando prever o nível de sensibilidade dos focos.

Dos resultados obtidos inicialmente, construímos um quadro onde organizamos os focos por ordem decrescente de registo de observação, associando os mesmos aos domínios dos cuidados presentes na RSL de Griffiths, et al. (2009)

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)
Gestão do Regime	28	Experiência e Educação/Comunicação
Conhecimento e Aprendizagem	27	Experiência e Educação/Comunicação
Desidratação	21	Náusea/ Vômito
Náusea	18	Náusea/ Vômito
Mucosite	17	Mucosite Oral
Diarreia	16	Diarreia
Dor	16	Dor
Apetite	14	Nutrição
Cansaço	14	Função/ Bem-estar
Angústia	12	Função/ Bem-estar
Infeção	12	Septicemia
Segurança	11	Segurança na Administração de Medicação

Quadro 2 - Associação dos Focos Cipe aos domínios dos cuidados na RSL de Griffiths, et al. (2009)

Do ponto de vista da comparação dos resultados, conclui-se que alguns dos domínios das unidades encontradas por Griffiths, et al (2009) não correspondem totalmente aos domínios dos focos em linguagem classificada CIPE identificados pelos enfermeiros. Entendemos que este desfasamento esteve associado à especificidade da tradução para a língua portuguesa da linguagem classificada CIPE.

Da análise dos resultados destacamos:

O foco de **Gestão de regime** e o foco de **Conhecimento/Aprendizagem** como os focos com maior número de unidades de registo sendo demonstrativo da abordagem que a equipa de enfermagem tem no planeamento dos cuidados ao doente Oncológico em ambulatório. Da análise dos achados de Griffiths, et al. (2009), fizemos a associação de dois domínios

pesquisados pelos autores, que para nós, nesta matéria não devem ser dissociados e estão diretamente relacionados com os focos acima apresentados. Eles são, a natureza intrínseca da **Experiência** e a **Educação/Comunicação**.

De acordo com a pesquisa feita pelos autores, as Experiências, que as pessoas têm dos cuidados que recebem são muito importantes e representam uma componente essencial da qualidade dos mesmos. No entanto, os autores não encontraram evidência para aspetos de qualidade associados com variação na experiência da pessoa relativamente aos cuidados que recebem. Os autores concluíram ainda que a avaliação da satisfação é usada frequentemente como um resultado em estudos de intervenção de enfermagem e traduz-se como aspeto e indicador de qualidade para avaliar os cuidados de enfermagem nesta área específica. A importância deste domínio está diretamente relacionada com o domínio da teoria de Meleis sobre a Experiência das Transições. De acordo com Meleis (2000, 2010 e 2012) as propriedades da transição, como a consciencialização; o envolvimento, a mudança e a diferença ou a inovação estão diretamente relacionadas com a experiência do processo de cuidados de enfermagem e a forma como este processo desenvolvido pelo enfermeiro influencia os resultados dos processos de saúde. A Experiência é um fenómeno transversal à prestação de cuidados e está intrinsecamente relacionado com o processo de capacitação da pessoa para gerir a sua transição no binómio saúde - doença.

De acordo com os achados de Griffiths, et al. (2009) a Educação/Comunicação como representação do conhecimento pormenorizado é fundamental para suportar o auto-cuidado e a gestão do regime e presume-se ter impacto nos ganhos em saúde das pessoas. A redução do distress psicológico, o papel a desempenhar na gestão de outros sintomas/complicações como náusea, dor, mucosite, parece ser central para a qualidade dos cuidados prestados. Apesar do nível de evidência encontrado seja nulo ou moderado concordo com os autores quando referem que o domínio de Educação/ Comunicação pode claramente ser considerado como um indicador de processo, permitindo o caminho para uma série de resultados importantes noutros domínios ou focos de atenção e está intrinsecamente relacionado como o elemento de Experiência.

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registros)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Gestão do Regime	28	Experiência e Educação/Comunicação	Forte Recomendação Moderada Qualidade da Evidência – 1B	Muito provável
Conhecimento e Aprendizagem	27	Experiência e Educação/Comunicação	Forte Recomendação Moderada Qualidade da Evidência – 1B	Muito provável

Quadro 3 - Definição da sensibilidade dos focos Gestão do Regime e Conhecimento e Aprendizagem

Tendo em conta o atrás exposto, a associação entre os focos **Gestão de regime e os Conhecimento/Aprendizagem** e as dimensões de análise de Griffiths, et al. (2009) **Experiência e Educação/Comunicação** permitem objetivar uma forte recomendação dos focos apesar da evidência disponível ser apenas moderada 1B. Apesar da moderada recomendação, concordamos inteiramente com a análise realizada pelos autores, que cruzaram ainda estes dados com a opinião de especialistas em enfermagem de ambulatório das principais unidades de oncologia, definindo estes focos como de **Muito Provável** alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem nesta área, apesar da evidência ter de ser melhorada.

Os Focos de Desidratação e Náusea e Vômito apresentam elevado score nas unidades de observação e estão de acordo com os achados por Griffiths, et al. (2009). As náuseas e vômitos são complicações muito frequentes provocadas pelo regime medicamentoso em ambulatório de Oncologia. A este problema está intimamente relacionado um foco de atenção dos cuidados de enfermagem a Desidratação, sendo que do ponto de vista da concepção e dos outcomes nos cuidados, parece-nos que o Enfermeiro tem uma intervenção autónoma mais ao nível do foco de Desidratação, do que da Náusea. Segundo os autores, a eficácia de tratamentos com terapêutica anti hemética tem uma evidência forte (1A).

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registros)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Desidratação	21	Náusea/Vômito Diarreia	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Muito provável
Náusea	18	Náusea/Vômito	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Muito provável

Quadro 4- Definição da sensibilidade dos focos Desidratação e Náusea

Mas esta intervenção apesar de dever ser prevenida pelo enfermeiro é uma intervenção interdependente. O benefício autónomo da enfermagem e de intervenções complementares não é, apesar de um número potencial das mesmas, de evidência clara e por vezes a recomendação encontrada nos artigos é fraca (B/C 1 – 2). Os estudos analisados pelo autor incluíam as intervenções de avaliação de risco, avaliação diagnóstica e monitorização estruturada e estratégias complementares como acupuntura, acupressão guiada, imagens, música, relaxamento muscular progressivo. Contudo, está concordante com a nossa prática clínica, que a área de avaliação e monitorização das náuseas e vômitos, assim como a determinação do risco e regimes preventivos apresentam uma evidência moderadamente forte com elevado nível de recomendação (1B). Apesar da moderada recomendação, a opinião de especialistas em enfermagem de ambulatório de oncologia, para estes focos definiu como de **Muito Provável** a alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem nesta área, apesar da evidência em algumas intervenções ter de ser melhorada.

Os focos Mucosite, Diarreia e Dor apresentam score médio/elevado sendo concordante com a análise feita por Griffiths, et al (2009). A mucosite oral é um efeito secundário comum e potencialmente debilitante de muitos regimes medicamentosos em ambulatório de Oncologia. Está associada a outros focos de atenção, como infeção e dor. Nesta área os protocolos de atuação revistos pelo autor embora precisos, variam bastante e a forte evidência do efeito dos cuidados não é perceptível (grau C de 1/2). Sabemos que o sucesso das intervenções passará pela **Educação** de uma boa higiene oral, e também pelo **Conhecimento** do auto vigilância da mucosa oral. Há também um número de agentes potencialmente eficazes para o tratamento de mucosite mas a evidência é fraca e de má qualidade C. Os estudos revistos pelo autor apresentaram fortes evidências (mas variável) para as intervenções preventivas como o uso de; **Mel (B), cubos de gelo (A) e higiene oral (B)**.

Assim o foco Mucosite apresenta um nível de recomendação forte e uma evidência de qualidade moderada a boa para os processos que envolvam a prevenção e monitorização deste problema sendo consensual para os autores que este foco é de **Provável** alta Sensibilidade aos cuidados de enfermagem em ambulatório de Oncologia.

Já os focos de Diarreia e de Dor pela análise dos autores apresentam forte recomendação e elevada/moderada qualidade na evidência. Contudo a análise neste contexto de cuidar considerou apenas como **Possível** a alta sensibilidade dos Focos, quer porque a



área de cuidados não é altamente específica deste foco – Dor, quer pela evidência das intervenções se basear mais em processos interdependentes do que da intervenção autónoma do enfermeiro – Diarreia.

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Mucosite	17	Mucosite Oral	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência - 1 A/B	Provável
Diarreia	16	Diarreia	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência - 1 A/B	Possível
Dor	16	Dor	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência - 1 A/B	Possível

Quadro 5 - Definição da sensibilidade dos focos Mucosite, Diarreia e Dor

Os focos apetite e cansaço apresentam scores médio/baixo para as unidades de observação. De acordo com os autores são os únicos focos que não apresentam recomendação na evidência pesquisada para o contexto de cuidados estudado. A evidência encontrada para o seu suporte é de fraca qualidade e a sensibilidade dos mesmos quando cruzado com a prática clínica é apenas de **Possível** alta sensibilidade dos focos.

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Apetite	14	Nutrição	Sem Recomendação Fraca Qualidade da Evidência - B/C	Possível
Cansaço	14	Fadiga	Sem Recomendação Fraca/Moderada Qualidade da Evidência B/C	Possível

Quadro 6 - Definição da sensibilidade dos focos Apetite e Cansaço

Os resultados dos focos Infeção e Segurança apresentam os mais baixos valores de unidade de registo de observação. Também no trabalho de Griffiths, et al. (2009) a recomendação e evidência destes domínios apresentam resultados de baixa qualidade de evidência mas com uma diferença significativa na recomendação.

A neutropénia febril é uma complicação comum decorrente dos regimes medicamentosos em Oncologia de Ambulatório. A sua consequência pode traduzir-se em infeções, internamentos, adiamento de tratamentos e reduções na dose, diminuindo a efetividade do tratamento. A ênfase da ação do Enfermeiro neste domínio é colocado na **Educação** do paciente para o auto vigilância de sinais e sintomas que detetados preventivamente podem evitar complicações maiores, tendo impacto nas taxas de infeção destes doentes. O

suporte por telefone, na gestão deste é comum, mas não foi encontrado pelos autores nenhuma evidência do impacto destas sobre os resultados. A fraca recomendação encontrada, assim como a fraca qualidade da evidência classificam este foco como de **Possível** sensibilidade do mesmo aos cuidados de enfermagem neste contexto.

O domínio da Segurança como foco de cuidados incide nesta área como explicam os autores na administração de medicação. Quando o regime medicamentoso passa essencialmente por citostáticos o risco de dano é particularmente elevado. Como identificado na revisão da literatura os enfermeiros têm um papel muito importante na prevenção dos erros e acidentes. Além disso, o próprio processo de administração é arriscado exigindo perita avaliação da aptidão da pessoa e escolha de acesso venoso adequado. A administração de terapêutica vesicante representa um risco significativo para a pessoa e está associado aos focos dos cuidados de enfermagem neste contexto, nomeadamente a dor, a infeção e a queimadura.

Também no domínio da Segurança, a educação da pessoa a fazer quimioterapia oral no domicílio é um desafio fundamental, sendo que a evidência encontrada nesta matéria por Griffiths, et al. (2009) revela falta de concordância. Muitos dos impactos potenciais de enfermagem nesta matéria dizem respeito à avaliação de toxicidades e refletem-se em outros resultados considerados nesta revisão (por exemplo, náuseas e vômitos, mucosite, infeção), sendo que domínio chave para a transição passa pela **Educação** da pessoa.

Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Infeção	11	Septicemia	FRACA Recomendação Fraca Qualidade da Evidência 2 C	Possível
Segurança	10	Segurança na Administração de Medicação	FORTE Recomendação Fraca/Moderada Qualidade da Evidência 1 B/C	Provável

Quadro 7 - Definição da sensibilidade dos focos Infeção e Segurança

NA RSL, não foi encontrada nenhuma evidência específica relativa a intervenções ou abordagens para aumentar a segurança em terapêutica domiciliar, mas há forte recomendação por peritos para a sensibilidade dos cuidados nesta área (1C). Existe sim uma forte recomendação e uma evidência de qualidade elevada/moderada (1 A/B) na segurança geral e particular dos cuidados com a administração de quimioterapia

endovenosa relativamente à avaliação (incluindo adequação da pessoa para receber determinada terapêutica), técnica e administração (incluindo a prevenção da infeção e a prevenção/tratamento de lesões por quimioterapia vesicante) permitindo classificar o foco da Segurança como de **Provável** Sensibilidade aos cuidados de enfermagem neste contexto.

Da análise dos resultados emergiram as principais conclusões:

- Todos os focos registados na observação foram mencionados nos domínios encontrados pelos autores na RSL;
- Nenhum dos focos registados apresenta exclusivamente avaliação de elevada qualidade na evidência 1A;
- Dos focos registados na observação apenas 2 (apetite e cansaço) se apresentavam sem recomendação, sendo excluídos da construção do RMDE;
- O Foco Angustia associado ao domínio da função e bem-estar apresentou um médio/baixo registo. Contudo apresenta forte recomendação e alta moderada evidência, ficando definido como foco de **Possível** alta sensibilidade aos cuidados de Enfermagem.
- Os Focos de Diarreia, Dor apresentaram forte recomendação e elevada/moderada evidência. Contudo a análise neste contexto de cuidar considerou apenas como **Possível** a alta sensibilidade dos Focos. Pelo nível de recomendação e também pela análise da práxis clínica consideramos serem focos a incluir num futuro RMDE em ambulatório de Hospital de Dia
- Os Focos Segurança e Mucosite devem ser tidos em consideração a quando da construção de um RMDE em ambulatório de Oncologia pela **Provável** sensibilidade aos cuidados de enfermagem. Do ponto de vista da evidência o foco Segurança ainda requer algum trabalho de investigação para melhorar os níveis de qualidade da mesma.
- Os focos de **Gestão de Regime, Conhecimento e Aprendizagem** apresentaram uma **Muito Provável** alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem sendo transversais aos restantes domínios do cuidar analisados por Griffiths, et al. (2009). A sua participação num RMDE de ambulatório em Oncologia é determinante. Concluímos serem focos de elevada importância nas transições da pessoa em ambulatório de Oncologia devendo

representar os outcomes dessa mesma transição sob forma de Indicadores de resultado.

As conclusões deste estudo permitem-nos evoluir dos modelos tradicionais de exercício da profissão – biomédicos, centrados na doença –, para modelos centrados na ajuda profissional que os enfermeiros podem proporcionar às pessoas e famílias para lidar com transições na saúde/doença (Silva 2007). 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. A forma como cada pessoa convive e passa pelos acontecimentos dos processos de saúde influencia diretamente todo o processo, particularmente o modo como se envolve na procura de informação e em encontrar novas estratégias, no sentido do autocontrolo. “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).

A vinculação das conclusões à teoria das transições de Meleis (2000), contribuiu para a explicação sobre a necessidade de cuidados de enfermagem e identificação dos focos sensíveis em ambulatório de Oncologia. O desenvolvimento de um arquétipo de focos altamente sensível aos cuidados de enfermagem, permite desenvolver o conhecimento da disciplina no âmbito das terapêuticas de enfermagem promotoras de transições saudáveis nas pessoas cuidadas (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010 e 2012) no Ambulatório de Oncologia.

O estudo destes fenómenos permite perceber o envolvimento durante as transições; promovendo a preparação antecipatória da resposta e facilitando a aquisição de conhecimentos e capacidades na pessoa. Através dos pressupostos desta teoria de médio alcance, suportámos alguma análise às necessidades de cuidados da pessoa em ambulatório de Oncologia, que certamente vivencia diferentes tipos de transição, destacando-se neste trabalho as transições individuais, vivenciadas pela pessoa com doença oncológica.



Foco CIPE 2.0	Observação (nº de registos)	Associação aos domínios da Revisão Sistemática de GRIFFITHS et al (2009)	Qualidade e recomendação da evidência GRIFFITHS et al (2009)	Definição da Sensibilidade do Foco GRIFFITHS et al (2009)
Gestão do Regime	28	Experiência e Educação/Comunicação	Forte Recomendação Moderada Qualidade da Evidência – 1B	Muito provável
Conhecimento e Aprendizagem	27	Experiência e Educação/Comunicação	Forte Recomendação Moderada Qualidade da Evidência – 1B	Muito provável
Desidratação	21	Náusea/Vómito	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Muito provável
Náusea	18	Náusea/Vómito	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Muito provável
Mucosite	17	Mucosite Oral	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Provável
Segurança	11	Segurança na Administração de Medicação	Forte Recomendação Frac/Moderada Qualidade da Evidência 1 B/C	Provável
Diarreia	16	Diarreia	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Possível
Dor	16	Dor	Forte Recomendação Elevada/Moderada Qualidade da Evidência – 1 A/B	Possível
Angústia	12	Função/ Bem-estar	Forte Recomendação Frac/Moderada Qualidade da Evidência B/C	Possível
Apetite	14	Nutrição	Sem Recomendação Frac Qualidade da Evidência - B/ C	Possível
Cansaço	14	Função/ Bem-estar	Sem Recomendação Frac/Moderada Qualidade da Evidência B/C	Possível
Infeção	12	Septicemia	FRACA Recomendação Frac/Moderada Qualidade da Evidência ≥ C	Possível

Quadro 8 - Focos organizados por qualidade/ recomendação da evidência e nível de sensibilidade dos cuidados de Enfermagem em ambulatório de Oncologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – CIPE/ICNP Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem. Versão 2. Fevereiro de 2011. Santa Maria da Feira. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2

FORTIN, Marie-Fabienne – O Processo de Investigação, da concepção à realização. 5ªed. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972- 8383-10-7

GRIFFITHS, et al. Nurse Sensitive Outcomes & Indicators in Ambulatory Chemotherapy.Kings Collegeof London: NationalNursing Research Unit. 2009

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.

MELEIS, A. – Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York : Springer Publishing Company, 2010.

MENDES, Anabela Pereira ; BASTOS, Fernanda ; PAIVA, Abel (2010) – A pessoa com insuficiência cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. Referência. Série 3, nº 2, p. 7-16.

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

PAIVA, Abel – Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa de mudança. 2006. Dezembro. Porto. Formasau – Formação e Saúde, Lda p.398 ISBN 972-8485-76-XPEREIRA F. – Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: Formasau, 2009.

PETRONILHO, Fernando – Cipe: moda ou...oportunidade? CUIDADOS DE ENFERMAGEM: Reflexões, Investigação e Partilha de Experiências. Colectânea de Comunicações do 6º SIMPOSIUM e 1º FORUM Internacional do Serviço de Enfermagem dos HUC. 2003 1ª Edição. ISBN: 972-8152-71-X



Apêndice V - Avaliação inicial para os Cuidados de Enfermagem à pessoa em de ambulatório de Oncologia

HOSPITAL
Avaliação Inicial
AMBULATÓRIO - PISO



Dados Gerais:

Nome preferido:
Profissão:
Diagnóstico:
Esquema Terapêutico Proposto:
História da Doença Actual:
Percepção do Estado de Saúde: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/>
Aceitação do Estado de Saúde: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Perceptível <input type="checkbox"/>
Consentimento Informado Assinado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Antecedentes Pessoais:

Antecedentes Clínicos:
Estilos de Vida: Hábitos Alcoólicos <input type="checkbox"/> Hábitos Tabágicos <input type="checkbox"/> Consumo de Estupefacientes <input type="checkbox"/>
Observações:
Alergias/ Reacções:
Imunodeprimido: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Próteses: Dentárias <input type="checkbox"/> Oculares <input type="checkbox"/> Auditivas <input type="checkbox"/>
Observações:
Medicação habitual:

Ambiente Familiar

Acompanhado na Consulta de Acolhimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se Sim por quem:
Ensino realizado ao: Próprio <input type="checkbox"/> Acompanhante <input type="checkbox"/>
Suporte social: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ligação Assistente Social <input type="checkbox"/>
Apoios comunitários/ Rede social informal:
Residência: Própria <input type="checkbox"/> Casa de familiar <input type="checkbox"/> Lar/Instituição <input type="checkbox"/>
Pessoa Significativa: Parentesco Contacto
Prestador de Cuidados: Parentesco Contacto
Implicação na Prestação de Cuidados: Nenhuma <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/>
Observações:

Acolhimento

Entrega do Guia de Acolhimento: Sim Não

Observações:

Informar sobre funcionamento do Serviço:

1. Horário do Secretariado e do Ambulatório
2. Atendimento na Sala de Tratamentos (por ordem de chegada, sendo a chamada realizada através do intercomunicador da sala de espera)
3. Apoio telefónico (para esclarecimento de eventuais dúvidas e articulação com a equipa médica)
4. Entregar ao doente o cartão de Ambulatório (colocar nome dos enfermeiros, telefone da Sala de Tratamentos, horário e duração do tratamento e data da próxima marcação)
5. Gestão dos casos de atraso na administração da terapêutica.
6. Gestão dos casos de sobrelotação do serviço.

Gestão do Regime

Identifica Crenças Erróneas: Sim Não

Se sim especifique:

Informar sobre Regime:

1. Duração e periodicidade
2. Via de administração
3. Tipo (Vesicante, irritante, esfoliante...)
4. Adesão ao Regime terapêutico
5. Gestão dos efeitos secundários
6. Gestão de complicações
7. Gestão da alimentação e hidratação
8. Entregar ao doente e familiar/acompanhante folhetos informativos de acordo com o tratamento que o doente realizará;

Avaliação Emocional

Como se tem sentido nos últimos 7 dias incluindo o de hoje?

Identidade Pessoal: Mantida Alteração de Papeis

Auto-estima: Mantida Diminuída

Auto-Imagem: Mantida Alterada

Esperança: Mantida Diminuída

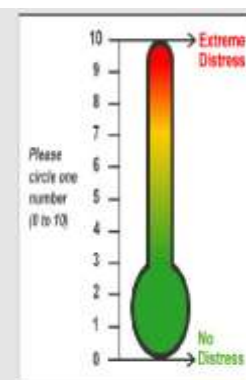
Processo de Coping: Efectivo Comprometido

Coping do Prestador de Cuidados: Efectivo Comprometido

Observações:

Orientar para grupos de suporte e recursos da comunidade: Sim Não

Se Sim especifique:



Exame Físico e Funcional

Respiração

Dispneia presente: Sim Não Se Sim indique grau:

Aporte de oxigénio permanente: Sim Não

Utiliza Nebulizadores: Sim Não
 Se Sim indique nível de autonomia: Autônomo Semi-Dependente Dependente
 Traqueostomizado: Sim Não
 Se Sim indique nível de autonomia: Autônomo Semi-Dependente Dependente
 Observações:

Circulação

Equimoses Hematomas Petéquias Localização:
 Edema Localização:
 Avaliação venosa periférica:
 Aceitável para esquema de quimioterapia proposto
 Não aceitável para esquema de quimioterapia proposto
 SE não aceitável articular com médico para pedir colocação de CSC ou CEIP
 Cateter Subcutâneo: Sim Não Médico: Data:
 Cateter Epicutâneo de Implantação Periférica: Sim Não Médico: Data:
 Informar sobre otimização do cateter
 Observações:

Alimentação

Dieta Habitual:
 Apetite: Mantido Diminuído
 Deglutição alterada: Sólidos Líquidos Sólidos+Líquidos
 Via de Alimentação: Oral Entérica: SNG PEG Data:
 Nível de autonomia: Autônomo Semi-Dependente Dependente
 Observações:

Eliminação

Auto Cuidado Uso do Sanitário: Autônomo Semi-Dependente Dependente
 Ostomizado
 Se Sim indique nível de autonomia: Autônomo Semi-Dependente Dependente
 Cateter Urinário Data: Nº: Tipo:
 Cistocater
 Medidas Adaptativas:
 Observações:

Sensação

Escala VAS: Localização: Tipo Dor:
 Escala VAS: Localização: Tipo Dor:
 Escala VAS: Localização: Tipo Dor:
 Neuropatia periférica: Localização Intensidade:
 Neuropatia periférica: Localização Intensidade:



Medidas Adaptativas:
Seguido na Unidade da Dor: Sim Não
Observações:

Sexualidade

Rotina Sexual: Mantida Alterada
Encaminhar para Centro de recolha de óvulos/esperma: Especifique:
Encaminhar para outro Técnico de Saúde: Especifique:
Medidas Adaptativas:
Observações:

Observações

[Empty yellow box for observations]



Apêndice VI - RMDE do ambulatório de Oncologia



Lista de Fenómenos, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem	
Fenómeno	Aceitação do Estado de Saúde
Diagnósticos	Não Demonstrado
	Conhecimento sobre estratégias de coping Não Demonstrado Demonstrado
Intervenções	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
Fenómeno	Adesão ao Regime Terapêutico
Diagnósticos	Não Demonstrado
Intervenções	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
Fenómeno	Auto Controlo: Ansiedade
Diagnósticos	Não Demonstrado
Intervenções	Encorajar auto controlo: ansiedade
	Encorajar o envolvimento da família
	Promover escuta activa
	Facilitar a comunicação expressiva de emoções
	Incentivar a comunicação
Fenómeno	Auto Controlo: Dor
Diagnósticos	Não Demonstrado
	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
Intervenções	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
Fenómeno	Auto Controlo: Infecção
Diagnósticos	Não Demonstrado
	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
Intervenções	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
Fenómeno	Auto-estima
Diagnósticos	Diminuído
	Conhecimento sobre estratégias de coping Não Demonstrado Demonstrado
	Aprendizagem de Habilidades para estratégias de coping Não Demonstrado Demonstrado
Intervenções	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
Fenómeno	Candidíase Oral (Mucosite)
Diagnósticos	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
Intervenções	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
Fenómeno	Comunicação Expressiva
Diagnósticos	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
Intervenções	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
	Desidratação
Diagnósticos	Possibilidade
	Presente
	Conhecimento sobre hábitos hidratação Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do PC sobre hábitos de hidratação Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
Intervenções	Vigiar mucosas (com cópia)
	Vigiar sinais de desidratação (com cópia do padrão)
	Incentivar ingestão de líquidos
	Ensinar sobre hábitos de hidratação
	Ensinar sobre prevenção de complicações
	Ensinar PC sobre hábitos de hidratação

	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
	Diarreia
Diagnósticos	Possibilidade
	Presente
	Conhecimento sobre hábitos alimentares Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre hábitos de eliminação intestinal Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre hábitos alimentares Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre hábitos de eliminação intestinal Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
Intervenções	Ensinar PC sobre hábitos de eliminação intestinal
	Incentivar ingestão de líquidos
	Ensinar sobre hábitos alimentares
	Ensinar sobre prevenção de complicações
	Ensinar sobre hábitos de eliminação intestinal
	Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos alimentares
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
Fenómeno	Dor
Diagnósticos	Presente
	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
Intervenções	Monitorizar a dor através de escala de dor
	Vigiar dor
	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
Diagnósticos	Eritema
Diagnósticos	Possibilidade
	Presente
	Conhecimento sobre prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre auto vigilância Não Demonstrado Demonstrado

	Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
Intervenções	Vigiar a pele (Mantém características da cópia + Eritema Pele Seca e RashAcniforme (critérios do <i>NationalCancerInstitute</i> (NCI) – Envio Guidelines em pdf e imagem no final do documento
	Ensinar sobre prevenção de complicações
	Ensinar sobre auto vigilância:pele
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
Fenómeno	Gestão do Regime
Diagnósticos	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
Intervenções	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
Fenómeno	Náusea/ Vômito
Diagnósticos	Possibilidade
	Presente
	Conhecimento sobre hábitos alimentares Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento sobre prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do PC sobre hábitos alimentares Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
Intervenções	
	Incentivar ingestão de líquidos
	Ensinar sobre hábitos alimentares
	Ensinar sobre prevenção de complicações
	Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos alimentares
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
Fenómeno	Papel do Prestador de Cuidados
Diagnósticos	Não Adequado
Intervenções	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
Fenómeno	Perda sanguínea
Diagnósticos	Possibilidade
	Presente
	Conhecimento sobre prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
	Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações Não Demonstrado Demonstrado
Intervenções	Vigiar perda sanguínea (Mantém características da cópia)
	Aplicar frio
	Aplicar penso compressivo
	Ensinar sobre prevenção de complicações
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
Fenómeno	Queimadura
Diagnósticos	Possibilidade
	Presente
Intervenções	Vigiar a pele

	Monitorizar ferida
	Aplicar creme
	Ensinar sobre a relação entre auto - vigilância e prevenção de complicações
	Incentivar auto-vigilância
	Executar tratamento à queimadura

		Atitudes Terapêuticas			
		Análise sumária de urina			
		Vigiar urina através de tira-teste			
		Monitorizar urina: densidade			
		Monitorizar urina: PH			
Início	Rub./ Nº Mec	Algaliação		Termo	Rub./ Nº Mec
		Optimizar cateter urinário			
		Vigiar a eliminação urinária			
		Inserir cateter urinário			
		Trocar cateter urinário			
		Monitorizar eliminação urinária			
		Informar a pessoa sobre o exame a realizar			
Início	Rub./ Nº Mec	Biopsia Óssea/ Mielograma		Termo	Rub./ Nº Mec
		Vigiar penso ferida			
		Executar tratamento à ferida			
		Aplicar penso compressivo			
		Assistir a pessoa no posicionamento			
		Informar a pessoa sobre o exame a realizar			
		Informar sobre sinais de complicações			
Início	Rub./ Nº Mec	Cateterismo Venoso Periférico		Termo	Rub./ Nº Mec
		Vigiar sinais inflamatórios no local			
		Optimizar cateter venoso periférico			
		Inserir cateter venoso periférico			
		Trocar cateter venoso periférico			
		Executar tratamento ao local de inserção de cateter			
		Remover cateter venoso periférico			
Início	Rub./ Nº Mec	Cateterismo Venoso Central		Termo	Rub./ Nº Mec
		Vigiar sinais inflamatórios			
		Optimizar cateter venoso central			
		Executar penso ao local de inserção de cateter			
Início	Rub./ Nº Mec	Cistocater		Termo	Rub./ Nº Mec
		Vigiar sinais inflamatórios			
		Optimizar cistocater			
		Executar Penso			

Início	Rub./ Nº Mec	Diurese		Termo	Rub./ Nº Mec
		Monitorizar a eliminação de líquidos			
Início	Rub./ Nº Mec	ENG: Drenagem gástrica ou lavagem		Termo	Rub./ Nº Mec
		Monitorizar conteúdo gástrico			
		Optimizar sonda nasogástrica			
		Inserir sonda nasogástrica			
		Trocar sonda nasogástrica			
		Drenar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica			
		Informar a pessoa sobre o exame a realizar			
Início	Rub./ Nº Mec	ENG: Alimentação		Termo	Rub./ Nº Mec
		Monitorizar conteúdo gástrico antes das refeições			
		Optimizar sonda nasogástrica			
		Inserir sonda nasogástrica			
		Trocar sonda nasogástrica			
		Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica			
		Informar a pessoa sobre o exame a realizar			
Início	Rub./ Nº Mec	Inaloterapia		Termo	Rub./ Nº Mec
		Optimizar inaloterapia			
		Executar inaloterapia através de inaladores			
Início	Rub./ Nº Mec	Monitorização Electrocardiográfica		Termo	Rub./ Nº Mec
		Vigiar ritmo cardíaco através de monitor cardíaco			
Início	Rub./ Nº Mec	Oxigenioterapia		Termo	Rub./ Nº Mec
		Gerir oxigenoterapia			
		Optimizar oxigenoterapia			
Início	Rub./ Nº Mec	Parâmetros Vitais		Termo	Rub./ Nº Mec
		Monitorizar a dor através de escala de dor			
		Monitorizar a PVC			
		Monitorizar a SatO2			
		Monitorizar frequência cardíaca			
		Monitorizar frequência respiratória			
		Monitorizar temperatura corporal			
		Monitorizar tensão arterial			
Início	Rub./ Nº Mec	Pesquisa Glicémia Capilar		Termo	Rub./ Nº Mec
		Monitorizar glicemia capilar			
		Penso			
		Vigiar penso da ferida			
		Executar penso			
Início	Rub./ Nº Mec	Paracentese		Termo	Rub./ Nº Mec

		Aplicar penso compressivo			
		Monitorizar eliminação de líquidos			
		Assistir a pessoa no posicionamento			
		Vigiar a eliminação de líquido através do dreno			
		Executar penso			
		Optimizar o dreno			
		Informar a pessoa sobre o exame a realizar			
Início	Rub./ Nº Mec	Peso Corporal		Termo	Rub./ Nº Mec
		Monitorizar peso corporal			
Início	Rub./ Nº Mec	Protocolo de Quimioterapia		Termo	Rub./ Nº Mec
		Monitorizar tensão arterial			
		Monitorizar sintomas através de escala ESAS			
		Vigiar pele			
		Análise sumária da urina: ph			
		Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter			
		Vigiar náusea			
		Monitorizar débito urinário			
		Vigiar eliminação intestinal			
		Planear a dieta			
Início	Rub./ Nº Mec	Provas de Endocrinologia		Termo	Rub./ Nº Mec
		Vigiar pele			
		Monitorizar tensão arterial			
		Vigiar urina através de tira-teste			
		Informar a pessoa sobre o exame a realizar			
Início	Rub./ Nº Mec	Toracocentese / Drenagem Torácica		Termo	Rub./ Nº Mec
		Vigiar a eliminação de líquido através do dreno			
		Monitorizar eliminação de líquido através do dreno			
		Executar penso			
		Optimizar dreno			
		Aplicar penso compressivo			
		Assistir a pessoa no posicionamento			
		Executar tratamento ao local de inserção do dreno			
		Informar sobre prevenção de complicações			
		Colostomia			
		Optimizar colostomia			
		Traqueostomia			
		Optimizar traqueostomia			



		Gastrostomia			
		Optimizar ostomia de alimentação			
		Alimentar a pessoa através de ostomia			
Início	Rub./ Nº Mec	Transfusão Sanguínea		Termo	Rub./ Nº Mec
		Vigiar reacção à transfusão			



Apêndice VII – Indicadores dos Cuidados de Enfermagem emergentes do RMDE do ambulatório de Oncologia

Adesão ao Regime Terapêutico
Taxa de prevalência da Adesão ao Regime Terapêutico não demonstrado
Taxa de resolução da Adesão ao Regime Terapêutico não demonstrado
Auto controlo: Dor
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
Auto controlo: Infecção
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
Candidíase Oral (Mucosite)
Taxa de prevalência de Candidíase oral
Taxa de resolução de Candidíase presente em grau moderado/elevado
Taxa de efetividade na prevenção de Candidíase Oral
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados em candidíase
Ganhos em Conhecimento sobre prevenção de Candidíase
Ganhos em Conhecimento sobre auto vigilância candidíase
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto vigilância candidíase
Desidratação

Taxa de prevalência de Desidratação
Taxa de resolução de Desidratação
Melhoria no <i>status</i> do diagnóstico Desidratação (Modificação positiva no diagnóstico)
Ganhos em Conhecimento do PC sobre hábitos de hidratação
Ganhos em Conhecimento sobre prevenção de complicações
Ganhos em Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações
Dor
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
Diarreia
Taxa de prevalência da Diarreia
Taxa de resolução da Diarreia
Ganhos em Conhecimento sobre hábitos de eliminação intestinal
Ganhos em Conhecimento sobre prevenção de complicações
Gestão do Regime Terapêutico
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
Náusea / Vômito
Taxa de prevalência da Náusea/ Vômito
Taxa de resolução da Náusea/Vômito
Ganhos em Conhecimento sobre prevenção de complicações
Papel de Prestador de Cuidados
Taxa de prevalência de Papel de Prestador de Cuidados não adequado
Taxa de resolução de Papel de Prestador de Cuidados não adequado
Queimadura
Taxa de prevalência de Queimadura
Taxa de resolução de Queimadura
Taxa de efetividade na prevenção de Queimadura
Ganhos em Conhecimento sobre relação entre auto-vigilância e prevenção de complicações
Outros Indicadores
Número de Contactos de Enfermagem totais realizados
Número de Contactos de Enfermagem de 1ª vez realizados
Número de Contactos de Enfermagem não presenciais realizados



Apêndice VIII – Poster PIS – Gestão do Regime Terapêutico e alta Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem em Ambulatório de Oncologia;

1 - 1.ªª Cuidados Gerais HGO-EPE e Prof. Equiparado a Assistente da IPS- Escola Superior de Saúde de Setúbal.

2 - 1.ªª Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica e Pós Graduada em Cuidados Palliativos.

3 - Professora Adjunta da IPS- Escola Superior de Saúde de Setúbal e PhD em Ciências de Enfermagem.

Gestão do Regime Terapêutico e a alta sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia de Oncologia

Franco¹, Hugo M. Paramés², Paula Martins³, Maria L.

Introdução

No âmbito da metodologia de Projecto do Curso de Pós Licenciatura de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Setúbal, emergiu como proposta de intervenção, a criação de um Resumo Mínimo de Dados (RMDE) de Enfermagem do Serviço de Hospital de Dia (HD) de Oncologia do Hospital Garcia e Orta (HGO) EPE.

A construção de um RMDE, numa primeira fase, passou pela criteriosa selecção dos focos de atenção aos cuidados de enfermagem. São esses focos, que mais tarde se converteram em diagnósticos, que pela mudança efectiva de status serão representativos dos ganhos em saúde e da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. A sua representatividade num SIE através de um arquétipo de diagnósticos e intervenções altamente sensíveis é passível de replicação e de construção de indicadores de medida dos cuidados de enfermagem em HD de Oncologia.

Objectivo

Apresentar um diagnóstico altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em Hospital de Dia de Oncologia e os indicadores dos cuidados de enfermagem que podem daí emergir.

Metodologia

Seleção dos focos com mais de dez unidades de registo na fase de observação. Confrontação dos mesmos com evidência produzida em artigos de investigação nas bases de dados Pubmed, Medline, Ebscohost. A pesquisa foi elaborada pelos descritores Focos, Enfermagem, Quimioterapia (Sensitive Outcomes, Nursing, Chemotherapy). Os critérios de inclusão dos artigos foram: apresentarem os descritores no título, terem sido analisados por especialistas e serem de produção recente (a partir do ano 2006).

O nível de evidência dos artigos, foi realizado com base na adaptação da tabela de Guyatt et al. (2006) e associada ao nível de sensibilidade do foco em: 1) moderadamente forte - muito provável sensibilidade do foco; 2) menos forte/evidência menos clara - provável sensibilidade do foco (recomendada, mas pode mudar quando a evidência de maior qualidade se tornar disponível); 3) pouca evidência de pesquisa, mas algum apoio - potencial sensibilidade do foco (a melhor prática pode variar dependendo das circunstâncias).

Definição de um diagnóstico altamente sensível aos cuidados de Enfermagem em HD, de acordo com os focos identificados. Apresentação dos possíveis indicadores de Enfermagem associados a este diagnóstico.

Resultados

Da análise entre o número de registos e o nível de evidência encontrada, emergiram os focos com alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem em HD de Oncologia, tendo sido seleccionado pela o foco de Gestão do Regime Terapêutico pela importância demonstrada na bibliografia pesquisada.



Conclusões e Sugestões

A definição dos focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem em HD de Oncologia (tendo por base a observação e o nível de evidência) demonstrou ser a base knowledge para a construção do RMDE do Serviço de HD de Oncologia do HGO EPE. A definição de diagnósticos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem e sua operacionalização em Normas de Orientação Clínica (Noc) será a tradução de um arquétipo de Cuidados de Enfermagem que se pretendem Universais, Quantificáveis e Comparáveis.

Como sugestão de produção científica nesta área, consideramos interessante, a definição/construção de uma NOC para a Gestão do Regime Terapêutico em Hospital de Dia de Oncologia.



Apêndice IX – Slides da Sessão Formação Modulo Ambulatório

SISTEMA DE APOIO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Módulo Consulta 1^o e Hospital de Dia (HD)

Hugo Franco

Conteúdos – Módulo CE

- **Áreas de Registo**
 - Avaliação Inicial
 - Processo de Enfermagem
 - Prescrições
 - Mapa de Cuidados
 - Vigilâncias
- **Listagens / Impressões**
- **Casos Práticos**

Perspectiva Geral do Módulo CE e HD

- Reorganização dos Circuitos e do funcionamento;
- **Contabilidade dos cuidados**
- **Visibilidade dos Cuidados**
- Produção de indicadores (a extrair através da solução de Business Intelligence – Indicadores de Enfermagem)
- **Consulta de Enfermagem** → **Contacto de Enfermagem**
- Programação e registo de **contactos** com e sem consulta médica;

Conteúdos – Módulo CE

- **Perspectiva geral da aplicação**
 - Menu Principal
 - Barra de Botões
 - Calendário
 - Barras de Seleção
 - Filtros de Apresentação
 - Agenda de Consultas

Objectivos – Módulo CE

- **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 contactos;
 - Desactivar um contacto de enfermagem;
 - Aceder ao directo de registo do contacto.

Módulo CE - Indicação

- **Consulta de Enfermagem de 1^o Vez;**
- **Gestão do Regime Terapêutico de Doentes** Submetidos a Terapêuticos Oraís;
- **Contactos Telefónicos**, com gestão do regime terapêutico e gestão de complicações;

Conteúdos – Módulo CE

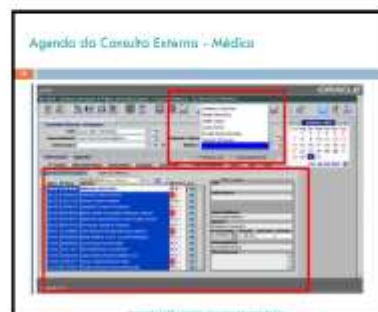
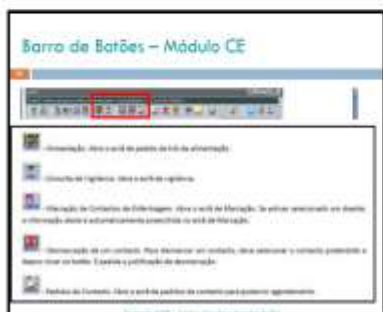
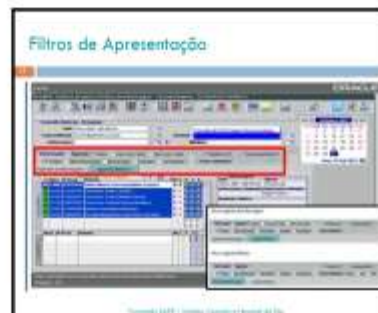
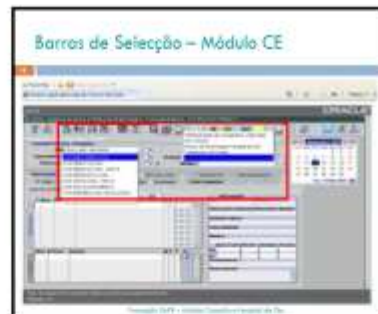
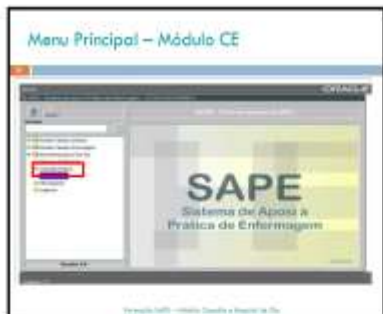
- **Marcação de Contactos de Enfermagem**
 - Marcação de contactos com consulta Médica
 - Pelo Enfermeiro
 - Pedido pelo Médico
 - Marcação de contactos sem consulta Médica
 - Convocatória
 - Desmarcação de contactos
 - Efectivar, iniciar, terminar contactos
 - Contactos por término;

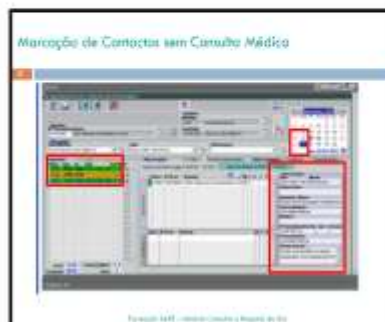
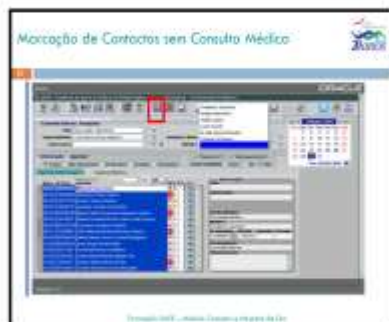
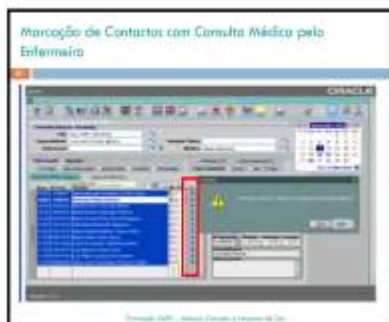
Perspectiva Actual

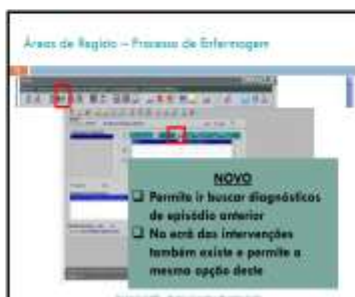
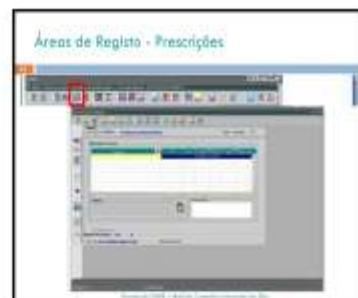
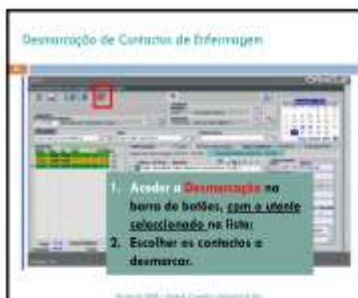
- **Registos** incómodos ou escassos;
- Não expressa o **real tempo de contacto** com Utente;
- **Agenda** não permite trabalhar em verde e não actualiza em tempo real;
- **Agenda** desactualizada e sem sempre requisitos;
- **Realização de Trabalho** e de circuitos;
- **Falta eficiência** na Gestão da Utente (tempos de espera muito elevados)
- **Método trabalho Tarefa**

Perspectiva Geral do Módulo CE

- **Registos Parametrizados**
- ...
- Registos efectuados no Mapa de Cuidados em Notis Gerais;







Áreas de Registo - Mapeo de Cuidados

Casos Práticos – Módulo CE

- Marcar um contacto de enfermagem com consulta médica;
- Efectiva, iniciar e terminar contacto;
- Desmarcar um contacto de enfermagem;
- Aceder às áreas de registo do contacto;
- Marcar um contacto de enfermagem sem consulta médica;
- Efectiva, iniciar e terminar contacto;
- Desmarcar um contacto de enfermagem;
- Aceder às áreas de registo do contacto;

Conteúdos – Módulo HD

- **Aplicação SAPE**
 - Agenda do Hospital de Dia
 - Sala de Botões
 - Menu Pesquisa
 - Filtros de Pesquisa e Consultas
 - Validação de Tratamento – Código de Cares
 - Articulação com Farmácia
 - Registo de Procedimentos
 - Sessões em HD
 - Diário de Enfermagem
 - Avaliação Inicial
 - Processo de Enfermagem
 - Mapeo de Cuidados
 - Usagens / Impressões

Listagens / Impressões

- Contatos agendados
- Processo total
- Processo de Enfermagem
- Carta de transferência
- Medicação
- Avaliação Inicial
- Conferência

Módulo HD

Conteúdos – Módulo HD

- **Ciclo do Utilizador em HD**
 - Primeiro contacto do Utilizador com HD
 - Primeiro contacto do Utilizador com HD
 - Contactos subsequentes
 - Início de contacto em sala
 - Apresentação ao centro do primeiro contacto (ex de Protocolo, descrição do tratamento e etc)
 - Registo de procedimentos
 - Registo no mapeo de cuidados
 - Diário de Enfermagem
 - Terminar contacto
 - Posicionamento de Trabalho em HD

Casos Práticos – Módulo CE

Conteúdos – Módulo HD

- **Aplicação SAM**
 - Sala de Hospital de Dia: cadrelêis/ camas por especialidade;
 - Protocolos parametrizados por Especialidade: Oncologia, Hematologia, Pneumologia e Imunohemoterapia – Código de Cares;
 - Registo de MCDT's e procedimentos;
 - Actos de Faturação vs Produção;

Objectivos – Módulo HD

- **No final de sessão os formandos deverão ser capazes de:**
 - Fazer Gestão de Utilizadores pelo Agenda Informática HD;
 - Fazer articulação com Farmácia e Módulo de Prescrição eletrónico;
 - Efectiva, iniciar e terminar contacto;
 - Gerir o ciclo do utente em HD e articular com os diferentes intervenientes;
 - Validar a correcta marcação de contacto pela secretariado;
 - Conhecer Protocolos Parametrizados;
 - Registrar MCDT's;
 - Aceder às áreas de registo do contacto;

Módulo HD

- Via SAM
 - Pesquisar última presença do utente em HD;
 - Parametrizar sala HD e Protocolos;
 - Marcação de contactos futuros do utente.
- Via SAPE
 - Gestão de Agência;
 - Registos de Enfermagem;

Módulo HD – Via SAM

Módulo HD – Via SAM - Parametrização

Módulo HD – Via SAM

Módulo HD – Via SAM - Parametrização

Módulo HD – Via SAM - Parametrização

Módulo HD – Via SAM Admissão

Módulo HD – Via SAM - Parametrização

Módulo HD – Via SAM - Parametrização

Módulo HD – Via SAM - Parametrização

Módulo HD –SAPE Agenda HDI

Módulo HD – Código Cores, Validação, Farmácia

Atenção: O código de cores deve ser validado em todos os pontos de atendimento e o código de cores deve ser validado para todos os pontos de atendimento – OK para OK, Não validado para Não validado, Validado para Validado, Não validado para Não validado e Não validado para Não validado para Não validado para Não validado.

Módulo HD – Actos Facturação vs Produção

- Encargos (geram GDHs)**
 - GI carta, média, longo duração, (469001, 465002, 465003)
 - Hospitalização CUC (465270)
 - Tratamentos, Quimioterapia (U03110, U03103)
 - Tratamentos Supporte (Injeções, Injeções, Injeções, Injeções, Ferris (F), 199330)
- Produção (devem estar associados a um acto facturável)**
 - Consultas, exames de diagnóstico e terapêuticos, etc.
 - Análises, Tipagem, HIG, BO, Prova de Endoscopia, etc.
 - IA, Injeções terapêuticas, suporte (IC, IM), Sonda, etc., terapêuticas, paracetamol, paracetol, etc.

Módulo HD –SAPE Barra de Botões

- Registo de visitas do Hospital de Dia para o dia seleccionado
- Consulta dos serviços do Hospital de Dia que estão associados para o dia seleccionado
- Diário do Hospital de Dia para o dia seleccionado (lista de admissões)
- Avaliação inicial para o dia seleccionado
- Processo de Injeções para o dia seleccionado
- Prescrições para o dia seleccionado
- Mapa de entrada para o dia seleccionado
- Exatidão: I – Iniciado; T – Terminado

Módulo HD – Código Cores, Validação, Farmácia

Atenção: O código de cores deve ser validado em todos os pontos de atendimento e o código de cores deve ser validado para todos os pontos de atendimento – OK para OK, Não validado para Não validado, Validado para Validado, Não validado para Não validado e Não validado para Não validado para Não validado para Não validado.

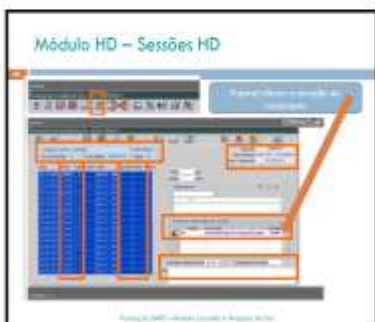
Módulo HD – Via SAPE

Módulo HD – Filtros de Pesquisa e Calendário

- Filtros de Pesquisa Especializada, SAPE I – HUS ONCOLOGIA
- Módulo SAPE Especializado, Inicializado, Terminado e Consultado

Módulo HD – Código Cores, Validação, Farmácia

Atenção: O código de cores deve ser validado em todos os pontos de atendimento e o código de cores deve ser validado para todos os pontos de atendimento – OK para OK, Não validado para Não validado, Validado para Validado, Não validado para Não validado e Não validado para Não validado para Não validado para Não validado.



Módulo HD – Listagens e Impressão

Imagem de ecrã do software do Módulo HD, mostrando opções de listagens e impressão.

Circuito em HD Piso 8

B. – Contactos Subsequentes

- Consulta o doente e faz verificação em CMOR/BDX Agenda HD Clínica. São por si e dia de marcação do tratamento.
- Marca e imprime Prescrição Farmacológica.
- Respostas: Procura após consulta e análise no processo de HD do doente.
- Confirma marcação do doente no espaço de Hospital de Dia.
- Confirma tratamentos com doc/tes Clínic. Sim.
- Atende caso familiar.

Planeamento de Trabalho em HD

- Impressão dos Relatórios Semanais permite:
 - Reorganização do trabalho da equipa;
 - Gerir por parte do secretariado da agenda semanal que fará reconfirmação com o clínico geral da marcação dos protocolos de quimioterapia e em caso de falta de marcação em agenda informático anterior que o enfermeiro TI;

Circuito em HD- Piso 8

A. - Primeiro contacto da Pessoa com HD

- Consulta o doente e faz verificação em CMOR/BDX Agenda HD Clínica.
- Marca e imprime Prescrição Farmacológica.
- Respostas: Procura após consulta e análise no processo de HD do doente.
- Marca agenda HD no dia, horário e hora de entrada no espaço de prestação de cuidados.
- Marca cartão de Hospital de Dia e espaço de sala.
- Marca Consulta de Enfermagem em Unidade Clínica por dia e hora de prestação de cuidados.
- Confirma marcação do doente no espaço de Hospital de Dia Clínica.
- Confirma tratamentos com doc/tes Clínic. Sim.
- Confirma Prescrição e análise com Farmácia.

Circuito em HD Piso 8

B.1 – Contactos Subsequentes: Dia de Tratamento

- Consulta agenda do doente para dia e hora de entrada.
- Marca e analisa o estado clínico do doente no espaço de prestação de cuidados no dia (segundo consulta do doente).
- Procura a consulta de Enfermagem registada para doente.
- Agende/altera agenda Clínica HD (para caso de urgência).
- Confirma, marca e imprime Prescrição e imprime agenda HD no dia de entrada.
- Marca consulta em Unidade Hospital de Dia.
- Atende caso familiar.
- Procura em caso de urgência (horário HD).

Cronograma de Implementação Agenda HD- ONCOLOGIA

Imagem de ecrã de um cronograma de implementação para a agenda de HD em Oncologia.

Circuito em HD Piso 8

A.1.- No dia da primeira sessão da Pessoa com HD

- Consulta agenda do doente para dia e hora de entrada.
- Marca e analisa o estado clínico do doente no espaço de prestação de cuidados no dia (segundo consulta do doente).
- Procura a consulta de Enfermagem registada para doente.
- Marca agenda HD no dia, horário e hora de entrada no espaço de prestação de cuidados.
- Marca consulta de Enfermagem em Unidade Clínica por dia e hora de prestação de cuidados.
- Confirma marcação do doente no espaço de Hospital de Dia Clínica.
- Confirma tratamentos com doc/tes Clínic. Sim.
- Confirma Prescrição e análise com Farmácia.

Planeamento de Trabalho em HD

- Possibilidade de trabalho pelo Método Responsável
- Possibilidade de registo efectivo de consultas/actos de enfermagem com tempo despendido pelo Enfermeiro.

Imagem de ecrã de software para planeamento de trabalho em HD, mostrando uma lista de doentes e suas atividades.

Casos Práticos – Módulo HD

- Gerir Agenda HD
- Início de contacto em sala
 - Agendamento em carta de próxima sessão (tipo de protocolo, duração do tratamento e data);
- Articulação com farmácia
- Registo de procedimentos
- Registo no mapa de cuidados
- Diário de enfermagem
- Validação da marcação do próximo tratamento
- Terminar contacto
- Impressão de relatórios diários.



Apêndice X – Plano da Sessão de Formação: Registos de Enfermagem SAPE Ambulatório

Memória Descritiva

Curso: Modulo CIPE/SAPE – Ambulatório (Consulta Externa e Hospital de Dia)

Fundamentação:

Todos os cuidados de Enfermagem, sendo realizados no internamento ou ambulatório, devem constar do processo clínico do utente, e são da responsabilidade do enfermeiro que os prestou.

Os registos de Enfermagem são parte integrante do processo de cuidados de Enfermagem sendo uma forma de justificar e comprovar os cuidados que foram proporcionados aos utentes numa determinada situação clínica. São uma fonte de informação e um meio de comunicação, constituindo um instrumento de trabalho essencial para a prática clínica de Enfermagem e sua continuidade.

Os registos de Enfermagem têm a finalidade de:

- Proporcionar a comunicação;
- Individualizar os cuidados;
- Facilitar o planeamento dos cuidados;
- Garantir a sua continuidade;
- Avaliar a eficácia das intervenções / cuidados prestados;
- Proporcionar segurança ao utente e à equipa de Enfermagem;
- Permitir avaliar a qualidade dos mesmos;
- Auxiliar na investigação e na gestão dos recursos humanos e materiais;
- Identificar áreas de formação em serviço;
- Permitir protecção e responsabilização jurídico-legal e institucional dos enfermeiros.

Após o desenvolvimento e operacionalização do SAPE Internamento, surge agora a necessidade de desenvolver e formar os enfermeiros na aplicação SAPE – Ambulatório (Consulta Externa e Hospital de Dia).

De suporte à formação existem disponíveis para consulta, os Manuais de Utilizador do SAPE Ambulatório para as diversas funcionalidades e nos Serviços em que se justifique deve ser criado um guia orientador.

Objectivos:

Gerais	Específicos (Operacionais)
Compreender o funcionamento da aplicação SAPE – Ambulatório	No final da sessão os Enfermeiros devem ser capazes de: <ul style="list-style-type: none"> - Marcar contacto com consulta médica; - Marcar contacto sem consulta médica; - Desmarcar contactos; - Imprimir convocatória; - Efectivar, Iniciar, terminar contactos; - Identificar e terminar contactos por encerrar; - Aceder ao Processo de Enfermagem; - Aceder à avaliação inicial; - Aceder ao Mapa de cuidados; - Imprimir listagens várias (avaliação inicial, processo de enfermagem, carta de transferência, medicação); - Identificar os protocolos existentes por especialidade em HD; - Diferenciar actos de facturação e de produção; - Iniciar contacto de enfermagem em HD; - Identificar circuitos e articulação multidisciplinar em HD; - Identificar código de cores dos diferentes protocolos; - Marcar contacto com protocolo associado; - Desmarcar contacto protocolado; - Realizar associação/mudança de protocolo; - Realizar mudança de cadeirão/cama; - Aceder ao Processo de Enfermagem em HD;

Memória Descritiva

	<ul style="list-style-type: none"> - Aceder à avaliação inicial em HD; - Aceder ao Mapa de cuidados em HD; - Registrar MCDT's e procedimentos; - Terminar contacto de enfermagem em HD; - Imprimir listagens várias em HD (avaliação inicial, processo de enfermagem, carta de transferência, medicação, lista de sessões marcadas...);
--	--

Destinatários:

Nº Formandos/Ação	Grupo(s) Profissional(is)/Público-alvo	Crítérios de Seleção
6	Enfermeiros de apoio ao Hospital de Dia	Fundamentação dos critérios de seleção

Realização Física:

Ação nº	Data Início	Data Fim	Carga Horária	Nº Dias	Horário
1	18.5.2012	18.5.2012	5 horas	1	15h - 20h

Formadores:

Internos	Externos	Crítérios de Seleção
Nº:2 Nº Horas: 4	Nº: Nº Horas:	

Conteúdo Programático:

Temáticas/Nº Horas por Temática
<p>Modulo I - Consulta Externa - 2h</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Perspectiva geral da aplicação - 10m</u> ❖ Barras de Botões ❖ Menu Principal ❖ Calendário ❖ Agenda da Consulta Externa ❖ <u>Marcação de Contactos de Enfermagem - 30m</u> ❖ Marcação de Contactos com consulta Médica ❖ Marcação de Contactos sem consulta Médica ❖ Convocatória ❖ Efectivar, Iniciar, terminar contactos ❖ Contactos por Terminar ❖ <u>Processo de Enfermagem - 30m</u> ❖ Avaliação Inicial ❖ Processo de Enfermagem ❖ Prescrições ❖ Mapa de Cuidados ❖ Vigilâncias ❖ <u>Listagens/ Impressão - 10m</u> ❖ <u>Casos Práticos - 40m</u> <p>Modulo II - Hospital de Dia (HD) - 3h</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Aplicação SAM -20m</u> ❖ Protocolos parametrizados por Especialidade: Oncologia, Hematologia, Pneumologia e Imuno-hemoterapia - Código de Cores; ❖ Sala de Hospital de Dia: cadeirões/ camas por especialidade; ❖ Registo de MCDT's e procedimentos; ❖ Actos de facturação vs produção; ❖ <u>Aplicação SAPE - 30 m</u> ❖ Barras de Botões ❖ Menu Principal ❖ Calendário

Memória Descritiva

- ❖ Agenda do Hospital de Dia
- ❖ Especialidades
- ❖ Validação de Tratamento – Código de Cores
- ❖ Articulação com Farmácia
- ❖ Protocolos Prescritos
- ❖ Diário de Enfermagem.
- ❖ Avaliação Inicial
- ❖ Processo de Enfermagem
- ❖ Prescrições
- ❖ Mapa de Cuidados
- ❖ Alertas
- ❖ Transferência de Cadeira/ Cama
- ❖ Listagens/ Impressão

- ❖ Circuito Informático do Utente em HD – 40m
- ❖ Efectivação em secretariado
- ❖ Validação do tratamento – Código de Cores
- ❖ Articulação com Farmácia
- ❖ Início do contacto em sala
- ❖ Marcação de protocolo futuro
- ❖ Desmarcação de protocolo
- ❖ Mudança de Protocolo
- ❖ Registo de MCDT's
- ❖ Registos no Mapa de Cuidados
- ❖ Diário de Enfermagem
- ❖ Terminar Contacto
- ❖ Planeamento de Trabalho em HD

- ❖ Casos práticos – 60 m

Metodologias:

Formação	Avaliação
Expositiva, Participativa, Demonstrativa e Interactiva.	Questionário de avaliação da Formação.

Recursos Físicos e Pedagógicos:

Sala de Informática do [] com atalhos para SAPE_PALLAS – 10 computadores disponíveis;
 Projector multimédia;
 10 cópias do Guia de Registos em SAPE Ambulatório Modulo Consulta Externa em Capa do Serviço de Formação;
 Marcadores;
 Quadro.



Apêndice XI – Divulgação da sessão e sumário da formação Registos de Enfermagem SAPE Ambulatório – Modulo Consulta Externa e Hospital de Dia

SERVIÇO FORMAÇÃO

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – Modulo Consulta Externa e Hospital de Dia

<i>DIAS</i>	<i>MÓDULO I – Consulta Externa</i>
Maio	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Perspectiva geral da aplicação</u> ❖ Barra de Botões ❖ Menu Principal ❖ Calendário ❖ Agenda da Consulta Externa ❖ <u>Marcação de Contactos de Enfermagem</u> ❖ Marcação de Contactos com consulta Médica ❖ Marcação de Contactos sem consulta Médica ❖ Convocatória ❖ Efectivar, Iniciar, terminar contactos ❖ Contactos por Terminar ❖ <u>Processo de Enfermagem</u> ❖ Avaliação Inicial ❖ Processo de Enfermagem ❖ Prescrições ❖ Mapa de Cuidados ❖ Vigilâncias ❖ <u>Listagens/ Impressão</u> ❖ <u>Casos Práticos</u>
25	

MÓDULO II – Hospital de Dia

Maio

25

- ❖ Aplicação SAM
- ❖ Protocolos parametrizados por Especialidade: Oncologia, Hematologia, Pneumologia e Imunohemoterapia – Código de Cores;
- ❖ Sala de Hospital de Dia: cadeirões/ camas por especialidade;
- ❖ Registo de MCDT's e procedimentos;
- ❖ Actos de facturação vs produção;

- ❖ Aplicação SAPE
- ❖ Barra de Botões
- ❖ Menu Principal
- ❖ Calendário
- ❖ Agenda do Hospital de Dia
- ❖ Especialidades
- ❖ Validação de Tratamento – Código de Cores
- ❖ Articulação com Farmácia
- ❖ Protocolos Prescritos
- ❖ Diário de Enfermagem.
- ❖ Avaliação Inicial
- ❖ Processo de Enfermagem
- ❖ Prescrições
- ❖ Mapa de Cuidados
- ❖ Alertas
- ❖ Transferência de Cadeira/ Cama
- ❖ Listagens/ Impressão

- ❖ Circuito Informático do Utente em HD
- ❖ Efectivação em secretariado
- ❖ Validação do tratamento – Código de Cores
- ❖ Articulação com Farmácia
- ❖ Início do contacto em sala
- ❖ Marcação de protocolo futuro
- ❖ Desmarcação de protocolo
- ❖ Mudança de Protocolo
- ❖ Registo de MCDT's
- ❖ Registos no Mapa de Cuidados
- ❖ Diário de Enfermagem
- ❖ Terminar Contacto
- ❖ Planeamento de Trabalho em HD

- ❖ Casos práticos

TOTAL DE HORAS DO CURSO: 5

TOTAL DE DIAS: 1

LOCAL: Hospital Garcia de Orta, EPE

Sala de Informática

HORÁRIO:

15h00 às 20h00



**Apêndice XII – Resumo da Avaliação da Sessão de Formação sobre
Registos de Enfermagem SAPE Ambulatório – Modulo Consulta Externa e Hospital de
Dia**

Handwritten signature and name: LG Sampaio

SERVIÇO DE FORMAÇÃO
AValiação DA FORMAÇÃO - QUESTIONÁRIO DO FORMANDO

Curso:

Data:

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. 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?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

				X
				X
				X
				X
				X

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?

			X	
				X
				X
				X

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?

				X
				X
				X
				X
			X	

Refira Aspectos Positivos:

Refira Aspectos Negativos:

Dê Sugestões:

Avaliação dos Formadores no Verso:



Apêndice XIII – Execução do PAC relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista



Estudante: Hugo Miguel Martins Alves Franco	Orientadores: Enf. EEMC Paula Paramés, Prof. Dra. Lurdes Martins e Prof. Dra. Alice Ruivo
Instituição: Hospital da região de Setúbal	Serviço: Hospital de Dia e Consulta Externa
Projeto de Aprendizagem Clínica	

Objetivos

Adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista

Competências

A. No Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
 A1. 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

Atividades/Estratégias

- Promoção de cuidados ético deontológicos que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Desenvolvimento e avaliação dos resultados de uma tomada de decisão ética nas situações da prática especializada;
- Efetivação de uma liderança ética nos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na área de especialidade;
- Supervisão ética da equipa, apreciando as práticas de cuidados que pudessem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade da pessoa.
- Promoção do desenvolvimento de medidas para a segurança dos dados e registos, no âmbito das auditorias dos registos no serviço;
- Reflexão sobre os contributos lecionados e os trabalhos realizados na UC de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem.
- Reflexão sobre a tomada de decisão ética desenvolvida no âmbito do trabalho do módulo de Supervisão de Cuidados (capítulo 5)
- Respeito pelos direitos éticos e deontológicos no desenvolvimento e concretização do PIS



Estudante: Hugo Miguel Martins Alves Franco	Orientadores: Enf. EEMC Paula Paramés, Prof. Dra. Lurdes Martins e Prof. Dra. Alice Ruivo
Instituição: Hospital da região de Setúbal	Serviço: Hospital de Dia e Consulta Externa
Projeto de Aprendizagem Clínica	

Objetivos

Adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista

Competências

- B. No Domínio da melhoria continua da qualidade**
- B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica
 - B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade
 - B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Atividades/Estratégias

- Concretização do PIS, utilizando a metodologia científica de projeto lecionada na UC de Investigação, atingindo todos os objetivos propostos e concebendo um Programa de Melhoria Continua da Qualidade na área dos Registos de Enfermagem;
- Dinamização das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, nomeadamente com nomeação para o Grupo Institucional dos Registos Informatizados e em Programas de Melhoria Continua da Qualidade como auditor interno;
- Promoção dos processos de liderança e da qualidade dos cuidados na operacionalização de normas de procedimento institucional no âmbito do PAC;
 - Implementar processos de auditoria clínica e diagnóstico aos registos informatizados SAPE no ambulatório do serviço de Oncologia;
- Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem através dos indicadores emergentes no PIS para o serviço de ambulatório de Oncologia;
 - Diagnosticar oportunidades de melhoria e implementar melhoria da qualidade na intervenção de enfermagem pela implementação de Normas de Prática clínica que traduzem um cuidar especializado ao nível da segurança, qualidade e inovação;
- Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo;



Estudante: Hugo Miguel Martins Alves Franco
Orientadores: Enf. EEMC Paula Paramés, Prof. Dra. Lurdes Martins e Prof. Dra. Alice Ruivo

Instituição: Hospital da região de Setúbal
Serviço: Hospital de Dia e Consulta Externa

Projeto de Aprendizagem Clínica

Objetivos

Adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista

Competências

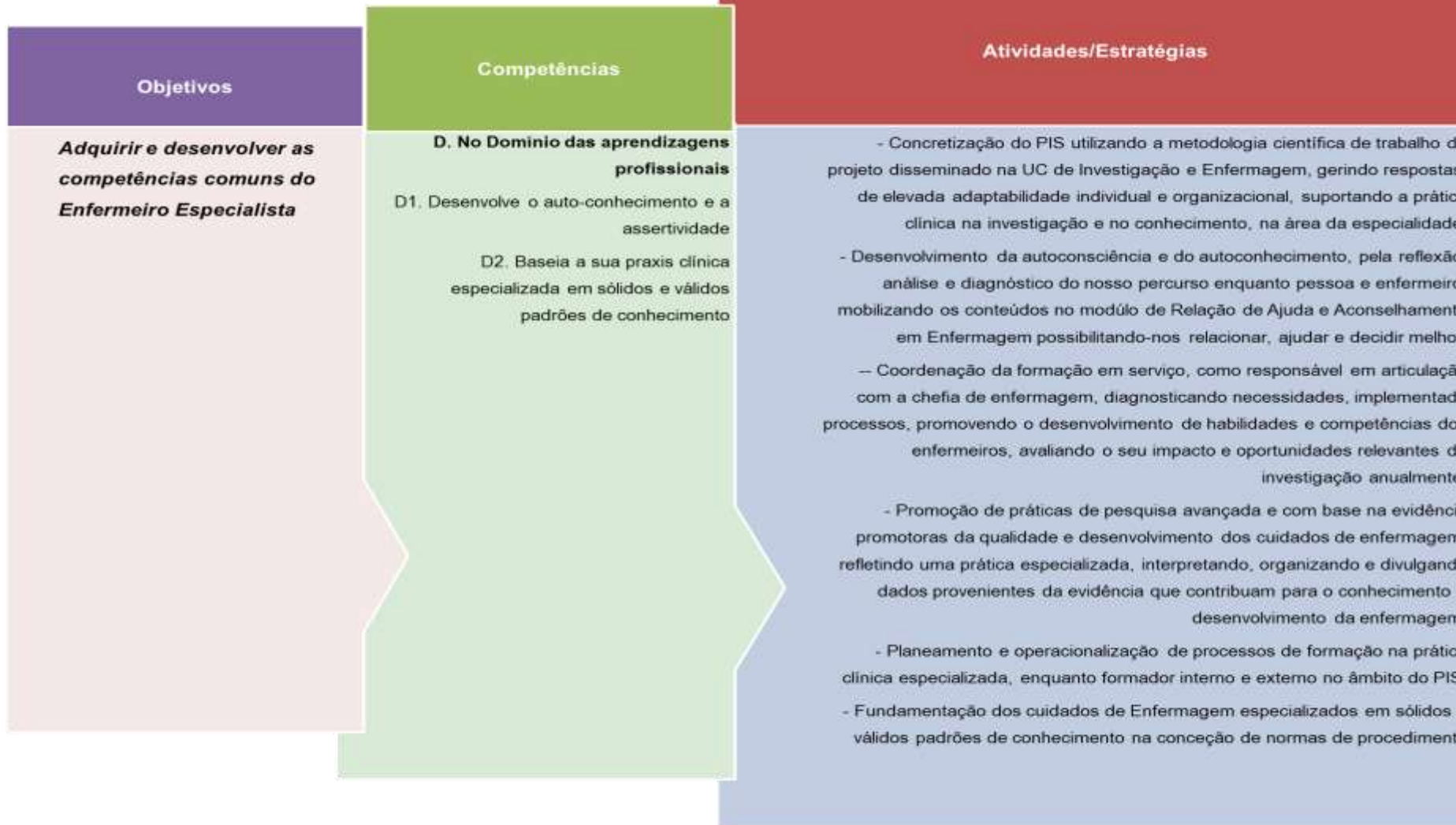
C. No Domínio da gestão dos cuidados

- C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional
- C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Atividades/Estratégias

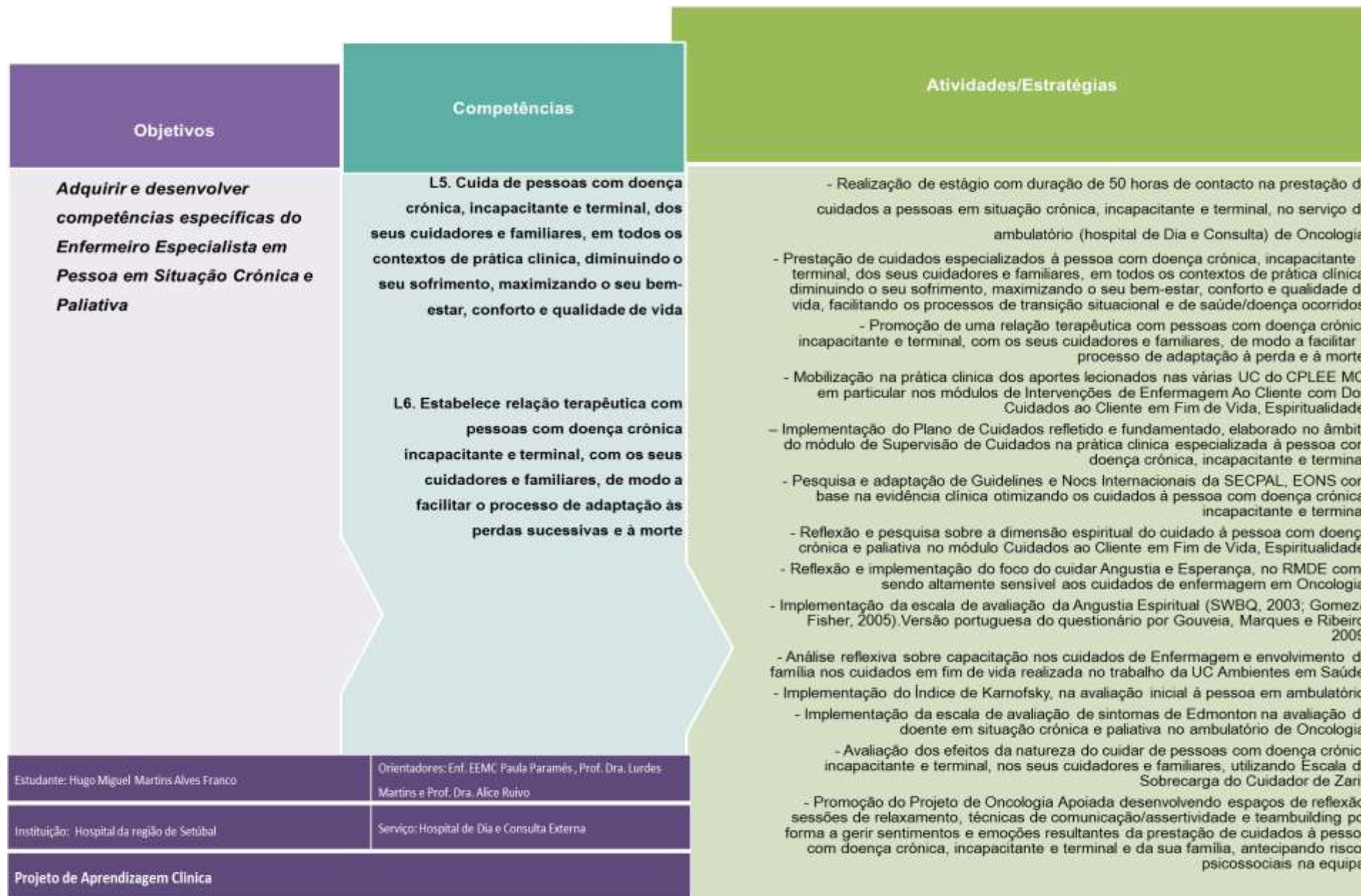
- Assunção das responsabilidades inerentes a Chefe de Equipa dão resposta a estas unidades de competência;
 - Concretização de um modelo de gestão de cuidados de enfermagem, com base nos conteúdos da supervisão clínica, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e da articulação com a equipa multidisciplinar, garantindo a segurança e a qualidade;
 - Implementação de momentos de partilha, reflexão e discussão sobre o processo de enfermagem, os diagnósticos, as intervenções sensíveis aos cuidados promovendo a otimização das práticas e da tomada de decisão clínica;
- Mobilização dos conteúdos da UC Ambientes em Saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos à cultura e clima organizacional procurando a melhoria da qualidade dos cuidados;
- Operacionalização junto da equipa de Enfermagem, no âmbito da gestão de cuidados especializados das normas de procedimento clínico desenvolvidas no PAC;
- Mobilização na prática especializada dos contributos lecionados no módulo de Liderança de Equipas e Gestão dos Cuidados de Enfermagem, e ainda dos contributos do trabalho do módulo de Supervisão de Cuidados;

Estudante: Hugo Miguel Martins Alves Franco	Orientadores: Enif. EEMC Paula Paramés, Prof. Dra. Lurdes Martins e Prof. Dra. Alice Ruivo
Instituição: Hospital da região de Setúbal	Serviço: Hospital de Dia e Consulta Externa
Projeto de Aprendizagem Clínica	

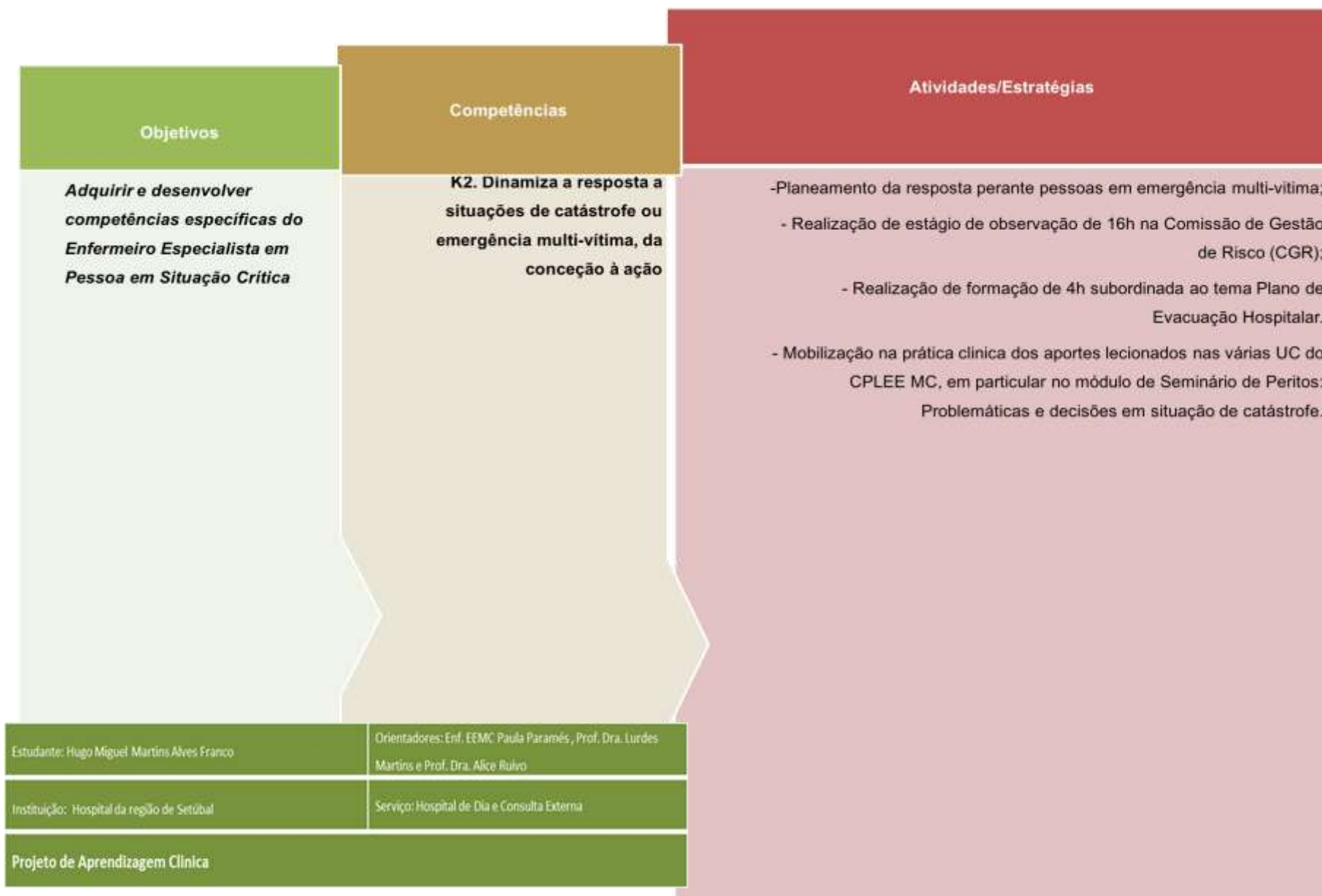




Apêndice XIV – Execução do PAC relativo às Competências Específicas do EEMC em Pessoa em Situação Crônica e Paliativa











Apêndice XV – Trabalho do módulo Supervisão de Cuidados: “A Pessoa Laringectomizada”

2º CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

UC ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

UT 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,



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

Laringectomizado

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 disciplinabilidade 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 perspetivas 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 perspetiva 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	25
Quadro 3 – Adesão ao Regime Terapêutico: Intervenções de Enfermagem.....	26
Quadro 4 – Náusea: Diagnóstico e Resultado Esperado	27
Quadro 5 – Náusea: Intervenções de Enfermagem.....	28
Quadro 6 – Angústia Espiritual: Diagnóstico e Resultado Esperado	30
Quadro 7 – Angústia Espiritual: Intervenções de Enfermagem	30
Quadro 8 – Imagem Corporal e Auto-estima: Diagnóstico e Resultado Esperado	32
Quadro 9 – Imagem Corporal e Auto-estima: Intervenções de Enfermagem.....	33
Quadro 10 – Comunicação: Diagnóstico e Resultado Esperado	36
Quadro 11 – Comunicação: Intervenções de Enfermagem.....	37
Quadro 12 – Úlcera de Pressão: Diagnóstico e Resultado Esperado.....	38
Quadro 13 – Úlcera de Pressão: Intervenções de Enfermagem	38
Quadro 14 – Dor: Diagnóstico e Resultado Esperado.....	41
Quadro 15 – Dor: Intervenções de Enfermagem	41
Quadro 16 – Ferida Cirúrgica: Diagnóstico e Resultado Esperado.....	43
Quadro 17 – Ferida Cirúrgica: Intervenções de Enfermagem	43
Quadro 18 – Infecção: Diagnóstico e Resultado Esperado.....	44
Quadro 19 – Infecção: Intervenções de Enfermagem	45
Quadro 20 – Cuidado à Traqueostomia: Diagnóstico e Resultado Esperado.....	46
Quadro 21 – Cuidado à Traqueostomia: Intervenções de Enfermagem	47

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. DESCRIÇÃO DO CASO	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
2.1. SUPERVISÃO DE CUIDADOS.....	15
2.2. LARINGECTOMIA TOTAL	17
2.2.1. <i>Dimensões Psicossociais da Laringectomia Total</i>	19
2.3. IMAGEM CORPORAL.....	19
2.4. AUTO-ESTIMA	22
2.5. COMUNICAÇÃO.....	23
3. PLANO DE CUIDADOS	25
3.1. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	25
3.2. NÁUSEA	27
3.3. ANGÚSTIA ESPIRITUAL.....	30
3.4. IMAGEM CORPORAL E AUTO-ESTIMA.....	32
3.5. COMUNICAÇÃO.....	36
3.6. ÚLCERA DE PRESSÃO.....	38
3.7. DOR.....	41
3.8. FERIDA CIRÚRGICA.....	43
3.9. INFECÇÃO.....	44
3.10. CUIDADO À TRAQUEOSTOMIA.....	46



4. ANÁLISE REFLEXIVA	50
4.1. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	50
4.2. ANGÚSTIA ESPIRITUAL	52
4.3. IMAGEM CORPORAL E AUTO-ESTIMA.....	57
4.4. COMUNICAÇÃO	60
4.5. ÚLCERA DE PRESSÃO	62
4.6. DOR.....	65
4.7. FERIDA CIRÚRGICA	66
4.8. INFECÇÃO	69
4.9. CUIDADO À TRAQUEOSTOMIA	73
5. QUESTÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS EMERGENTES	76
5.1. SOBRE A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	76
5.2. SOBRE O SOFRIMENTO E A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA	79
5.3. SOBRE O CUIDAR.....	83
5.4. SOBRE O DIREITO À INFORMAÇÃO E O CONSENTIMENTO INFORMADO DA PESSOA.....	86
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS	93
BIBLIOGRÁFICAS	93
ELETRÓNICAS	100
ANEXOS.....	101
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 BRADEN114

ANEXO VI – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE116



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 interativo, 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)

PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA

Objectivo

Apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afectivas e relacionais)



Identificação do problema	Clarificação dos problemas e das áreas de intervenção
Contextualização	Definição de objetivos de intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional;
Planeamento	Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes
Implementação	Concretização das acções planeadas;
Avaliação	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 interações 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 metastáticos presentes, assim como todas as estruturas não vitais do pescoço (Meeker & Rothrock, 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 disфония, 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 a 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 vida, 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

Diagnóstico	Não Adesão ao Regime Terapêutico
<p>Segundo a CIPE Versão 2 (2011, p.36), Adesão significa “<i>Ação auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações 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>	
Resultado Esperado	Adesão ao Regime Terapêutico
<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

Intervenções de Enfermagem	Fundamentação
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 do comportamento real da pessoa. Algumas das estratégias que são utilizadas para medir a adesão incluem:
Ensinar acerca da doença – ansiedade, depressão e doença oncológica	<ul style="list-style-type: none"> • Perguntar aos prestadores de cuidados e aos doentes; • Questionários padronizados aplicados aos doentes; • Contagem da dose restante;
Avaliar a resposta psicossocial às instruções	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo electrónico de monitorização, que regista a hora e a data a que o recipiente de medicação foi aberto; • Verificar quando as prescrições são aviadas pela primeira vez e na repetição. (OE, 2009)
Providenciar material de leitura	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 complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz;	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 prevenção de complicações	

<p>Ensinar sobre regime medicamentoso;</p>	<p>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).</p>
<p>Ensinar sobre sinais de complicações;</p>	<p>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).</p>
<p>Orientar para serviços de saúde;</p>	
<p>Promover a esperança</p>	
<p>Promover o apoio social</p>	
<p>Reforçar a adesão</p>	

3.2. NÁUSEA

Quadro 4 – Náusea: Diagnóstico e Resultado Esperado

Diagnóstico	Náusea Actual
<p>Segundo a CIPE Versão 2 (2010, p.63), a náusea é uma <i>“percepção com as características específicas: sensação de enjoo e de vontade de vomitar; sensação desagradável, vagamente referenciada ao epigastro e abdómen, ofensiva ao paladar ou ao olfacto”</i>.</p>	
Resultado Esperado	Náusea Melhorada



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

Intervenções de Enfermagem	Fundamentação
Avaliar 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)
Monitorizar a náusea	A monitorização é realizada de acordo com a <i>Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) – Anexo II.</i>
Ensinar sobre 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;
Ensinar a família acerca do regime dietético	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 a ingestão de líquidos no momento das refeições, evita a distensão excessiva do estômago e conseqüentemente a estimulação nauseante e o vómito; Instruir a pessoa a realizar uma dieta fraccionada e em pequenas porções, atenua os estímulos nauseantes e evita a sensação de estômago distendido;
Ensinar acerca das necessidades dietéticas	Ensinar sobre técnicas de hidratação (ex.: cubo de gelo, gelatinas, chás frios, etc.) (Carpenito, 1997).

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">• Controlar as causas/factores de exacerbação como medicamentos, dor intensa, ansiedade, tosse, entre outros.• Não realizar movimentos dolorosos antes das refeições;• Proporcionar uma atmosfera relaxada e agradável para a refeição;• Ensinar a pessoa a descansar antes das refeições;• Ensinar a pessoa a praticar a respiração profunda e a deglutição voluntária, de modo a suprimir o reflexo do vômito;• Ensinar a pessoa a não se deitar após as refeições;• Evitar comer alimentos preferidos durante os períodos de náusea; 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)
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	<p>No tratamento de náuseas e vômitos em geral envolve o uso de drogas antieméticas que podem auxiliar no seu alívio (ANCP, 2009).</p> <p>O uso concomitante de medidas não-farmacológicas e farmacológicas levam a melhores efeitos do que a prática de uma medida isolada (<i>Idem</i>).</p>

3.3. ANGÚSTIA ESPIRITUAL

Quadro 6 – Angústia Espiritual: Diagnóstico e Resultado Esperado

Diagnóstico	Angústia Espiritual Presente
<p>Por Angústia 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>”.</p>	
Resultado Esperado	Angústia Espiritual Diminuída
<p>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)</p>	

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,

Providenciar apoio espiritual

sofrimento e espiritualidade. Este tem como princípio 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.

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*)

Providenciar para o comportamento espiritual.

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
	<p>De acordo com a CIPE Versão 2 (2011, p.58) a imagem corporal é definida como uma “<i>Auto-Imagem: Imagem mental do próprio corpo, no seu todo ou em parte, ou da aparência física do próprio</i>”. A auto-estima é definida como “<i>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</i>” (CIPE Versão 2, 2011, p.41).</p> <p>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).</p> <p>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).</p>
Resultado Esperado	Imagem Corporal Positiva e Auto-Estima Melhorada
	<p>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.</p> <p>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 <i>coping</i> utilizadas pela pessoa, quer perante a doença oncológica, quer perante as bruscas alterações na imagem corporal e estilos de vida (<i>Idem</i>).</p>



Quadro 9 – Imagem Corporal e Auto-estima: Intervenções de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem	Justificação
<p>Avaliar a Auto-Imagem</p> <p>Avaliar a Auto-Estima</p>	<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-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</p> <p>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</p>

	<p>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</p> <p>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 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.</p> <p>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 (<i>Idem</i>).</p> <p>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).</p>
<p>Promover o envolvimento familiar</p>	<p>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).</p>

	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>Ao informar a família da situação e solicitar a sua ajuda, o enfermeiro está a promover o envolvimento da mesma no processo terapêutico.</p>
<p>Apoiar o indivíduo</p>	<p>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).</p>
<p>Informar sobre os recursos existentes (sociais, comunitários)</p>	<p>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</i></p>

APLV são as melhores coisas da minha vida” (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

Diagnóstico	Comunicação Comprometida
<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 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 e Colaboradores, 2004; cit. por Oliveira, 2009).</p>	
Resultado Esperado	Comunicação Efectiva
<p>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 (fistulas traqueoesofágicas), como meios de substituição da função fonatória alterada.</p> <p>Desta forma, deve o enfermeiro implementar intervenções que visem minorar os efeitos da comunicação comprometida, otimizando a comunicação do laringectomizado com a família e do laringectomizado com o enfermeiro, promovendo a adaptação deste às suas alterações de comunicação.</p>	

Quadro 11 – Comunicação: Intervenções de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem	Justificação
<p>Identificar Obstáculos à Comunicação</p> <p>Optimizar comunicação</p>	<p>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.</p>
<p>Orientar a pessoa para a terapia da fala</p>	<p>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).</p>
<p>Promover alternativas de comunicação</p>	<p>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.</p>
<p>Providenciar material de leitura</p>	<p>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”.</p>

3.6. ÚLCERA DE PRESSÃO

Quadro 12 – Úlcera de Pressão: Diagnóstico e Resultado Esperado

Diagnóstico	Risco de Úlcera de Pressão
<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 Pressure 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>	
Resultado Esperado	Ausência de úlcera de pressão (até ao momento da alta)
<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

Intervenções de Enfermagem	Justificação
<p>Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden de 48/48 horas.</p>	<p>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> <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>

Promover ingestão de alimentos e de líquidos adequados.

Suportada por evidência científica, a escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Escala de Braden – *Anexo V* 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).

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).

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.

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.

Vigiar a pele através do Instrumento de Avaliação da Pele, 1 vez por turno

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).

De acordo com a DGS (2011), o enfermeiro deve 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 – *Anexo VI*.



Aplicar creme no corpo, 1 vez por turno e em SOS	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.
Manter a pele seca	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).
Providenciar dispositivo para aliviar pressão	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.
Incentivar a pessoa a alternar posicionamento	<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>
Supervisionar o indivíduo no posicionamento de 4/4 horas	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.
Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos	




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
<p>Identificar a atitude face à Dor</p>	<p>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)</p>

<p>Avaliar a Dor</p>	
<p>Monitorizar a Dor (utilizar a escala Numérica)</p>	<p>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, implicando o recurso a um instrumento de avaliação de forma a poder identificar a intensidade da dor.</p>
	<p><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).</p> <p><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"> • Promover um ambiente calmo. • Administração de medicação analgésica. • Disponibilizar música ambiente. 	<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: “ (...) Corte de 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”.</p>	
Resultado Esperado	Ferida Cirúrgica nenhuma
<p>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).</p> <p>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.</p>	

Quadro 17 – Ferida Cirúrgica: Intervenções de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem	Justificação
<p>Cuidado à ferida</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ vigiar penso da ferida de 8/8h e SOS ✓ executar tratamento à ferida cirúrgica, diariamente e em SOS 	<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 & 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</p>



<p>Avaliar Cicatrização da ferida</p> <p>✓ vigiar ferida</p> <p>✓ monitorizar a ferida cirúrgica</p> <p>Ensinar sobre cuidados e cicatrização da ferida</p>	<p>com técnica asséptica,</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> <p>Ensinar é “Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (CIPE Versão 2, 2011 p.96).</p> <p>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).</p>
---	---

3.9. INFECCÃO

Quadro 18 – Infecção: Diagnóstico e Resultado Esperado

Diagnóstico	Risco de Infecção
<p>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></p>	
Resultado Esperado	Infecção nenhuma
<p><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</i></p>	

associados à doença e a maximizar as probabilidades de recuperação e de retorno à vida pessoal, social e profissional” (Bilbão et al., 2006, p.51).

Quadro 19 – Infecção: Intervenções de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem	Justificação
Avaliar a susceptibilidade à infecção	<p><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” (Bilbão et al., 2006, p. 52).</i></p> <p><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></p>
Ensinar medidas de segurança	<p><i>“Ações educativas com uso de pôsteres, sinais luminosos, mensagens e envolvimento de pacientes” (Almeida Cruz et al., 2009, p 36).</i></p>
Monitorizar a temperatura corporal	<p><i>“A febre é um sintoma comum de infecção” (Brunner et al, p. 1621).</i></p>
Monitorizar os sinais e sintomas de infecção	<p><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></p>
Prevenir a infecção cruzada	<p>Actualmente, os pontos fulcrais da prevenção e controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de</p>



	<p>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”</i> (Almeida Cruz et al., 2009, p 34).</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”</i> (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002, p. 51).</p>
--	---

3.10. CUIDADO À TRAQUEOSTOMIA

Quadro 20 – Cuidado à Traqueostomia: Diagnóstico e Resultado Esperado

Diagnóstico	Défice de conhecimento sobre cuidado à traqueostomia
<p>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></p>	
Resultado Esperado	Conhecimento no cuidado à traqueostomia efectivo
<p>Autonomia é <i>“Status de autogovernança 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.</p>	

Quadro 21 – Cuidado à Traqueostomia: Intervenções de Enfermagem

Intervenções de Enfermagem	Justificação
<p>Avaliar a disponibilidade para aprender</p>	<p>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...).</p>
<p>Ensinar sobre cuidados à traqueostomia</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>Providenciar literatura de suporte (folhetos)</p>	<p>Ensinar é “<i>Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde</i>” (CIPE Versão 2, 2011 p. 96);</p> <p>Os cuidados são essenciais para manter a permeabilidade aérea do estoma (Phipps et al., 1995, p. 885)</p> <p>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).</p> <p>Recomenda-se que a selecção do conteúdo dos ensinamentos deve ter em consideração aquilo que o doente necessita e simultaneamente aquilo que quer aprender (Meeker & Rothrock, 1995).</p>
<p>Instruir o doente sobre cuidados à traqueostomia,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstrar ao doente como se realizam os cuidados ao estoma, nomeadamente a higiene, substituição e limpeza da canula. 	<p>Instruir é “<i>Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa</i>” (CIPE Versão 2, 2011, p. 97).</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> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar através do treino se o doente consegue colocar em pratica os cuidados ensinados e 	<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 & Rothrock, 1995).</p>

<p>instruídos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • Avaliar a resposta psicossocial do ensino sobre ferida • • Envolver e Apoiar o Prestador de cuidados • • • • Promover a autonomia • • Planeamento da alta • 	<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> <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> <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> <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 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> <p>A alta deve ser planeada logo desde o início do internamento com o objectivo de orientar e treinar</p>
--	--

o cliente e a família para o auto cuidado (Pianucci, 2008).

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).

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 & Rothrock, 1995)

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).

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.

- **Orientar antecipadamente para grupos de apoio**

- ✓ **-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

- ✓ **-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



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 morbilidade 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 *pessoa 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 (pessoa e ambiente), adquirem um estatuto relevante face ao fenómeno abordado. Neuman (1995), considera a pessoa 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 pessoa 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 pessoa. 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 *spiritualitudo*, 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 cotidiano 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 objetivos, 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 transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação.*

K.1.6.2 – *Reconhece o impacto das transações 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 (fistulas 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, optimizando 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, 2006; 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 de 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, planear 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; interações 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 & Stampler(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. INFECÇÃO

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, contribuído 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 desinfeção 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 Enfermeiros¹⁰²: “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”. Afirma-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 crónicas: 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.



1. 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 **D1. 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. **Ciencia y Enfermeria**. 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, Sílvia; 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 Suffering**. 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 N.º9/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 n.º. 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; ROTHROCK, 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 792-8383-74-6.

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%20IMAGINRIO%20CONDUZIDO%20NO%20CONFORTO%20DE%20DOENTES%20EM%20CONTEXTO%20PS.pdf>](http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7157/2/O%20IMAGINRIO%20CONDUZIDO%20NO%20CONFORTO%20DE%20DOENTES%20EM%20CONTEXTO%20PS.pdf)

BUGALHO, A; CARNEIRO, A.V. - **Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas**. 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%AAtica+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%AAtica+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/v11n1/v11n1a05.pdf>](http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a05.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

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>](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>](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>](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>](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>](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 >. 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>](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>](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.cneqv.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%20%20Me.pdf>](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56031/2/Trabalho%20de%20Projecto%20de%20Srgio%20Miguel%20Magalhes%20Pimenta%20%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
Física	
<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)?

Mental e comportamental	
<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	<p>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?</p>
<input type="checkbox"/> Falta de esperança	<p>Sente-se subjugado pela sua doença e pelo tratamento? Acha que é impossível gerir a sua situação? Apetece-lhe desistir?</p>
<input type="checkbox"/> Analfabetismo	<p>Sabe ler? Tem dificuldade em ler instruções ou as informações que lhe são dadas pelos prestadores de cuidados de saúde?</p>
<input type="checkbox"/> Défice de conhecimentos	<p>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?</p>
<input type="checkbox"/> Não-adesão	<p>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?</p>
<input type="checkbox"/> Resposta ao tratamento, ausência de	<p>Tem sintomas da sua doença mesmo quando segue o programa de tratamento?</p>
<input type="checkbox"/> Auto-eficácia, baixa	<p>Acha que outras pessoas determinam se está saudável ou doente? Acha que só fica doente por acaso?</p>
<input type="checkbox"/> Auto-imagem, baixa e Auto-estima, baixa	<p>Tomar a medicação (seguir o seu regime de tratamento) afecta a forma como se sente acerca de si próprio ou a forma como actua?</p>
<input type="checkbox"/> Ideação suicida	<p>Tem pensamentos suicidas que o fazem desistir do tratamento?</p>
<input type="checkbox"/> Suspeita	<p>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?</p>
<input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento	<p>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?</p>



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Sócio-cultural e ambiental	
<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
Espiritual	
<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)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentement	Quase sempre	Sempre
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

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____
Serviço: _____		Cama: _____	Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se rebai 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.	2. Muito limitada: 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.	3. Ligeiramente limitada: 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.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: 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.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: 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.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: 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 lactónicos). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: 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 lactónicos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactónicos). 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.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactónicos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: 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.	2. Problema potencial: Movimentar-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.	3. Nenhum problema: 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.				Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989;

Versão Portuguesa 2001. Carlos Morgado; Cristina Nogueira; Pedro Pereira; João Gonzalez; Kátia Furtado

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GÁIF) 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. Vértebras (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. Calcâneo direito	_____	_____	_____
26. Calcâneo esquerdo	_____	_____	_____
27. Dedos do pé direito	_____	_____	_____
28. Dedos do pé esquerdo	_____	_____	_____
29. Outro (especificar)	_____	_____	_____

Anterior

Posterior

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 subjacente.

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 categoria⁵.



Apêndice XVI – FMAE de Diagnóstico de Intervenção no âmbito do Controlo de Infecção no Serviço de Oncologia

ETAPA	INCIDENTES	EFEITOS	G	CAUSAS	O	D	RPN	Ações	
1	Definir necessidades de intervenção na área do CCI	Insucesso na implementação de acções correctivas	Risco de IACS; Diminuição da segurança dos cuidados prestados	9	Desconhecimento das áreas de maior sensibilidade aos cuidados na área da CCI	6	2	108	-Definir áreas críticas de actuação - Entrevistar peritos
2	Estabelecer Medidas de Protecção Individual	Incorrecta utilização das EPI	Risco de IACS; Diminuição da segurança dos cuidados prestados	9	Desconhecimento de normas comuns da CCI sobre EPIS	8	7	504	Divulgar as normas da CCI sobre EPIS e Formas de Contágio.
3	Seleção das EPIS a utilizar de acordo com o tipo de Contacto	Seleção incorrecta das EPIS	Risco de Infecção para os profissionais de Saúde; Risco de IACS; Diminuição da segurança dos cuidados prestados	8	Falta de informação sobre as EPIS;	7	7	392	Apresentar sobre forma de Poster – EPIS: Adequação da Protecção ao tipo de Contacto.



Apêndice XVII - Poster de Intervenção Vias de Transmissão e Equipamento de Proteção Individual.

1 - Enf.º Cuidados Gerais HGO EPE e Prof. Equipado a Assistência do IPS - Escola Superior de Saúde de Setúbal.

2 - Enf.ª Especialista em Enfermagem Médica Cirúrgica e Pós Graduada em Cuidados Palliativos.

3 - Professora Adjunta do IPS - Escola Superior de Saúde de Setúbal e PhD em Ciências de Enfermagem.

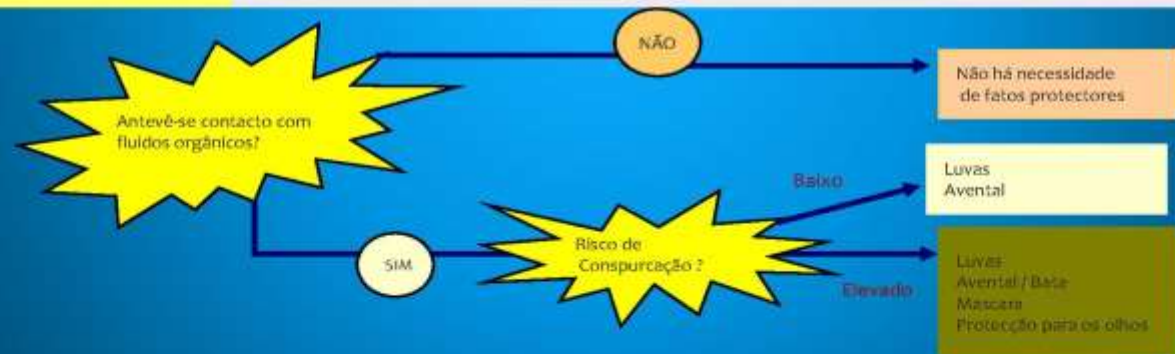
Vias de Transmissão e Equipamentos de Protecção Individual: A Segurança nos procedimentos para uma Melhoria nas Práticas

Franco¹, Hugo M. Paramés², Paula Martins³, Marla L.

Objectivo

Apresentar a associação entre as vias de transmissão e os EPI disponíveis promovendo a segurança e a melhoria dos cuidados prestados.

Vias de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microorganismos
Contacto directo	Doentes Profissionais de saúde	Pessoa a pessoa durante a prestação dos cuidados ex: transmissão por aperto de mão, palpação abdominal, cuidados de higiene	Staphylococcus aureus, Bacilos Gram negativos, Virus respiratórios
Contacto indirecto	Instrumentos e equipamento de uso clínico	A transmissão ocorre passivamente através de um objecto intermediário (normalmente inanimado); ex: transmissão por não mudar luvas entre doentes, partilha de estetoscópio...	Salmonella spp, Pseudomonas, Acinetobacter S. maltophilia
Gotículas	Doentes Profissionais de saúde	Transmissão através de gotículas (> 5µm) que transferem os microrganismos através do ar quando a fonte ou o doente se encontram demasiado próximas. Ex. Espirro, fala, tosse, aspiração	Influenza virus, Staphylococcus aureus, Sarampo, Streptococcus A Virus sincial respiratório
Via Aérea	Ar	Propagação de germes (< 5µm) evaporados através de núcleos de gotículas do ar ou pó no mesmo quarto ou a uma distância longa. Ex. através de respiração	Mycobacterium tuberculosis, Legionella spp
Veículo Inanimado	Alimentação, água ou medicação	Um veículo inanimado actua como vector de transmissão de agentes microbianos para múltiplos doentes.	Salmonella spp, HIV, HBV, Gram negativos



	BATA e/ou AVENTAL	MÁSCARA e ÓCULOS	RESPIRADOR	LUVAS
INDICAÇÃO	Risco de salpicos de sangue/ líquidos orgânicos 	Risco de aerossóis e/ou salpicos de sangue ou líquidos orgânicos 	Suspeita de microrganismo transmitido via aérea. Procedimentos de risco/ suspeita de transmissão por gotículas 	Contacto com: - Líquidos orgânicos; - Mucosas ou pele não intacta. Instalações / equipamentos contaminados com líquidos orgânicos. Seleccionar o tipo de luva
OBS.	Não usar por rotina como protector da farda	Usar máscara Cirúrgica	Rigor na selecção	Mudar entre procedimentos e quando rotas Não dispensa a Higiene das Mãos

Mudar todos os EPI entre doentes e proceder à Higiene das Mãos

