



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“Da Comunicação Reflectida e Cuidados Seguros à  
Excelência dos Cuidados”

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Luzia De Fátima Choupina Borges

LISBOA, ABRIL de 2011



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“Da Comunicação Reflectida e Cuidados Seguros à  
Excelência dos Cuidados”

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por: Luzia De Fátima Choupina Borges

Sob Orientação: Professora Patrícia Pontífice Sousa

LISBOA, ABRIL de 2011

“Diz-me e eu esquecerei,  
Ensina-me e eu lembrar-me-ei,  
Envolve-me e eu aprenderei.”

(provérbio Chinês)

“Grandes realizações não são feitas por impulso,  
mas por uma soma de pequenas realizações.”

Vincent Van Gogh“

A ti, querida Luísa Chaves,

Que mostraste o que é enfrentar a adversidade,

Com toda a dignidade que um ser humano pode ter...

A tua força inspira-nos a todos... Obrigada.

Pensei desistir e também por ti resolvi ficar... esta foi  
a maior lição...

Aos meus pais,

cuja ajuda foi essencial para que pudesse prosseguir  
este “sonho”... Obrigada.

# RESUMO

---

Este Relatório é o culminar de um percurso intenso, no encontro das competências necessárias ao perfil exigido ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Insere-se na área curricular do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica, com aquisição de conhecimentos em sala de aula até aos estágios onde foram implementadas e desenvolvidas essas competências. É através dele que se demonstra o percurso delineado, que são justificados os objectivos e as actividades desenvolvidas, e que se reflecte sobre o vivenciado. Intitulado *“Da Comunicação Reflectida e Cuidados Seguros à Excelência dos Cuidados”* por ter uma linha orientadora transversal a todos os estágios: a comunicação e os cuidados seguros, sobretudo as precauções especiais de isolamento, alicerçada numa reflexão crítica e tendo como referencial a excelência dos cuidados de enfermagem. Para a descrição dos estágios realizados (Módulo I e III), foi usada uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica das actividades desenvolvidas tendo em conta o projecto de desenvolvimento delineado.

A comunicação foi trabalhada nas várias vertentes, a nível das relações interpessoais, a nível do cuidado, com benefícios para os utentes, para os profissionais e para a instituição. As actividades que promoveram cuidados seguros incluíram a comunicação, formação, normas, entre outras. Todas as actividades promoveram ganhos para a Saúde, elevando a qualidade do serviço prestado.

Ficou demonstrado que os objectivos definidos foram atingidos com a qualidade exigida, assim como desenvolvidas competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica.

# ABSTRAT

---

This report represents the outcome of an intense path, to achieve the required expertise of a specialist nurse in medical-surgical nursing. It is a component of the curricular area of the Masters with specialization in Medical-Surgical Nursing of Universidade Católica, including acquisition of knowledge and concepts through classes, as well as hands-on practical implementation and development of these concepts. It reflects the path taken, the objectives are justified, the activities developed are described, and a critical discussion of the learning process is presented. The title “From thoughtful communication and safe care to care excellence” reflects the transversal backbone supported by the training periods : the communication and the safe care, specially the concerns with isolation, grounded on critical thinking regarding and framed within nursing excellence. To describe the modules undertaken (Modules I and III), we used a descriptive approach, critically evaluating the activities developed along the delineated development project.

Communication was addressed in its various components, including interpersonal interaction, and care level, with benefits for the patients, for the professionals involved and for the institution. The activities promoting safe care included communication, training, house rules, amongst others. All these activities led to Health gains, increasing the quality of the service provided.

It was demonstrated that the proposed objectives were accomplished with the required quality, and that the skills of a nurse specialized in Medical-Surgical Nursing were achieved.

# AGRADECIMENTOS

---

À minha Tutora, Professora Patrícia Pontífice Sousa, pela sua disponibilidade, acompanhamento, perspicácia e sobretudo pela sua paciência, compreensão e tranquilidade que passou, acreditando e deixando que florescesse dentro de cada um o seu potencial. Não é por caso que todos nutrimos um carinho pela pessoa que é. Obrigada.

À ucip do Hospital onde trabalho pela facilitação do horário para a ida às aulas.

À Prof. Luísa Taveira, Mestre em Terapia da Fala e professora na Escola Superior de Alcoitão, pela sua opinião preciosa sobre o método de CAA a desenvolver no Serviço de Urgência e pela amabilidade de me ceder o CD “Boardmaker.

Aos meus colegas de trabalho, sobretudo a ti, Cristinita que foste a pessoa que mais me facilitou nas trocas, muitas vezes sobrecarregando-te, tornando possível os vários desafios a que me propus durante esta especialidade.

À urgência do HSFX e à Comissão de Controlo Infecção do H. da Luz, por me terem recebido e me terem proporcionado momentos de aprendizagem tão ricos.

À Enfermeira Soraia Pedroso, orientadora do estágio de CCI, pelo seu profissionalismo, empenhamento, persistência e perseverança, demonstrando que é possível ser-se competente mesmo com todas as dificuldades que encontramos.

À minha sobrinha Susy e Liliana pela ajuda na edição deste Relatório, sobretudo na confirmação da bibliografia.

À Teresa Pita, grande amiga, pela ternura e sensibilidade, pela amizade sempre pronta e pelos momentos de descontração.

Aos meus grandes amigos Luísa e Tiago, por serem uma referência e que apesar do ano extremamente difícil que tiveram, ainda tiveram forças para me apoiar, aconselhar e ajudar. Ainda bem que vos tenho na minha vida porque é muito bom fazer parte das vossas.

À minha melhor amiga Sónia Vieira por ter sido a grande impulsionadora desta especialidade, pelo incentivo constante à minha formação e realização profissional. Pelos teus conselhos sábios, pelo encorajamento e sobretudo por me ouvires nos momentos mais críticos. És muito importante.

À minha amiga e colega Ana Mendes, cujas palavras são insuficientes para descrever o apreço e amizade que lhe tenho. Obrigada, por tudo! Sobretudo pelos momentos de descontração, pelo companheirismo e entreaajuda, pelas sugestões, e, sobretudo, por me teres ouvido... tornando este ano difícil num ano mais suportável. Aprendi e cresci muito contigo. Obrigada.

A todos os que de alguma maneira me ajudaram... Obrigada.

# ABREVIATURAS

---

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ARDS - Acute Respiratory Distress Syndrome.

EAVAS – Associação para o Estudo da Via Aérea de Santarém

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

CCI - Comissões Controlo de Infecção

CDC/HICPAC - Center of Disease Control

DGS – Direcção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocardio

EPI – Equipamento Protecção Individual

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

LGP - Língua Gestual Portuguesa

MMWR - Morbidity and Mortality Weekly Report

OE – Ordem dos Enfermeiros

SCA - Síndrome Coronário Agudo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP - Universidade Católica Portuguesa

# SUMÁRIO

---

<b>0 – INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1 - DA COMUNICAÇÃO REFLECTIDA E CUIDADOS SEGUROS À EXCELENCIA DOS CUIDADOS</b>	<b>10</b>
1.1 MODULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA	13
– OBJECTIVO I - Prestar cuidados especializados ao utente e família do foro médico-cirúrgico em sala de reanimação.	17
– OBJECTIVO II - Contribuir para a melhoria da assistência ao doente admitido no serviço urgência incapacitado de comunicar verbalmente.	21
– OBJECTIVO III - Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da formação, no SU.	27
1.2 MODULO III - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO	31
– OBJECTIVO I - Desenvolver uma metodologia de comunicação efectiva e activa nas várias vertentes de controlo de infecção visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente do foro médico-cirúrgico, obtendo ganhos em saúde.	35
<b>2 – CONCLUSÃO</b>	<b>44</b>
<b>3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I - CURRÍCULO VITAE - EUROPASS	
ANEXO II – LIVRO DE COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA	

ANEXO III - TRADUÇÃO BRAILLE

ANEXO IV - NORMA

ANEXO V – CARTÃO “PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE ISOLAMENTO” - HSFX

ANEXO VI – FORMAÇÃO “QUARTO DE ISOLAMENTO DE PRESSÃO NEGATIVA”

ANEXO VII – CERTIFICADOS DE PRESENÇA – FORMAÇÃO

ANEXO VIII – FOLHETOS PARA OS UTENTES E FAMÍLIA – PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE ISOLAMENTO

ANEXO IX – FORMAÇÃO “COMUNICAÇÃO ASSERTIVA”

ANEXO X – PROGRAMA CURSO PREVENÇÃO E CONTROLO DAS IACS

ANEXO XI – QUESTIONÁRIO

ANEXO XII - RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

ANEXO XIII – GUIÃO E VÍDEO DAS BOAS PRÁTICAS, EM LGP, PARA UTENTES E FAMÍLIAS SURDAS

ANEXO XIV – CARTÃO “PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE ISOLAMENTO” – H. DA LUZ

# INTRODUÇÃO

---

Vivemos num mundo acelerado, cujo o acesso à informação é ilimitada e o acesso aos cuidados de saúde se faz, de forma geral, mais esclarecida e exigente. Por outro lado a evolução da ciência e tecnologia tem revolucionado o campo da saúde requerendo profissionais mais aptos, preparados para as exigências, com formação específica mas igualmente mais abrangente, ou seja, que contemple não apenas áreas das ciências da saúde mas igualmente áreas das ciências humanas e ciências sociais, entre outras. Mas se por um lado se espera que a formação dos profissionais seja mais abrangente, por outro espera-se que dominem conhecimento próprio da sua área de actuação, que sejam “expert” numa determinada área. As especialidades não são mais do que a procura desse saber validado específico mas ao mesmo tempo não esquecendo a componente de formação abrangente que referi. Deste modo não se corre o risco de desumanização, uma vez que a procura do saber compartimentado de forma acompanhar a ciência e tecnologia, poderia levar a desvalorização do todo e do holismo (PAULA & SANTOS, 2003). SILVA e FERREIRA (2008) referem que a especialização em enfermagem deve ser entendida sob uma nova óptica conceptual, ou seja, que o conhecimento é total mas ao mesmo tempo também é “local”. Isto significa que os temas estudados por partes irão, no final, encontro uns dos outros, existindo complementaridade do saber. RAUPP (2010) também afirma que estas exigências da contemporaneidade, face aos padrões de qualidade exigidos nos dias de hoje, requerem que os profissionais passem de um pensamento simplificador, em que vêem o individuo como uma maquina, o conhecimento científico como o único valido, sem a interligação entre as diferentes disciplinas para outro mais complexo mas menos rígido e obsoleto, que junta as várias ciências, a ética e a arte. MORIN (2005) afirma que *"uma ciência empírica privada de reflexão e uma filosofia puramente especulativa são insuficientes, consciência sem ciência e ciência sem consciência são radicalmente mutiladas e mutilantes..."* (MORIN, 2005:11) e é a *"aptidão auto-reflexiva que é a qualidade-chave da consciência"* (MORIN, 2005:11). A ciência é de facto importante, mas é necessário a existência de interligação, de ser pensada, reflectida

como um todo, de ter consciência. E *“pensar é um exercício de reflexão e consciência”* (NUNES, 2006:9). Desta forma torna-se capaz de promover transformação do pensamento e o *“pensamento deve tomar-se complexo”* (MORIN, 2005: 10). RAUPP (2010) diz ainda que a percepção da complexidade permite alcançar coerência entre os cuidados de saúde, a gestão e o utente. Desta forma estaríamos mais preparados para responder as necessidades das pessoas, para formar os profissionais de forma direccionada, de produzir conhecimento e tecnologias convenientes facilitaria uma gestão flexível capaz de ser dinâmica, de lidar com a subjectividade, motivada por mudanças contínuas nas várias esferas social, cultural, organizacional. Assim, devemos estar atentos e procurar adaptarmo-nos e ajustarmo-nos às novas necessidades, sermos flexíveis para melhor lidarmos com o inesperado, de forma a mantermos os mais elevados padrões de qualidade, indo de encontro as expectativas de quem servimos, o utente.

As especialidades surgem assim como uma necessidade e exigência promovida pelo mundo de hoje, em constante mudança e cada vez mais complexo. E é bem patente no documento sobre desenvolvimento profissional da Ordem Dos Enfermeiros (OE, 2007) quando afirmam a importância da atribuição do título de Enfermeiro Especialista. Segundo a mesma há que *“promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da disciplina de enfermagem (...) no sentido da especialização de todos os enfermeiros”* (OE, 2007:8) e deste modo garantir que todos os cidadãos sejam atendidos por profissionais de elevado nível de competências técnico-científico e humana, proporcionando respostas adequadas às necessidades de cada pessoa/família, promovendo ganhos em Saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003 citado pela OE, 2007) enfatizou a importância dos vários estados membros assegurarem a formação dos enfermeiros ao longo da vida no sentido das especializações. A evolução tecnológica, a complexificação dos contextos, a emergência de novas necessidades, a produção de conhecimento, a prática alterada baseada na evidência e a qualidade exigida nos cuidados de saúde, justificam o investimento no desenvolvimento profissional especializado dos profissionais de enfermagem (OMS, 2003 citado pela OE, 2007). Neste sentido OE têm-se esforçado por criar Modelos de Desenvolvimento Profissional, através do Conselho de Enfermagem que ainda aguardam aprovação.

É neste contexto que surge a procura deste novo estadió de formação. Por ter chegado a um nível de proficiência em determinadas áreas da unidade de cuidados intensivos onde trabalho, sentia que precisava de evoluir e assim corresponder aos novos desafios e exigências já abordadas. A procura deste desafio surge, assim, como um processo natural de evolução profissional e pessoal.

A consciencialização de que para nos desenvolvermos a vários níveis, temos de procurar complementaridade, de fazer mais e melhor zelando pelos padrões de qualidade, de melhor responder as necessidades dos cidadãos, de aprofundar o conhecimento das respostas humanas, de ser capaz de um julgamento e discernimento superior na tomada de decisão e ter um papel de cuidador diferenciado, praticar supervisão e ser elemento de referência para a equipa, seria apenas possível enquadrado num plano de estudos superior, formação pós-graduada especializada e a que fez mais sentido para mim foi a Especialidade Médico-Cirúrgica, uma vez que dava ênfase ao doente crítico. Assim, iniciei este meu percurso na Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto de Ciências da Saúde (ICS), em 2009, que culmina agora neste Relatório, onde apresento a descrição das actividades desenvolvidas, dando cumprimento a um projecto elaborado para os estágios, procurando a validação e certificação das competências adquiridas necessárias para obtenção do perfil de enfermeiro especialista, tendo como base as competências descritas no Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro e Decreto-Lei nº412/98 de 30 de Dezembro e competências referentes ao grau de Mestre, descritas no Decreto-Lei nº74/2006, de 24 Março, e o regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional do ICS da UCP (2010).

Neste curso, após fase curricular, estava previsto 1 estágio. Este estágio dividiu-se em três módulos:

Módulo I – Serviços de Urgência, que no meu caso foi realizado no serviço de urgência do Hospital São Francisco Xavier (HSFX), Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. em Lisboa, de 19 Abril a 19 de Junho de 2010; Módulo II – Cuidados Intensivos que tive creditação; Módulo III – Opcional, que no meu caso foi realizado numa Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCI), no Hospital da Luz, em Lisboa, de 27 Setembro a 19 Novembro de 2010.

A escolha dos locais de estágio não foi um acaso, ambos prometiam ser fonte de aprendizagem pelas suas características únicas. O HSFX é um local propício à aprendizagem pela afluência de cidadãos que lá recorrem - uma população de cerca de 934.723 habitantes (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, 2009) - pela diversidade de patologias, por ser igualmente um hospital de referência para o Hospital Dr. Fernando da Fonseca para o trauma complicado (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, 2009), mas também pela existência de enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica que nos orientariam neste percurso de nos tornarmos enfermeiro especialista.

A escolha da realização do estágio numa Comissão de Controlo de Infecção deveu-se ao facto de ser uma área onde apresentava pouca experiência, logo poucas competências, à preocupação que tenho com a segurança dos doentes no controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), e por ser uma questão actual e prioritária na saúde a nível nacional e internacional. Os cuidados seguros são essenciais para a segurança do doente. Como enfermeira especialista, seria uma lacuna grave se não possuísse essas competências e essa visão fundamental para uma prática baseada nos mais elevados padrões de qualidade. A escolha do Hospital da Luz para o estágio de CCI deveu-se ao facto de, apesar dos poucos anos de funcionamento, já ser uma referência nesta área onde se tem dado grande ênfase à formação, e por a enfermeira ser especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica e a frequentar Mestrado em controlo de infecção. Por outro lado, por ser uma Comissão recente, e se encontrar em fase de “crescimento” tinha várias áreas onde se poderia investir e ajudar a construir. Fazer parte desse crescimento seria uma responsabilidade e de uma riqueza única para qualquer profissional.

O estágio em Cuidados Intensivos (Modulo II) como referi foi creditado, por ter uma experiência considerável - 5 anos em Cuidados Intensivos Coronários no Hospital Pulido Valente e 9 anos em Cuidados Intensivos Polivalente no Hospital Cuf Descobertas. Estes anos de experiência permitiram-me desenvolver competências e actividades que visaram a melhoria da qualidade dos cuidados e que se enquadram nos requisitos do nº2 do Artigo 7º (“Conteúdo funcional das categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista”) do Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de

Novembro com alterações descritas no Decreto-Lei nº412/98. Descrevo de seguida o meu percurso e as actividades desenvolvidas que me permitiram adquirir as necessárias competências.

Iniciei funções em Cuidados Intensivos Coronários em 1996 e em 2002 iniciei funções na UCI Polivalente no hospital Cuf Descobertas até à presente data.

Desde 2003 desempenho funções de enfermeiro sénior, sou segundo elemento da equipa e exerço funções de chefe de equipa frequentemente. Sendo uma Unidade Polivalente, recebemos todo o género de patologia médica e recobros cirúrgicos com pedidos de UCIP. Cuido de pessoas com várias patologias médicas das quais posso salientar: Pneumonias, síndrome de Guillain-Barré, Miastenia Gravis, Gangrena Gasosa, Eclampsias e Síndrome HELLP, EAM, Insuficiência Cardíaca, Dissecção Aórtica, Disritmias, Doenças Arteriais, Politraumatizados, Doentes em Sépsis, ARDS e Choque, entre outras. Dos recobros cirúrgicos recebemos: Ortopedia, Cirúrgica Vascular, Neurocirurgia, Cirurgia geral, Ginecológica; Urologia, Cardiologia - (colocação de pacemakers ou hemaquets com electrocateter), Cateterismo Cardíaco, Angioplastia Percutânea Transluminal (PTCA), entre outras. Recebemos adultos, sendo que a prevalência incide na população mais idosa e esporadicamente recobros de crianças.

Durante estes 14 anos de profissão procurei ser fiel aos valores da profissão e zelei pela qualidade dos cuidados. Procurei obter valorização pessoal e profissional através da procura permanente do equilíbrio de todas as dimensões do conhecimento “o saber” “o saber ser” e “o saber fazer”; tentando ser um modelo na prática de cuidados de enfermagem tanto na vertente técnica como na relacional; face a problemas detectados, procurei criar alternativas ajustadas para obtenção dos resultados preconizados; trabalhar em equipa e acreditar que somente assim poderemos obter ganhos em saúde de forma eficaz; acreditar que somos responsáveis pela melhoria continua no nosso desempenho; reflectir e propor metodologias de trabalho para resultados eficientes e eficazes; centrar o exercício da profissão numa visao holística do ser humano, baseando-me no respeito pela vida, pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana; e tentei de forma contínua estabelecer uma relação terapêutica com utente e família.

Das actividades desenvolvidas que vão de encontro à melhoria dos cuidados de enfermagem e logo, ao encontro do perfil do enfermeiro especialista destaco as seguintes:

- Gestão dos cuidados; ajuda na gestão da equipa e da unidade; elaboração de normas ou instruções de trabalho e procedimentos para o hospital; colaboração nas auditorias internas aos cuidados de enfermagem (faço parte do grupo de auditores do hospital); colaborar na formação em serviço; supervisão, acompanhamento de alunos em ensino clínico e/ou de profissionais em integração da unidade; desenvolvimento de ferramentas de comunicação e trabalho de investigação sobre quadro de Comunicação Aumentativa e Alternativa para doentes ventilados incapacitados de falar, com inicio em 2009; colaboração activamente em projectos que visão a melhoria das práticas e dos cuidados, entre outras.

O meu percurso, formação e actividade desenvolvidas, poderá ser consultado no ANEXO I, onde apresento o meu currículo vitae segundo as normas internacionais, o europass.

Após o exposto, como objectivos deste Relatório pretendo:

- Mostrar o percurso de aprendizagem e experiência vivenciada através de uma análise critica das actividades desenvolvidas.
- Identificar as principais competências desenvolvidas, na área de Especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Reflectir sobre a importância das actividades desenvolvidas a nível profissional e pessoal.

Neste relatório irei, então, descrever o percurso em ambos os Módulos realizados (Modulo I e III), usando uma metodologia descritiva, reflexiva e critica das actividades desenvolvidas, tendo em conta o projecto de desenvolvimento delineado, fundamentando-o, recorrendo à pesquisa bibliográfica nomeadamente baseando-me na evidência científica, no conhecimento próprio da disciplina de enfermagem, na lei

que regulamenta as especialidades de enfermagem e o regulamento Geral do Mestrado do ICS da UCP (2010).

O título deste Relatório “*Da Comunicação Reflectida e Cuidados Seguros à Excelência dos Cuidados*” deve-se ao facto de, terminado este estagio da formação ter constatado que a minha linha orientadora transversal a todos os estágios foi a comunicação e os cuidados seguros, sobretudo as precauções especiais de isolamento, alicerçada numa reflexão crítica e tendo como referencial a excelência dos cuidados. No Desenvolvimento, dividido em dois capítulos, um relativo ao Modulo I, outro ao Modulo II, farei uma breve descrição dos campos de estágio, das situações problema detectadas, seguido dos objectivos, recursos utilizados e actividades desenvolvidas para os atingir, fundamentando-as. Na conclusão farei uma síntese das ideias chave expostas ao longo deste documento, seguido das referências bibliográficas utilizadas, elaboradas de acordo com APA – American Psychological Association, e, por fim, os anexos.

Este Relatório está estruturado de acordo com as normas de realização de Dissertações/Relatórios da Universidade Católica.

# 1- DA COMUNICAÇÃO REFLECTIDA E CUIDADOS SEGUROS À EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS

Quando estudantes da licenciatura ou bacharelato as expectativas eram muitas mas não tínhamos experiência, não possuíamos a capacidade de avaliar, de reflectir baseado na experiência, tínhamos de adquirir competências em vários domínios, possuíamos o saber teórico e estávamos a adquirir o saber processual, o saber fazer-processual, o saber fazer-experimental e o saber fazer cognitivo e o saber fazer social e o saber social (LE BOTERF, 1995). Actualmente como profissionais com vários anos de experiência e já peritos em algumas áreas, esta aquisição de competências, o saber agir responsável e validado, o saber mobilizar, o saber integrar e saber transferir, faz-se de forma mais integrada, mais consciente e natural.

Após este estadió de formação em que nos encontramos, inevitavelmente fazemos comparações, questionamos e procuramos fundamentar as nossas acções e o nosso olhar é de quem procura ir mais além... já não nos focalizamos no sistema biomédico, na doença, nos sinais e sintomas, nas técnicas, mas sim num todo integrado, que utiliza várias disciplinas, vários saberes e preocupações, que nos permite antecipar, prevenir e cuidar holisticamente. E isso implica o *“respeito pelas pessoas, tratando-as como um fim em si próprias, e nunca como um meio, abertura e receptividade às suas necessidades e ver globalmente o carácter único do ser humano”* (REGO, 2010:30). Passamos a estar mais abertos, receptivos e disponíveis para a outra pessoa e de forma recíproca. Preocupamo-nos ainda mais em manter a individualidade do outro, ter compaixão, compreender a sua dor e respeitar o tempo de cada indivíduo/utente. Preocupamo-nos em conhecer o modo como cada utente vive, quais as suas experiências de vida, tentando decifrar quem é aquela pessoa e que necessidades apresenta. Ou seja, compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, sem juízos de valor e preconceitos, respeitando o seu direito à autodeterminação. Incluímo-la no processo terapêutico e respeitamos o seu projecto de vida e saúde tendo em conta a fase do ciclo vital que se encontra. A OE (2007) salienta que o saber especializado implica um conhecimento profundo sobre pessoa e os cuidados de

enfermagem *“tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”* (CONSELHO ENFERMAGEM, 2002). Procuramo-nos fundamentar no conhecimento próprio, nas Teorias de enfermagem, e na prática baseada na evidência, assim como noutras áreas, e desta forma ajudar a população que servimos a encontrar sentido para a fase de transição que vivencia, ultrapassando a crise em que se possam encontrar e a adaptarem-se. Sendo que transição é uma mudança do estado de saúde, nos papéis, nos relacionamentos, nas expectativas ou habilidades, requerendo que pessoa incorpore um novo conhecimento para alterar o comportamento e portanto mudar a definição de si no contexto social (MELEIS, 1997 e 2005). Crise é definida como um desequilíbrio que um determinado individuo pode vivenciar, relativamente curto e que leva a elaborar novas maneiras de lidar com o problema (MOOS & TSU citados por SCHLOSSBERG, 1981). Encontrar sentido porque poderemos procurar em conjunto com o utente forma de desenvolver a sua capacidade em apreender algo de valor com a experiência, possibilitando o ganho subjectivo da compreensão, sabedoria e auto-conhecimento. Como VIEIRA (2007) afirma, o enfermeiro ajuda as pessoas que em *“certos momentos do seu ciclo vital (...) carece de cuidados que não consegue prestar a si próprio, (...), cujos processos de transição exigem capacidade, conhecimento ou vontade que não possui, quer devido à doença ou enfermidade que a afecta”* (VIEIRA, 2007:82). Também WATSON (2001) citado por CHANTAL (2009), refere que ao cuidar, o enfermeiro, deve assistir a pessoa ajudando-a a encontrar significado na doença e sofrimento de forma a restaurar e promover a Harmonia.

A OMS (2000 e 2003) citada pela OE (2007) salienta a importância da formação dos enfermeiros no sentido da especialização para que desenvolvam competências que promovam a manutenção da saúde a prevenção da doença, identificando necessidades, avaliando as intervenções realizadas no processo de doença e no processos adaptativos, não esquecendo os factores que influencia a saúde, a doença, a invalidez e a morte nomeadamente físicos, sociais, mentais. Desta forma o enfermeiro pratica a *“Arte do Cuidar”*, promovendo a compaixão para aliviar os utentes e famílias do sofrimento e promovendo a sua cura e Dignidade e ajudar a morrer (WATSON, 2001 citado por CHANTAL, 2009). ROY (2004) considera a enfermagem uma ciência em evolução que manipula e modifica os estímulos de modo a promover e facilitar a

capacidade adaptativa das pessoas, tendo em consideração a sua vertente de arte humanista. E para MELEIS (2005), a enfermagem é orientada para a prática, uma vez que o seu objectivo central é compreender e conhecer as respostas humanas à saúde e doença, identificando os recursos internos e externos de forma a ajudar no cuidar e promovendo o auto-cuidado.

Assim o enfermeiro especialista é o profissional de enfermagem 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 demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas (...)”* (Regulamento nº 122/2011. D.R. de 18 de Fevereiro).

É neste capítulo que tento demonstrar, pelo percurso que realizei, que enquadro o perfil delineado para enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, começando por abordar o conceito de competência.

O termo competência tem evoluído ao longo do tempo. Vários autores têm tentado definir este conceito, uns mais inspirados no modelo taylorista, e criticados por isso, e outros que procuraram ir mais além do conceito de qualificação. E é nestes últimos que me irei focar. Competência é diferente de armazenamento de conhecimentos teóricos e empíricos de um dado indivíduo (FLEURY & FLEURY, 2001). Para LE BOTERF (1995) a competência é formada pela pessoa (tudo o que ela é), pela sua experiência profissional e pela sua formação. A competência é assim, segundo este autor, conjunto aprendizagens sociais e comunicacionais resultantes da formação sujeitas a avaliação. É um agir responsável que é reconhecido pelos outros e implica saber mobilizar, integrar e transferir esses conhecimentos, esses recursos e habilidades para a prática, tendo em conta o contexto. Por isso a quantidade de conhecimentos ou o *“know how”* só se tornam competência se usados e comunicados num contexto. Assim, o conceito que adoptei para este Relatório, competência é *“um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”* (FLEURY & FLEURY, 2001:188). Temos, então, de saber agir num determinado contexto, saber mobilizar os recursos aprendidos e da nossa experiência, integrando saberes múltiplos e complexos, tendo uma visão estratégica e assumindo responsabilidades (FLEURY &

FLEURY, 2001). Valor económico porque essa competência traz mudança positiva que gera valor à instituição, pela capacidade de mudança em processos, estruturas ou comportamentos, aumentando a adaptabilidade da própria instituição e indo de encontro às exigências complexas do mundo de hoje, sobretudo dos utentes.

## 1.1- MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

Serviços de Urgência (SU) são “(...) *serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica*” (cfr. n.º2 do art.1º do Despacho Normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde). É o local onde recorrem os cidadãos que necessitam de assistência “(...) *cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata.*” (cfr. n.º 3 do art.1.º do Despacho Normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde).

Ao longo do tempo o nosso Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem-se deparado com deslocações indevidas, a este serviços, sobrecarregando-o e dificultado uma resposta adequada a quem realmente necessita. Segundo a DGS (2001) o serviço de urgência tornou-se a porta de acesso ao SNS trazendo encargos financeiros e de recursos humanos elevadíssimos. Por esse facto, tem-se esforçado por criar alternativas e educar a população nesse sentido, mas sem grande sucesso. Em 2001 Criou a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência com o propósito de fazer face às Urgências e Emergências e definiu os hospitais com serviços de urgência Médico-cirúrgica (1º nível de atendimento, devem dispor obrigatoriamente de valências predefinidas pelo SNS) articulando-se com os hospitais com serviços de urgência Polivalentes (2º nível de atendimento, com mais valências e maior grau de diferenciação técnica), localizados nos hospitais Gerais Centrais. São 39 os hospitais que integram a Rede Hospitalar urgência/Emergência em Portugal, 14 com serviço urgência Polivalente e 25 com urgência Médico-cirúrgica (DGS, 2001:10). Em 2006 denotando-se dificuldades no terreno entre as Redes de Referenciação a DGS criou, através do despacho nº18 459/2006, de 12 de Setembro, para além dos já definidos

serviços de urgência (médico-cirúrgica e polivalente), o serviço de urgência básica (passando a ser o 1º nível de acolhimento em situação de urgência).

Assim, o conceito de urgência é definido como: *“todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”* e Emergência como: *“todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”* (DGS, 2001:7). Conceito reforçado e clarificado pelo Despacho n.º 18 459/2006 do Ministro da Saúde, de 30 de Julho de 2006, no qual se definiu "Emergência e Urgência médica" como *“a situação clínica de instalação súbita na qual, respectivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”* (cfr. al. a) do § 1 do Despacho n.º 18 459/2006).

A American College of Emergency Physicians (2009) define serviços de urgência como locais habilitados para avaliar e tratar situações clínicas de instalação rápida, cuja severidade levaria qualquer pessoa, com um mínimo de conhecimentos, a sugerir a necessidade de recorrer a cuidados médicos urgentes.

O Módulo I foi realizado de 19 Abril a 19 de Junho de 2010 no serviço de urgência do Hospital São Francisco Xavier (HSFX), Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. em Lisboa que é uma sociedade anónima de capitais públicos (Decreto-Lei nº 279/2002 de 9 de Dezembro) composta por urgência geral, urgência pediátrica e de obstetrícia, em espaços diferentes. Considerado um Serviço de Urgência Polivalente em articulação com o Hospital Egas Moniz (DGS, 2001), a este serviço recorre uma vasta população e com diversas situações clínicas, tornando-o, por isso, bastante rico e propício à aprendizagem.

É um serviço que foi remodelado recentemente (2008), tendo instalações agradáveis e equipamento moderno, oferecendo à população meios eficazes de atendimento. Fisicamente é um serviço em forma de “L”, com várias valências, iniciando-se, num extremo, numa sala de triagem, com capacidade para dois ou três enfermeiros, com formação específica. Objectivo da triagem é identificar prioridades de atendimento clínico segundo critérios de gravidade, de forma objectiva e sistematizada, estabelecendo o tempo recomendado até a observação médica (GTU & MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Os utentes que recorrem a este serviço são incluídos numa de 5

categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo, aguardando até à observação médica inicial, sendo que: Emergente = Vermelho = 0 minutos; Muito urgente = Laranja = 10 minutos; Urgente = Amarelo = 60 minutos; Pouco Urgente = Verde = 120 minutos; Não urgente = Azul = 240 minutos (GTU & MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Após a triagem os utentes são encaminhados para um dos espaços físicos seguintes: sala atendimento geral, com dois gabinetes médicos e uma sala de enfermagem, para situações com pouca urgência; sala de reanimação, com quatro camas, para onde é encaminhado doente crítico grave que requer assistência humana e equipamento especializado de forma imediata. A sala de reanimação tem uma organização própria, sendo constituída por *boxes* com prateleiras laterais destinadas, uma à via aérea e outra à circulação, com ventilador portátil, monitor que permite monitorização cardíaca contínua e todo o equipamento necessário à assistência do doente crítico; uma sala com seis cadeirões destinados a terapêutica inalatória de curta duração anexo do balcão, sendo este misto, com *boxes* individualizadas por cortina e seis gabinetes médicos (medicina e cirurgia), para situações que inspiram cuidados e preocupação necessitando observação especializada; balcão trauma, composto por *boxes* separadas por cortina, com dois gabinetes de consulta ortopédica e especialidades cirúrgicas, para onde são encaminhadas situações de pessoas vítimas de trauma não emergente; sala de pequena cirurgia constituída por duas salas, uma para drenagem de abscessos e feridas muito conspurcadas, e para situações de pequenos traumatismo que requeiram tratamento cirúrgico; sala de decisão clínica composta por duas salas com oito camas no total.

A sala de S.O. (sala de observação) recebe doentes dos vários sectores, do serviço de urgência, que necessitem de uma vigilância mais prolongada ou que necessitem de internamento. É constituída por doze camas, formando *boxes* separadas por cortina, todas com monitorização cardíaca contínua e dos sinais vitais. Existe ainda um quarto de isolamento de pressão negativa, com capacidade de 2 camas.

Ainda é de referir, um gabinete de psiquiatria; uma sala de Imagiologia; uma sala de espera onde aguardam os utentes; uma sala de trabalho enfermagem; uma sala de descanso médico; pequenas salas de armazenamento de materiais e acondicionamento de alimentos.

A equipa de enfermagem é composta por uma chefe, especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, e por mais quatro elementos fora de escala de apoio a chefe, uma das quais responsável pela formação e outra, elemento dinamizador da Comissão Controlo de Infecção. Existem cinco equipas de enfermagem, constituídas por 14 elementos cada, que são distribuídos pelo chefe de equipa, coordenador da equipa, pelos vários sectores em cada turno. À ainda a referir que o serviço conta com duas enfermeiras especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica em horário fixo.

O início do estágio requeria um projecto delineado, fruto de uma reunião pré-estágio. Mas foi “in loco”, durante o mesmo, que me apercebi da verdadeira dimensão do serviço, dos seus pontos fortes e das suas dificuldades. O Projecto desenvolvido foi fruto dessa convivência estreita entre a prática e a reflexão procurando numa dialéctica permanente, a melhoria contínua dos cuidados, segundo os padrões de qualidade definidos para a prática de enfermagem. No conjunto, realizar reflexão permanente, a construção do Portfolio, a prestação de cuidados e a realização das actividades face aos objectivos, durante o estágio, permitiram desenvolver as competências necessárias, como comprovarei mais a frente. Neste estágio tive a oportunidade de passar por várias valências do serviço: Triage, Atendimento Geral, Balcão, Pequena Cirurgia, Sala de Trauma, Sala de Decisão Clínica, Sala de Reanimação onde estive durante 7 turnos e onde focalizei um dos meus objectivos.

Como objectivo Geral defini:

**“Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no âmbito do enfermeiro especialista, na área de assistência de enfermagem ao doente crítico/família nas diferentes valências do SU”**

Ler normas e protocolos e ver a equipa no seu funcionamento, permitiu-me reconhecer algumas necessidades e situações problema. E desta forma: *“formular e analisar questões de maior complexidade relacionadas com formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.”* (ICS-UCP, 2010).

## OBJECTIVO I

**Prestar cuidados de enfermagem especializados ao utente e família do foro médico-cirúrgico em sala de reanimação.**

Considerando o conceito de competência adoptado, supra citado, descreverei situações indicadoras da sua aquisição.

Iniciar o estágio numa área que não dominamos não é fácil. Inicialmente senti-me como uma iniciante segundo conceito de desenvolvimento de competências de BENNER (1984). Pouco a pouco fui-me apercebendo da dinâmica do serviço e o papel do enfermeiro nas várias valências, sobretudo em sala de reanimação e progressivamente evolui e em algumas áreas senti-me competente e em outras perita e proficiente segundo o conceito de BENNER (1984), com uma visão de especialista. Para esta sala são encaminhados todos os utentes, em situação de urgência, triados com cor vermelha, considerados emergentes. As situações clínicas vivenciadas por mim foram: EAM; TCE; PCR; Arritmias; SCA ; AVC; Traumatismos graves; grandes Politraumatizados; Dispneias; Síncopes.

Realizei várias pesquisas e leituras sobre temas onde senti menor à-vontade, quer para a prestação directa de cuidados, quer documentos de âmbito geral que me ajudaram a reflectir sobre os cuidados e enfermagem em geral, norteadores da postura e valores inerentes à profissão. Muitas permitiram sustentar a prática baseada na evidência. Desta forma mantive de forma autónoma e continua o meu processo de auto-desenvolvimento, como é preconizado.

O facto de trabalhar em UCI, e ser perita ou proficiente nessa área, nada me preparou para o que iria encontrar. Nunca tinha trabalhado ou estagiado em Serviço de Urgência. Das maiores dificuldades foi a gestão do tempo, lidar com a grande afluência de utentes e lidar com os imprevistos em serviço de urgência.

O não saber o que poderá entrar por *“aquela porta”* e estar preparado para qualquer eventualidade. O tempo de permanência do doente critico a nosso cuidado, estabiliza-lo e encaminha-lo. A preocupação em resolver apenas o problema do momento...

A minha percepção é que tendencialmente damos maior atenção ao modelo biomédico no S.U.. Focalizamo-nos mais no problema que o doente traz à urgência do que à já falada “globalidade” do doente. É um problema complexo, com muitos condicionalismos, pois a prioridade é mesmo resolver a situação clínica, que no momento põe em risco a vida do utente, mas a verdade é que com persistência se vai conseguindo marcar a diferença. Reflectindo considero que a necessária utilização de técnicas de elevado desenvolvimento tecnológico necessárias ao doente crítico, transporta-nos para a conhecida expressão de «prática avançada» (SILVA, 2007) que exige aos enfermeiros sobretudo mais competências técnicas e executivas. No entanto, utilizar as ciências nos dias de hoje, supõe vê-las como relativas, confluentes e convergentes e deixando-as de ver como caminhos paralelos, como vias que abrem isoladamente o caminho do conhecimento (COLLIÈRE, 2003).

A ciência tem de estar na base do saber do enfermeiro, mas o conhecimento pessoal e empírico não pode ser esquecido. O que contem emoção, sensibilidade e intuição também é conhecimento (SILVA, 2002). É esta sensibilidade para ver o individuo como um “*todo*”, indissociável, que nos torna num bom profissional. Por isso WATSON (1979) refere que “*enfermagem é a ciência e arte do cuidar*”. É esta dialéctica entre o uso do conhecimento científico (vários ramos da ciência) e do conhecimento estético, a “*arte do cuidar*” demonstrado pelo nosso comportamento, pela nossa capacidade de envolvimento, de compreender o outro, de o ouvir, de usar a percepção e a intuição, de planearmos os cuidados tendo em conta o “*todo*”, de os executarmos com competência, que nos torna mais próximos do conceito de enfermeiro especialista. Tal como o Regulamento nº122/2011 D.R. de 18 Fevereiro cita “... o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais” e assim cuidar melhor da “*pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica*” (Regulamento nº122/2011 D.R. de 18 Fevereiro). No entanto, a minha presença e igualmente da equipa, junto do utente/família/pessoa significativa e os momentos proporcionados de verbalização de sentimentos, demonstram que procurei identificar as respostas humanas envolvidas em todo o processo de ‘saúde-doença’, que são centrais para se verificar «enfermagem avançada» (SILVA, 2007).

Das várias situações clínicas que os utentes apresentaram e que tive oportunidade de cuidar saliento algumas atitudes que comprovam uma atitude de especialista: como a antecipação de situações de agravamento, actuando em conformidade e alertando o médico; preocupação com o utente e família/pessoa significativa realizando ensino pertinentes sobre exames e técnicas necessárias; ouvindo as suas queixas, os seus medos e anseios; facilitando o seu direito à informação e mostrando como poderiam colaborar para melhorar a sua situação; envolvendo-os no processo terapêutico, apoiando-o, e à sua família/pessoas significativas, na Transição que estavam a vivenciar e ajudando-os nas estratégias de coping; promovendo medidas de conforto, procurando o significado de conforto para cada pessoa, já que *“o conforto é multidimensional com significados diferentes para pessoas diferentes”* (HAMILTON, 1989 citado por MUSSI, 1996:260) e constitui um objectivo para o enfermeiro, quer pela perspectiva de missão quer pela perspectiva de proficiência profissional (OLIVEIRA, 2006). E *“a responsabilidade de um sujeito da acção é inseparável da ideia de missão (...)”* (NUNES, 2006:5); intervindo face à dor, com medidas farmacológicas e não farmacológicas, entre muitas outras. Com esta ultima preocupação saliento um caso, que me provocou alguma angústia, de uma utente que, em resultado de uma queda, apresentava descontinuidade da pele e um hematoma na perna e, em sala de pequena cirurgia, o médico após instilar anestesia local (lidocaína), começou a tirar coágulos do seu interior. A doente queixava-se de dor lancinante, contorcendo-se, e após insistência da minha parte foram administramos analgésicos potentes, para além de atitudes não farmacológicas, como ter permanecido junto da doente, dando-lhe a minha mão, ouvindo-a e apoiando-a; ajudando na árdua tarefa de dar más notícias, apoiando o médico, e posteriormente, o utente e a família/pessoa significativa, desmistificando, esclarecendo dúvidas, apoiando e evitando a *“conspiração do silencio”*; decidindo e actuando nos vários contextos. Nas tomadas de decisão, validadas com a orientadora, perante os problemas detectados, e nos quais poderia intervir, tentei que fossem baseadas na reflexão e no pensamento critico, deliberando baseado nas informações que tinha no momento, no contexto e nos valores da profissão, nas percepções e atitudes, nas personalidades das pessoas envolvidas, entre outras (REGO, 2010). Já que decisão *“é a escolha entre alternativas”* (NUNES, 2006:6). Por vezes, apresentei dificuldade, perante novas situações, em exercer acção, decidir

em tempo útil, e como NUNES (2006:8) afirma *“é preciso executar rapidamente o que foi deliberado, mas deliberar lentamente”*. No entanto, estou consciente de que o processo de deliberação-decisão-acção ao comportar riscos, nos obriga, pelo sentido de responsabilidade, avaliarmos as nossas limitações, as decisões, e esforçarmo-nos por melhorar, através da reflexão e na procura de referenciais, a tomada de decisão, aumentando a nossa autonomia e vice versa. E essa foi e é uma procura incessante e contínua no exercício profissional; uso racional de recursos; promovendo e praticando cuidados seguros, nomeadamente cumprindo as boas práticas de controlo de infecção e de segurança do doente, baseando-me em princípios da responsabilidade profissional como a prudência a prevenção e precaução, evitando a ocorrência de eventos adversos; utilização de metodologia científica no planeamento e na prestação de cuidados, o *“processo de enfermagem”* descrito pela primeira vez por Orlando e sendo considerado também um modelo da prática e do ensino em enfermagem (MELEIS, 2005), e registos em conformidade.

Preocupei-me com a humanização não só através dos cuidados prestados, numa sala tão técnica, assim como nas várias salas por onde passei, mas igualmente reconhecendo o utente como figura central em todo o processo, respeitando os seus direitos, a sua autonomia e o seu valor. Tal como KANT citado por CABRAL (2000) afirma *“o ser humano tem um valor absoluto, fim em si mesmo, dotado de razão. A sua autonomia, por ser racional, é a raiz da sua dignidade, pois é ela que faz o homem fim em si mesmo”*. Humanização pela procura do melhor ambiente para os cuidados, como controlo do ruído, da temperatura, da luz, na garantia da privacidade, da qualidade da comunicação. Humanizando ainda, intervindo junto da equipa de forma a facilitar a presença do acompanhante junto do utente, facilitando o cumprimento do Decreto Lei nº 33/2009 de 14 de Julho, que reconhece ao cidadão admitido no serviço de urgência, do SNS, o direito de ser acompanhado por uma pessoa por si indicada, seja ela quem for. REGO (2010) afirma que o enfermeiro tem por obrigação a prestar um serviço de *“solicitude”* uma vez que lidamos com pessoas vulneráveis, muitas vezes com a sua autonomia reduzida quer por factores fisiológicos, psicológicos, farmacológicos, entre outros.

Por fim, quero ainda dizer que, na maioria das situações, correspondo reagindo positivamente perante situações imprevistas e complexas e desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz, contando com a ajuda da enfermeira orientadora, nessa construção. Mostrei ter trabalhado sem qualquer dificuldade e de forma adequada com a equipa multidisciplinar, tentando inteirar-me das suas perspectivas e dando a conhecer as minhas, respeitando a área de cada um.

Fica assim demonstrado que possuo competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências no domínio da gestão de cuidados, consagradas no artigo 5º e 7º do Regulamento nº 122/2011 DR de 18 de Fevereiro e no Decreto-Lei nº74/2006, de 24 Março, e o regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional do ICS da UCP (2010).

Foi durante a prática e na assistência ao utente que me deparei com algumas situações problema como: algumas dificuldades em controlo de infecção, nomeadamente na utilização das precauções especiais de isolamento e no uso do equipamento de protecção individual (EPI); a ausência de conformidade de procedimentos face ao uso do quarto de isolamento de pressão negativa; a existência de normas que precisavam de ser actualizadas; a inexistência de ferramentas de comunicação para utentes incapacitados de utilizar a fala para comunicar.

Os próximos objectivos foram delineados de forma a colmatar as dificuldades detectadas.

## **OBJECTIVO II**

**Contribuir para a melhoria da assistência ao doente admitido no serviço urgência incapacitado de comunicar verbalmente.**

*“Comunicar-se é sair de si mesmo para ir ao encontro do outro. A comunicação fundamenta-se em capacidade dualística de doação e recepção.” (Sá, Apud Lucas, s.d.).*

A comunicação é um processo complexo, imperfeito, já que dependente de vários condicionalismos e das subjectividades dos seus interlocutores. Desenvolver técnicas

de comunicação torna-se, por isso, fundamental para a vida social e relacional e para melhor cumprirmos os vários papéis que desempenhamos. Para alguns autores como DRUMONT (1993) citado por VIANA (2002), existem 5 elementos críticos que devemos desenvolver para uma boa comunicação: o autoconceito, a escuta activa, a clareza de expressão, saber lidar com as emoções e a auto-abertura. Trabalhar estes conceitos levam a uma comunicação responsável, empática e assertiva, que pode cuidar do outro, fundamental para a prática da enfermagem.

Como já referenciei, nós enfermeiros, somos o profissional com formação específica e experiência que nos permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, sem juízos de valor e preconceitos em relação ao outro, a quem prestamos cuidados de enfermagem. Mas para o enfermeiro poder ajudar terá de estabelecer uma relação sólida, baseada em valores fundamentais, já descritos, como a verdade, o respeito pela dignidade, pela liberdade, entre outros. E estabelecer uma relação terapêutica. Para que essa relação se crie será necessário a interacção entre ambos e obviamente o uso de uma comunicação eficaz. Segundo LOPES (2006) a qualidade da relação que se estabelece entre o enfermeiro e o utente é um determinante crucial para o cuidado de enfermagem ser terapêutico, sendo a comunicação um denominador comum presente em todas as acções do enfermeiro. SILVA e CASTRO (2005:1) referem que *“para que o cuidado eficiente e humanizado ocorra, o processo de comunicação torna-se um instrumento básico e fundamental”*. Através deste processo dinâmico, a relação cresce e consolida-se, com o objectivo de ajudar o cliente a ser proactivo, a encontrar sentido e criar o seu projecto de saúde e de vida. A comunicação é uma ferramenta que nos ajuda a alcançar as várias dimensões dos indivíduos, sobretudo a psicológica e espiritual. Para cuidar bem o enfermeiro serve-se da comunicação para aceder, diria WATSON (2001) citado por CHANTAL (2009) ao campo fenomenológico da pessoa. Para START e LARAI (1998) citado por RILEY (2004) *“a comunicação é a própria relação, sem a qual é impossível a relação terapêutica enfermeiro-cliente”*.

A doença tem um factor preponderante na comunicação. Nos indivíduos doentes muitos são os factores que poderão interferir com a habilidade de comunicar e poderão ser de ordem física como psicológica. As pessoas nesta fase podem experimentar sentimentos como egocentrismo, depressão, regressão que

influenciarão a comunicação (MORAN, 2000) aos quais o enfermeiro deverá estar atento. Muitos outros poderão não ter disponível o recurso da fala, por ser congénito, consequência de traumatismos, cirurgias, etc., ou simplesmente por se sentirem demasiado fracos para falar ou escrever devido à sua situação clínica. Devemos estar atentos aos factores que influenciam a comunicação e mostrar atitudes que a intensifiquem e evitar as que podem dificultar. A comunicação deve ser crescente, dinâmica e honesta e nunca manipuladora ou autoritária (MORAN, 2000).

E se o utente não consegue comunicar através da fala? Como exercemos o nosso papel como enfermeiros? Como lidamos com este facto na sala de triagem, que tem o primeiro contacto com o utente? Como pode o utente exercer o seu direito de ser entendido, compreendido e suas necessidades serem assistidas?

Esta minha preocupação aliada à inexistência de uma forma alternativa de comunicação no serviço que englobasse este vasto grupo de pessoas (qualquer utente que apresente limitações a este nível), levou-me a que investisse nesta área da Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA). A CAA segundo a Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 1989) consiste *“numa área de intervenção, que tenta compensar temporária ou permanentemente a disfunção comunicativa qualquer que seja a sua origem”*. Na verdade todos nós usamos comunicação aumentativa e alternativa quando tentamos comunicar como por exemplo num ambiente muito ruidoso, quando elevamos o tom de voz e intensificamos os gestos que fazemos. Mas existem pessoas que apresentam alteração da linguagem ou fala e para elas é necessário criar sistemas de comunicação alternativos e aumentativos, seja de forma temporária ou permanente. Algumas técnicas podem ir desde o uso de código morse, ou uso de gestos especiais, sinais, pulseiras e livros ou quadros de comunicação. Como já referenciei, mesmo utentes que possuam o recurso da fala e escrita, por se sentirem limitados, com cansaço, asténicos, sem concentração necessária para escrever, dever-se-á recorrer um instrumento de CAA (FINKE & KITKO, 2008). É reconhecido que uma boa comunicação ajuda na recuperação dos utentes e que pelo contrário uma má comunicação poderá ter consequências danosas (RUSSELL, 1999 citado por HEMSLEY et al., 2001). Uma comunicação eficiente é percebida pelo utente como um factor de qualidade do próprio cuidado, aumentando a sua satisfação (HEMSLEY et al., 2001). É, por isso, fundamental termos presente a importância da comunicação. Ignora-la é não

atendermos o doente como um todo, é não compreende-lo, é não aceita-lo. É da responsabilidade do enfermeiro ultrapassar barreiras e criar mecanismos para estabelecer uma comunicação o mais eficaz possível. Não nos podemos esquecer que um dos nossos objectivos do ponto de vista clínico e ético é melhorar a comunicação com doentes que não possam comunicar as suas necessidades, permitindo a interacção social, controlar o sofrimento, melhorar a participação do doente nas decisões sobre o seu tratamento e permitir a relação e expressão de ideias, vontades e sentimentos no seu dia a dia, assim como em situações em final de vida. Os enfermeiros estão numa posição privilegiada pela proximidade que têm com o doente de criar estes sistemas de comunicação alternativa e aumentativa e de fomentarem a expressão dos utentes com dificuldades na comunicação. Não esquecendo a necessidade de criar um ambiente propicio e mostrar disponibilidade e congruência para essa interacção, e tendo em mente que poderá usar mais de um método de CAA. É também de referir que muito se tem estudado sobre estes métodos, infelizmente não em Portugal, embora já se comece a falar e desenvolver em algumas unidades de saúde, como nas UCI. Mas a verdade é que em vários estudos se constatou que o uso de CAA diminuiu a ansiedade, medo, sentimentos de perda de controlo, despersonalização, stress e aumentou a satisfação do utente e enfermeiro que muitas vezes também sai frustrado da interacção (PATAK et al, 2006). Para a urgência pensei que fazia mais sentido desenvolver um método para a triagem já que é a porta de entrada do utente no serviço. No entanto, penso ser essencial desenvolver outras formas de CAA para serem usadas noutros contextos, em serviço de urgência.

Actividades para atingir este objectivo:

\* Elaboração do livro de CAA: *“Livro de Comunicação Aumentativa e Alternativa para Alterações Graves da Fala, para a Triagem”*.

\* Tradução do Manual Multilingue em Braille

Desenvolver este “livro” de comunicação para doentes incapacitados de usar a fala foi um desafio interessante. A falta de estudos sobre o tema em serviço de urgência é bastante evidente o que dificultou não só a fundamentação mas os contributos que daí poderiam ser retirados nesse contexto específico. Baseei-me, por isso, sobretudo

em estudos realizados em outras unidades de cuidados, como os cuidados intensivos, uma vez que também lidam com o doente crítico e na pesquisa bibliográfica de sinais e sintomas mais frequentes em serviço de urgência. O encontro com a Professora Luísa Taveira, terapeuta da fala e professora na Escola Superior de Alcoitão foi muito importante, não só porque facultou um CD, Boardmaker (SPC), para poder realizar as imagens mas sendo uma das especialistas em Portugal em Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), as suas sugestões foram muito úteis. O uso de competências prévias que já tinha desenvolvido nesta área foi igualmente importante.

Os sistemas de comunicação são, o conjunto de técnicas e tecnologia que pode ser usada e que permite a um individuo específico comunicar. Podem ser definidos como *“(...) um grupo integrado de 4 elementos usados pelo individuo de forma a conseguir comunicar. Estes 4 componentes são os símbolos, as ajudas, técnicas e estratégias”* (ASHA, 1992). Podem ser divididos em sistemas com ajuda e sem ajuda. Muito sucintamente, os sem ajuda, são os que não requerem ajuda, não necessitam de material ou equipamento. Aqui insere-se por ex. a Língua Gestual Portuguesa (LGP). Os com ajuda requerem suporte material e equipamento, inserindo aqui os livros, quadros, etc.. O “livro” que criei insere-se num sistema com ajuda. Seguindo os 4 elementos (símbolos, ajudas, técnicas e estratégias) já descritos, abordarei de seguida a sua construção:

\* Os símbolos, de vários tipos representam a mensagem. Os usados por mim foram símbolos pictográficos, que são imagens que se assemelham com aquilo que querem simbolizar. O programa que usei foi o Boardmaker que usa símbolos pictográficos de comunicação (SPC) que foi criado por Roxana Johnson em 1981, na América do norte e é constituído por mais de 3200 sinais gráficos e com tradução completa para o Português (Garcia, 2003). A escolha deveu-se ao facto de serem simples de representarem facilmente a palavra ou a ideia que se quer transmitir.

\* As ajudas refere-se ao equipamento que se poderá usar. Optei por desenvolver um livro que permitisse à pessoa ou enfermeiro percorre-lo sem dificuldade. Um livro com argolas que permita a sua evolução e reformulação, ou seja, optar por incluir ou excluir páginas para se ajustar às necessidades de quem recorre a este serviço de urgência.

\* As técnicas dizem respeito a forma ou mecanismo que iremos usar para transmitir a mensagem. Aqui dependerá do utente que procura o serviço. Se tiver capacidade poderá apontar com o seu dedo ou mão, se tal não for possível poderá ser usado qualquer outro mecanismo como um ponteiro colocado na cabeça, os olhos, etc. Ficarà ao critério do utente e enfermeiro.

\* As estratégias dizem respeito à forma como podemos aumentar a eficácia e eficiência do método escolhido. Neste item tive mais dificuldade. Tornar o livro numa ferramenta prática, e que permitisse ao utente “verbalizar” o que o trouxe a urgência, de forma rápida. Assim, decidi criar um índice inicial, um corpo humano, onde o utente pudesse indicar o local onde reside o seu problema. Cada região do corpo tem uma cor diferente de forma a facilmente identificar a zona que se pretende incidir. Após seleccionar a zona dever-se-á ir para o separador do livro correspondente, onde se encontram os sinais e sintomas mais frequentes. Cada imagem simboliza a mensagem e tem a palavra escrita correspondente por cima, que poderá ser lida pelo profissional caso o utente não o consiga fazer. Este livro poderá ser consultado no ANEXO II.

Para concluir é necessário considerar que este instrumento de comunicação foi testado em 3 doentes de Alcoitão, de forma informal. Uma limitação foi o facto de não ter realizado formalmente a sua apresentação à equipa multidisciplinar do serviço de urgência. Tal deveu-se à entrega posterior ao estágio do livro, dada a sua dificuldade de execução. Para colmatar essa falha criei uma folha de instruções e realizei a sua explicação informal quer à orientadora quer aos enfermeiros de apoio à chefe. Outro cuidado foi a sua plastificação de forma a que se pudessem cumprir as recomendações das comissões de Controlo de Infecção.

A tradução do Manual Multilingue existente no S.U. em Braille foi uma actividade não prevista mas que me ocorreu para que assim se completasse esse manual já existente no serviço de urgência. Para o efeito contactei a ACAPO e traduzimos o manual em Braille. Desta forma é dada importância a uma minoria de utentes que por vezes fica um pouco esquecida e ficando assim completa essa ferramenta de comunicação. Poderá ser consultado em ANEXO III.

Penso que desta forma adiciono mais uma ferramenta na área da comunicação, tornando o serviço de urgência munido de praticamente todas as formas de comunicação, dando resposta a um direito e a uma das necessidades mais básicas do ser humano, consagrado na declaração Universal dos Direitos dos Homens (artigo 19º) e na própria Constituição Portuguesa (artigo 37º e 60º da Constituição Portuguesa).

### OBJECTIVO III

**Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da formação, no SU.**

Pode parecer um contra-senso apenas agora se falar em qualidade já que todos os objectivos e as várias actividades tiveram esse pressuposto, mas aqui incluo as actividades que tiveram um papel no desenvolvimento profissional de outros enfermeiros e também no meu. Contribuindo para o *empowerment* do profissional, para a sua autonomia, melhorando a prestação de cuidados.

O primeiro passo foi detectar necessidades de formação junto da equipa. Como já referenciei, foi observando a equipa no seu funcionamento e inteirando-me dos procedimentos e normas instituídos que detectei estas necessidades. Consciente de que o tempo de estágio é uma limitação, delinieie actividades que pudesse cumprir em tempo útil, tendo a consciência de que a procura da melhoria é um processo contínuo e constante, de forma a acompanhar a já abordada complexificação dos contextos de saúde.

Assim como actividades desenvolvidas:

- \* Elaboração e actualização de norma sobre aerossolterapia.

Sendo o serviço de urgência um local onde o uso de dispositivos de aerossol é uma prática corrente diária, a existência de uma norma actualizada é fundamental, uniformizando procedimentos baseados em evidência científica actualizada, promovendo melhores cuidados a estes doentes do foro respiratório.

A existência de normas ou instruções de trabalho e protocolos é fundamental para que a segurança nunca esteja dependente de critérios ambíguos e/ou que possam variar de profissional para profissional, a uniformização das práticas é essencial. Segundo COLENGHI (2007) as normas ou instruções de trabalho e protocolos tem como objectivo padronizar procedimentos de forma a garantir que a tarefa seja executada da melhor forma, com os melhores resultados esperados. E padronizar, segundo o mesmo autor *“consiste em criar hábitos, procedimentos e requisitos a serem cumpridos, especificações que desejamos atingir, ou seja, é actuar nas causas, seguindo o ‘como fazer’ em cada tarefa para que tenhamos os resultados esperados, que são as nossas metas”* (COLENGHI, 2007). E a nossa “meta”, enquanto profissionais de saúde é garantirmos, cuidados seguros baseados nos mais elevados padrões de qualidade (OE, 2007).

A execução da norma foi dos mais difíceis de concretizar, não porque não existissem evidências científicas, mas porque certos conceitos e indicações importantes para nós enfermeiros não estavam facilmente disponíveis. Por outro lado conseguir as guidelines mais recentes Portuguesas, foi tarefa difícil e só possível com ajuda de técnicos da área a quem recorri. A partir delas redesenhei o formato de apresentação, completei a informação com as evidências mais recentes existentes no mundo e que não entrassem em contradição com as Portuguesas/Europeias. Na norma inclui os sistemas mais usados, os MDI (aerossol pressurizado) e os nebulizadores de pequeno volume e inclui especificidades para o doente ventilado. No final do estágio, ficou para aprovação pela Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> chefe e Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> responsável pela formação e o gabinete de qualidade do hospital.

A norma pode ser consultada no ANEXO IV.

\* Criação cartão de consulta rápida, com vários tipos de isolamento e respectivos EPI's (Equipamento de Protecção Individual).

O cartão foi criado baseado na premissa de que a equipa multidisciplinar apresenta dificuldade em seleccionar as precauções de isolamento a adoptar de acordo com a via de transmissão dos microrganismos. Tendo em conta que *“o controle de infecção é uma medida de qualidade imprescindível à segurança de profissionais da área da*

*saúde e clientes*” (TIPPLE, 2000 citada por MELO, 2005:29) cabe aos profissionais cumprir as recomendações de boas práticas em controlo de infecção. É um imperativo dos dias de hoje, sendo essencial para a prática de uma enfermagem responsável e com qualidade. Os profissionais do S.U. são um grupo profissional que está exposto constantemente e de forma permanente a vários riscos, uma vez que o serviço de urgência é a principal porta de entrada do doente crítico. Têm por isso, o primeiro contacto com o utente, potencial portador de microrganismos e patologias desconhecidas. As causas da não utilização de EPI foi uma questão com que me preocupei, uma delas poderá ser devida a grande afluência de doentes e ser difícil gerir, mas é um problema complexo, multi-factorial pelo que mais à frente abordarei de forma mais pormenorizada, no estágio de Controlo de Infecção. A forma que encontrei para fazer face a este problema foi tentando ser um modelo na prática; intervindo junto dos profissionais de forma informal e esclarecendo dúvidas; criar um cartão de consulta rápida, tipo cartão multibanco, que estivesse permanentemente com o profissional que incluísse não só as recomendações padrão mas igualmente as precauções especiais de isolamento. Por outro lado ao realizar formação sobre quarto isolamento de pressão negativa (objectivo apresentado a seguir) inclui conceitos sobre estes temas e treino no uso de EPI, como mostrarei mais a frente.

O cartão foi desenvolvido recorrendo sobretudo às Guidelines - Precauções de Isolamento, desenvolvida pelo CDC/HICPAC em 2007. Antes do seu desenvolvimento reuni-me com a enfermeira da CCI do hospital, tendo auscultado a sua opinião sobre esta ferramenta, que foi favorável. Para a criação do cartão usei um programa de edição de imagem Photoshop, para obter a máxima qualidade de imagem e permitir a impressão para depois distribuir por todos os profissionais do serviço de urgência do HSF. O cartão ficou com uma das Enf.<sup>a</sup> orientadoras que se disponibilizou a encontrar um patrocínio para a sua impressão para posterior distribuição pela equipa multidisciplinar. O cartão pode ser consultado no ANEXO V.

\* Realizar acção de formação em serviço sobre quarto isolamento do S.U. e respectivo EPI.

O quarto de isolamento de pressão negativa pretende isolar utentes com suspeita ou confirmação de doença infecciosa transmissível por via aérea (MMWR, 2005). Compreender o seu funcionamento e as recomendações de utilização e a importância do uso de equipamento de protecção individual necessário é essencial para o controlo das infecções, para protecção dos outros doentes e dos profissionais. Evita-se assim a propagação e riscos desnecessários.

O desenvolvimento da acção de formação, teve como objectivo principal dar a conhecer o quarto de pressão negativa e a norma já existente, mas ainda não aprovada. Por outro lado pretendeu relembrar os conceitos básicos de controlo de infecção, as recomendações padrão e o uso de equipamento de protecção individual, que penso ter sido pertinente. Foram realizadas com duas apresentações, para permitir que o máximo de profissionais pudessem assistir. A sua preparação requereu leituras extensas na procura de evidências científicas, todas referenciadas e presentes no Portfólio.

As sessões tinham no seu final uma componente prática, a colocação dos EPI. No entanto, na segunda apresentação, não foi possível praticar a sua colocação por uma questão de tempo, uma vez que houve várias solicitações para o esclarecimento de dúvidas no decorrer da apresentação, o que tornou a sessão dinâmica, mas por outro lado a demonstração teve de ficar adiada. A interacção entre formandos e formador levou-me a considerar que a apresentação foi pertinente e constatar a existência de lacunas na formação dos enfermeiros e tornando-se evidente a importância da formação neste âmbito.

A formação e respectivo planeamento podem ser consultados no ANEXO VI.

Para além das actividades realizadas e da prestação de cuidados nas várias valências por onde passei, tive a oportunidade de assistir algumas sessões de formação em serviço como: hipodermoclise; medicação subcutânea e implantofix; manuseamento de BIPAP; “experiencia do serviço de Urgência em Israel” de colegas que realizaram um estágio de emergência; e por ultimo, formação da “Via verde AVC”. Também tive oportunidade de fazer o “Curso Teórico-Prático de Manuseamento da via aérea difícil para enfermeiros” promovido pela EAVAS, em Santarém, num total de 9 horas. Todas foram importantes enquanto enfermeira, contribuindo para o meu desenvolvimento,

ajuntando-me a consolidar aspectos que me ajudarão a estar mais preparada e a prestar melhores cuidados. Os certificados de presença podem ser consultados do ANEXO VII.

## 1.2- MÓDULO III - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO

O hospital da Luz é um recente hospital privado, em Lisboa, que disponibiliza todas as valências médicas e cirúrgicas, com ênfase à obstetrícia e pediatria, oncologia, às doenças cardiovasculares, aparelho digestivo, neurociências, cirurgia minimamente invasiva, medicina e traumatologia desportiva e obesidade (HOSPITAL DA LUZ, 2011). Disponibiliza cerca de 168 camas divididas por áreas e por pisos, destes 5 acima do solo e 4 abaixo do solo. Desde a sua abertura (2007) realizou cerca de 500 mil consultas e cerca de 20 mil cirurgias e partos e realizou cerca de 3 milhões exames complementares de diagnóstico (HOSPITAL DA LUZ, 2011).

Sendo uma preocupação e uma estratégia de Saúde da União Europeia para 2008-2013 a redução da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) no âmbito da Qualidade e Segurança dos doentes, e tendo sido aprovado em Portugal o “Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções associadas aos cuidados de Saúde” (PNCI) por Despacho Ministerial No 14178/2007 DR. II série, No 127 de 4 Julho de 2007, a maioria das instituições criaram Comissões Controlo de Infecção (CCI) e têm-se esforçado por cumprir as suas directrizes. As infecções em instituições de saúde são um problema à escala mundial, constituindo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade (LACERDA, 2003). 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, 2007:4). E é neste âmbito que nasce a CCI do hospital da Luz que é uma comissão recente que se encontra a dar os primeiros passos para a construção de práticas cada vez mais seguras, seguindo as recomendações da DGS, do Center of Disease Control (CDC) e outras entidades que contribuem para uma prática baseada na evidência, e que promovem cuidados seguros. A CCI deste hospital é constituída por um médico coordenador em regime de meio horário, uma

enfermeira especialista, em enfermagem Médico-Crúrgica, a tempo inteiro e conta ainda com outra médica com cerca de 10h disponíveis. Tem como principal missão proceder à elaboração de políticas e procedimentos de luta contra a infecção hospitalar; controlar as condições de prestação de cuidados que envolvam especial risco nesta matéria; realizar estudos de avaliação de risco e situação, propondo os planos de acção adequados à correcção das situações anormais detectadas; colaborar na formação do pessoal nesta matéria; responsabilizar-se pela divulgação interna das boas práticas relativamente à profilaxia e combate à infecção hospitalar (HOSPITAL DA LUZ, 2011). Criaram o seu próprio manual de operacionalização do Plano de Controlo das IACS esforçando-se por o pôr em prática. O papel do enfermeiro da CCI neste hospital é muito activo e empenhado na consecução dos objectivos, mostrando competência, rigor, empenhamento, persistência e dedicação, o que me parecem características importantes para se ter sucesso numa comissão desta natureza, pela responsabilidade que acarreta. Nesta fase de desenvolvimento da CCI estão a ser actualizadas as normas de boas práticas, dão-se pareceres quando solicitados, faz-se Vigilância Epidemiológica de resultados e há a pretensão de formar todos os enfermeiros e outros profissionais da instituição. Não é ainda possível fazer vigilância epidemiologia de estruturas e processos, por se encontrarem na fase de formação dos profissionais, e somente após se poderão iniciar Auditorias, essenciais para monitorizar a qualidade.

O Controlo de Infecção não estando directamente ligada à proximidade de cuidados é fundamental, é uma questão com que o enfermeiro lida todos os dias e está implícita em todas as suas acções já que lhe cabe, igualmente, prestar cuidados seguros, ou seja, zelar pela segurança do doente. Se a relação, a comunicação, o cuidado holístico são essenciais e básicos à profissão de enfermeiro, as questões sobre a prática de cuidados seguros são-lhes igualmente inerentes. Não podemos cuidar de alguém de forma completa se este conceito não estiver presente em todas as nossas acções. Prestar cuidados de qualidade implica estar consciente da existência de risco, das suas implicações para os utentes e famílias/pessoas significativas, e munir-se de virtudes como a prudência, prevenção e precaução, para os evitar e prestar cuidados seguros, nomeadamente no que se refere ao controlo de infecção (NUNES, 2006). E para garantirmos cuidados seguros é importante cumprir os princípios, normas,

procedimentos de qualidade instituídos pelas CCI e pela Gestão de Risco, que têm responsabilidade nesta matéria. A profissão de enfermagem tem o dever de prestar cuidados de enfermagem de elevada qualidade e *“a ideia de excelência da prática liga-se claramente a uma prática de cuidados seguros”* (NUNES, 2006:12). É uma questão da responsabilidade profissional, ética e legal patente no Regulamento nº 122/2011, D.R. de 18 de Fevereiro, onde se definem as competências comuns dos enfermeiros especialistas. Na alínea a), b) e c) da §1 do Artigo 6º do citado Regulamento, o enfermeiro especialista deve ter um *“papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”*, deve ainda conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e criar e manter um ambiente terapêutico e seguro. O enunciado descritivo 3.3. dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que refere que *«o enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional, previne complicações para a saúde dos clientes»* (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2002:12), logo nunca poderá descurar as questões abordadas.

Na minha opinião e por tudo o que já foi dito, receber formação e estagiar numa CCI deveria ser obrigatório e transversal a qualquer especialidade.

Ler normas, procedimentos e protocolos e ver a comissão no seu funcionamento elucidaram-me, não só, sobre a forma como a comissão emite pareceres sobre os cuidados seguros, mas permitiu-me também reconhecer algumas necessidades. Tal como nos é pedido teremos de *“formular e analisar questões de maior complexidade (...), de forma autónoma, sistemática e crítica.”* (ICS-UCP, 2010).

Uma questão levantada foi se verificaria uma cultura de segurança na política do Hospital. O facto de existir uma CCI poderia ser um indicador dessa cultura, mas obviamente não é sinónimo, já que para a CCI ter um papel relevante precisa de autonomia para exercer o seu papel e o apoio da administração não só na transferência de poderes mas também pela aprovação de políticas que apoiam e que ajudam a criar essa cultura. Mas parece-me haver algum empenhamento. O sistema de informação existente no hospital, é uma ferramenta que contempla funcionalidades para CCI, podendo esta prescrever indicações aos serviços, como por exemplo, os vários tipos de isolamento. Ainda neste âmbito está a ser criado um programa de monitorização das infecções de utentes vindos de outras instituições de

saúde ou que tenham estado internados dias antes. Os utentes que se inserem dentro dos critérios definidos serão analisados e colocados preventivamente em isolamento, desta forma evita-se o risco de contaminação e logo redução das IACS. Está ainda preconizado que o sistema promova a racionalização do uso de antibióticos monitorizando, sugerindo e emitindo sinais de alerta ao médico que prescreve, uma vez que a preocupação com a resistências aos antibióticos é uma questão actual e preocupante, estando na ordem do dia, quer a nível Nacional quer a nível Internacional (DGS, 2009). É perante esta problemática que a vigilância epidemiológica de resultados é muito importante, monitorizando as resistências e prescrevendo isolamentos dos casos detectados.

Outra questão que me parece importante é que os profissionais, tanto médicos como os membros dinamizadores, devem ter tempo disponível para colaborarem com a CCI, o que nem sempre acontece. Este pode ser um obstáculo ao envolvimento destes profissionais, por mais estas atribuições às suas funções, sem compensação. E esta questão parece-me importante porque um dos problemas detectados é a falta de adesão às recomendações das boas práticas em controlo de infecção. É um hospital recente com equipas de enfermeiros muito jovens e pouca experiência e uma vasta equipa médica que também tem tendência a descorar estas medidas básicas, assim como outros profissionais. Mas penso ser um problema transversal a todas as unidades de saúde, na minha instituição vivencio a mesma problemática. E foi inevitável questionar porque é que a adesão às recomendações de boas práticas não tem taxas de sucesso como seria de esperar. E levou-me a reflectir sobre como podemos aumentar a adesão e que factores estão a criar o “ruído” nos vários profissionais. A leitura de artigos sobre o tema, permitiu-me consolidar a ideia de que a adesão é de facto um problema complexo, e que muitas vezes, são motivados por crenças dos profissionais, por aspectos psicossociais, pela dinâmica do trabalho (uma vez que quando nos deparamos numa situação crítica de “*life saving*” descoramos as medidas de segurança) mas também é grandemente influenciada pelo clima de segurança organizacional (BREVIDELLI & CIANCIARULLO, 2009). É um problema multifactorial. Sem dúvida que se há empenho e são criadas condições para que se possa incidir nestas questões, tem fortes possibilidades de sucesso. Mas questioneime como poderíamos então promover a adesão com meios ao nosso alcance. Uma

estratégia encontrada foi trabalhar sobre a qualidade da comunicação e formação aos membros dinamizadores e chefes de equipa de forma a terem um papel mais activo de apoio à CCI, na supervisão que fazem, gerando mudança de comportamento. Seguindo o mesmo propósito que no serviço de urgência, outra estratégia foi utilizar o cartão de consulta rápida já criado e adapta-lo à realidade do hospital e facultá-lo aos vários profissionais. Assim teriam mais uma ferramenta de consulta rápida que os ajudaria.

Outra problemática detectada foi a inexistência de informação/formação sobre controlo de infecção para pessoas surdas. Como transmitir a informação que passaríamos facilmente através da fala? A estratégia passou por criar um vídeo em língua Gestual Portuguesa.

Ainda neste âmbito, constatando, a problemática do isolamento como reduzir a ansiedade do utente e família/pessoas significativas e como envolve-los no cuidado? A estratégia passou por criar folhetos informativos.

De seguida apresento o objectivo delineado e as actividades desenvolvidas.

## **OBJECTIVO I**

**Desenvolver uma metodologia de comunicação efectiva e activa nas várias vertentes de controlo de infecção visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente do foro médico-cirúrgico, obtendo ganhos em saúde.**

Para cumprir o objectivo delineado foram desenvolvidas as seguintes actividades:

- \* Realização de Vigilância epidemiológica de Resultados.
- \* Participação nas intervenções realizadas nos serviços, tendo em conta os resultados da vigilância epidemiológica.

Vigilância Epidemiológica é a *“é a recolha, registo, análise, interpretação e divulgação de dados relativos a doentes e infeções, processos ou eventos adversos não infecciosos, a fim de se implementar medidas apropriadas de prevenção e controlo.”* (GEADA, 2010:1). Assim, as actividades da vigilância epidemiológica implicam a colecta de dados e consolidação; investigação epidemiológica, a interpretação de dados e análise de informação; recomendação e adopção de medidas de controle de infecção; avaliação do sistema de vigilância epidemiológica; e retro alimentação e divulgação de informações (GATTÁS et al, 2005). Como referenciei a CCI do Hospital da Luz, neste momento, apenas faz vigilância epidemiológica de resultados. Deve-se por ainda estar a decorrer actualização das normas e formação dos profissionais, para posteriormente, se possam iniciar auditorias às estruturas e processos. A detecção de casos de infecção é realizada com ajuda do laboratório de patologia clínica, mas também poderá ser notificada pelos serviços farmacêuticos ou membros dinamizadores de cada área funcional.

Tendo sido praticamente todo o pessoal assistente operacional formado, o passo seguinte será iniciar a formação aos enfermeiros. Como se verá, irei participar numa formação aos membros dinamizadores e chefes de equipa. Fazer vigilância epidemiológica de resultados requer conhecimentos não só dos microrganismos epidemiologicamente significativos, mas igualmente conhecimento dos programas vigentes e acções perante esta vigilância. Assim, faz-se a recolha diariamente, o registo, a análise, a interpretação e divulgação de dados. Nesta CCI, o enfermeiro prescreve o tipo de isolamento informaticamente e posteriormente desloca-se ao serviço validando a informação com os profissionais e esclarecendo eventuais dúvidas. É de facto uma atitude correcta e mostra empenhamento para que a segurança dos doentes não seja posta em causa, assim como dos profissionais. Na minha instituição não existe este tipo de acções e sensibilização, dependendo da sensibilidade do profissional para estas questões, o que a meu ver não deveria acontecer. Como já tive oportunidade de dizer, a existência de normas e protocolos é uma questão fundamental, para que a segurança seja garantida e seja diminuído o risco, que nunca pode estar dependente de critérios ambíguos e que dependam de cada profissional, a uniformização das práticas é, de facto, essencial. Um dos meus objectivos enquanto

especialista será promover o desenvolvimento destas instruções de trabalho e protocolos com a equipa multidisciplinar.

\* Criação de Folhetos para o utente e família/pessoa significativa sobre procedimentos de isolamento especiais de Contacto, de Gotícula e Aerossol.

De forma a demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionado com utente/família/pessoa significativa, outra actividade para desenvolver esta competência, para além das acima citadas, foi a criação de folhetos para o doente e família sobre procedimentos de isolamento especiais de Contacto, de Gotícula e Aerossol. E surgiu essa necessidade pela reflexão da nossa prática e experiência ao constatarmos a angústia de utentes e suas famílias quando há um isolamento. Desta forma a criação de folhetos, como coadjuvante ou reforço da informação dada pelo enfermeiro, que expliquem de forma clara e concisa o motivo, que vão de encontro às suas dúvidas, desmistificando as crenças que possam ter, e os ajudar a lidar com a situação, envolvendo-os igualmente no cuidado ao doente isolado, ajudará na redução desses sentimentos fazendo-os sentir mais seguros, motivados e envolvidos. Todos os folhetos foram lidos por 3 leigos na área da saúde que fizeram as suas sugestões, assim como 2 pessoas da área da saúde (enfermeiro e médico), para além da orientadora. Das pesquisas efectuadas houve um artigo que me suscitou maior interesse pela sua perspectiva inovadora de expor uma medida que ajuda o doente e ser proactivo nestas questões e logo os profissionais. O artigo aponta para que os utentes sejam também eles agentes bem informados exigindo da parte dos profissionais esse cuidado seguro como as medidas de controlo de infecção (BREVIDELLI & CIANCIARULLO, 2009). Estes folhetos aguardam a aprovação do gabinete responsável pela sua impressão, que por questões logísticas de falta de tempo ainda não o tinham conseguido fazer. Os quatro folhetos podem ser consultados no ANEXO VIII.

\* Planeamento e realização de uma acção de formação em serviço sobre técnicas de comunicação e supervisão aos enfermeiros e elos de ligação da CCI e chefes de equipa.

\* Criação de um questionário e aplica-lo auscultando necessidades formativas a nível da comunicação e supervisão aos enfermeiros e elos de ligação da CCI e chefes de equipa.

Perante a problemática apresentada e após algumas leituras sobre o tema e reflexões da minha experiência profissional, das várias alternativas que tinha, optei por trabalhar a comunicação. Baseada na minha experiência e na da enfermeira orientadora, constatamos que muitas vezes, possuímos dificuldades nas relações interpessoais em dar feedback, sobretudo negativo, e exercer a nossa liderança enquanto elementos supervisores, que em controlo de infecção se torna num problema, pois não zelamos pelos cuidados seguros. Conscientes de que somente com o empenho de todos conseguiremos atingir os objectivos, torna-se fundamental o apoio dos membros dinamizadores e chefes de equipa, na supervisão que fazem e no feedback que dão. Por isso é uma preocupação da CCI formar e dar ferramentas comunicacionais para que possam cumprir em pleno o seu papel activo e preponderante na supervisão no cumprimento das boas práticas em controlo de infecção hospitalar. Se estes profissionais melhorarem a sua comunicação, sobretudo a assertividade, então possuiriam mais ferramentas para exercer esta competência, logo maior segurança e aptidão a proverem feedback negativo de forma a promover mudanças de comportamento. A comunicação é um tema pelo qual me interessa bastante e dou bastante importância, pelos motivos já explicados no Módulo anterior. Nunca poderemos prestar cuidados de excelência se não comunicarmos assertivamente, cuidando de forma efectiva e eficiente. E é interessante ver que as principais queixas dos doentes relativamente aos profissionais de saúde referem-se a falhas ou falta de cuidado na comunicação (QUERIDO e tal, 2006). Mas é igualmente fundamental em todas as áreas da nossa vida, nas nossas relações interpessoais, sobretudo nas relações de trabalho, promovendo o trabalho em equipa, reflectindo-se, no final, no cuidado de qualidade prestado ao utente. Segundo MIGUEL e GARBI (2003) *“a comunicação inadequada, ou falta de assertividade, com colegas de trabalho, pode impactar o desempenho da empresa, possivelmente gerando consequências devastadoras”*. Daqui ressalta a importância que tem de ser dada à comunicação e, dentro dela, à questão da assertividade. Assertividade é a *“capacidade de expressar (transmitir) ideias, crenças e emoções e defender direitos pessoais de uma forma apropriada, directa e*

*honestas, que não viole os direitos das outras pessoas”* (PERFIL, 2009). A assertividade é comumente usada, em contexto de trabalho, para expor ideias, observações, apontar erros ou problemas, verbalizar soluções e expressar e defender as próprias opiniões (MIGUEL & GARBI, 2003). Mas não é uma característica inata. Ao longo da nossa vida vamos desenvolvendo ou não este tipo de comportamento, mas podemos e devemos, aprender e treinar esta aptidão em qualquer altura. A assertividade é uma escolha. Mas não basta a experiência do profissional para ter competência na área da comunicação, a formação e o treino são fundamentais porque induzem *“mudanças mais eficazes e duradouras na actuação do profissional, aumentando a satisfação dos doentes e sua adesão ao tratamento”* (FALLOWFIELD et al (2002) citado por NETO & BARBOSA, 2006:359). Isto porque *“o homem é um animal de hábitos”* (Aristóteles), *“há que acrescentar que o homem tem de habituar a desabituar-se”* (NUNO, 2002).

A Supervisão é o *“processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta (...), numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação”* (Alarcão & Tavares, 1987:197). Para exercer uma boa supervisão é necessário desenvolver a liderança. A liderança está intimamente relacionada com as competências de comunicação e funciona como um fenómeno de influência interpessoal. Pretende-se assim que os líderes supervisores, membros dinamizadores e chefes de equipa, sejam capazes de confrontar e dar feedback negativo de uma forma construtiva, promovendo o crescimento do profissional. E fornecer feedback é dar a conhecer ao profissional informações sobre o seu desempenho e *“são uma das formas mais comuns de se maximizarem desempenhos individuais no ambiente de trabalho”* (MIGUEL & GARBI, 2003). Segundo os mesmos autores pesquisas nesta área demonstram que essa prática é importante para a manutenção de comportamentos desejados dentro da instituição. Num estudo de SALAS et. al. (1996) citado por MIGUEL e GARBI (2003) mostrou diminuição dos erros cometidos por pilotos em voos simulados, desde que os controladores aéreas passaram a apontar esses erros. Por tudo o que foi dito, formar e motivar os membros dinamizadores e chefes de equipa de forma a que exerçam a sua liderança através da supervisão, dando feedback, seguindo uma filosofia de Coaching, promovendo mudança de comportamento dos profissionais de enfermagem e técnicos operacionais, cumprindo práticas seguras, parece-me uma estratégia importante, com

impacte duradouro e com função tripla. Não só relembram as responsabilidades profissionais, como se melhora as relações interpessoais entre colegas e equipa multidisciplinar, como se promove as boas práticas em controlo de infecção. São de facto os elementos que no “terreno” podem promover a adesão às recomendações de boas práticas elaboradas pela CCI do hospital.

A formação intitulada “Assertividade em Controlo Infecção” foi inserida num programa de um dia de formação promovida pela ADVITA (entidade formadora) intitulada “Curso de formação de enfermeiros chefes de equipa e membros dinamizadores em IACS”, cujos slides e programa pode ser consultado no ANEXO IX e ANEXO X, respectivamente. Para a sua elaboração baseei-me na literatura que aborda a assertividade, supervisão e Coaching, liderança, para além de bibliografia em controlo de infecção. Para treino da assertividade optou-se por dividir a sessão em duas partes, uma expositiva mostrando os conteúdos e conceitos e outra prática usando a técnica de Role Play. Role Play *“é uma actividade interactiva, que permite aos alunos praticar, num contexto seguro, vários tipos de comportamentos sociais”* (CARDOSO, 2009). Esta teve o objectivo de treinar habilidades e modificar atitudes através de uma representação simulada de situações em no contexto de trabalho que envolvessem controlo infecção.

Decidi igualmente frequentar um curso de “Treino De Assertividade”, que contemplava a técnica de Role Play, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) que me deu uma perspectiva prática, ajudou-me a consolidar aspectos, promovendo o meu auto-conhecimento, e tornar-me mais competente na área da comunicação, e mais preparada para dar formação na área. Também está preconizado que o enfermeiro especialista deve desenvolver a assertividade e o auto-conhecimento (alínea a) §1do artigo 8º do Regulamento nº 122/2011 DR de 18 de Fevereiro).

Os slides realizados foram revistos, para além da enfermeira orientadora, pela psicóloga e assistente de recursos humanos, que se prontificaram a estar presentes durante a mesma e colaborar na parte prática. Estava previsto entregar no dia da formação um documento intitulado “Uma Filosofia Assertiva” (ANEXO IX).

Ainda neste âmbito foi realizado um questionário que pretendia auscultar as dificuldades dos membros dinamizadores e chefes de equipa na área da comunicação assertiva que pode ser consultado no ANEXO XI. A sua elaboração teve a preocupação

de seguir as regras de construção de questionários, com perguntas claras e concisas, com a limitação de não terem sido redigidas perguntas abertas, pois não era pretendido um estudo de investigação mas apenas um diagnóstico de situação breve. Teve igualmente a preocupação de garantir o anonimato. Após a elaboração do questionário de 8 questões de opção múltipla e verificação pela orientadora e por uma psicóloga, para “validar” sua construção, e se ter realizado um pré-teste com 3 indivíduos, foram entregues ao grupo seleccionado. Dos questionários respondidos (n=14) foi curioso constatar que a maioria refere possuir competências assertivas, no entanto quando são questionados se acham pertinente uma formação sobre o tema 86% referem que sim. Os resultados podem ser consultados no ANEXO XII. Em conjunto com os questionários de diagnóstico foi distribuído um teste empírico intitulado “O quanto você é assertivo”, para ficar na posse do próprio, de forma a que cada elemento, se assim o entendesse, pudesse ter uma ideia de qual a tendência de comportamento que apresenta (ANEXO XI).

Apesar da formação ter estado prevista para dia 14 de Dezembro, por questões logísticas teve de ser adiada, posteriormente mais duas vezes, e continuando a aguardar nova marcação. Por este motivo ainda não foi realizada pelo que não é possível mostrar uma avaliação da mesma e do meu desempenho.

\* Criação de um vídeo sobre Precauções Básicas para o doente surdo e sua família/pessoas significativas.

Ainda no campo da Comunicação e estando consciente da minha preocupação ao longo dos estágios pelo grupo de minorias com dificuldades em comunicar, procurando formas alternativas de comunicação, achei que seria importante e pertinente abordar a temática de controlo de infecção a doentes surdos. “Como poderão ter os surdos acesso a informação em controlo de infecção? Como esclarecer as suas dúvidas? Como podem ajudar e envolverem-se no processo terapêutico? Como as suas visitas podem ajudar?” Foram algumas questões levantadas. Desenvolvi assim um vídeo em Língua Gestual Portuguesa (LGP) a disponibilizar na Intranet para consulta por pessoas com deficiência auditiva e que comuniquem através destes símbolos. Para o realizar criei um Guião que aborda as questões importantes de

controlo de infecção, que foi validado pela enfermeira orientadora. Explica-se o que é a CCI e como o utente e sua família/pessoa significativa podem ajudar. Dentro desta aborda-se a higienização das mãos, as precauções respiratórias, as recomendações para as visitas e situações especiais de isolamento. Contactei uma interprete Mestre em LGP (pela Universidade Católica) que se disponibilizou para realizar as filmagens. A edição e montagem foi realizada por mim, num programa “iMovie” e a versão final já se encontra com a enfermeira orientadora e aguarda aprovação. O Guião e o DVD podem ser consultados no ANEXO XIII. Penso que a pertinência é real e actual e enquadra-se nas competências do enfermeiro especialista.

\* Adaptação do cartão de consulta rápida, à CCI do Hospital da Luz, com vários tipos de isolamento e respectivos EPI para os profissionais de saúde.

Outra estratégia para promover a adesão às boas práticas foi a adaptação de um cartão de consulta rápida sobre precauções especiais de isolamento, desenvolvido no anterior estágio, à realidade do Hospital da Luz. A ideia de permitir que cada profissional tenha um cartão com estas informações, disponível para consultar a qualquer momento e assim possa aceder a informações sobre a protecção individual que deve usar para determinada situação pareceu-me bastante útil e importante uma vez que ajudará o profissional a esclarecer prontamente eventuais dúvidas durante a sua prática. O cartão ficou com a enfermeira orientadora e aguarda aprovação superior. O cartão pode ser visualizado no ANEXO XIV.

Para além de ter contactado com várias áreas de actuação da CCI, onde pude observar e colaborar nas muitas actividades em que a enfermeira da CCI apresenta um papel activo, tive igualmente a oportunidade de assistir algumas sessões de formação em serviço. Assisti ao Simpósio ASP, “A importância da Prevenção e Controlo das IACS” que decorreu em Lisboa, que me permitiu consolidar alguns aspectos na prevenção e controlo da infecção e questionar-me sobre as questões práticas e económicas no desenvolvimento de equipamento da desinfeção do meio ambiente. Frequentei o curso de dois dias promovido pelo Hospital da Luz (ADVITA) sobre “Antibioterapia”, que me deu um subsídio muito importante para a consciencialização das boas práticas

na prescrição de antibióticos e da problemática existente em torno da mesma. Os certificados de presença podem ser consultados no ANEXO VII. Também tive a oportunidade de conhecer o serviço de Microbiologia e observar microrganismos epidemiologicamente significativos ao microscópio e participar em conversas sobre estes microrganismos com as técnicas e enfermeira orientadora. Todas estas ações na sua globalidade ajudaram-me a construir e consolidar o “*saber*” em controlo de infecção, a reconhecer de uma forma responsável a sua importância e a partilhar as preocupações a nível mundial: a redução das IACS, dos Microrganismos Epidemiologicamente Significativos, das Resistências aos Antibióticos, dos cuidados seguros.

# CONCLUSÃO

---

Este relatório pretendeu mostrar o circuito de aprendizagem, desenvolvimento de competências e experiências vivenciadas, de forma reflexiva e crítica. Nessa descrição tentei mostrar o contexto e demonstrar a relevância para a enfermagem que se pretende para os dias de hoje. Já BORK (2004) afirmava em 2004, a importância do enfermeiro desenvolver competências para um papel estratégico e para os seus resultados, uma prática de excelência, possuindo habilidades técnico-científicas com capacidade crítica e de resolução de problemas de forma a participar de forma concertada na construção de uma instituição forte no mercado, com credibilidade nos seus cuidados de saúde, que beneficiasse a população a quem serve. Para isso, refere ser fundamental a prática baseada na evidência científica, a capacidade de tomada de decisão, a preocupação com o desenvolvimento profissional contínuo, o julgamento clínico, a visão sistémica e um pensamento crítico. Mas também refere ter ainda de desenvolver outras competências comportamentais fundamentais para a construção de uma relação de cuidado, terapêutica, com o utente e sua família, como a comunicação, a liderança e planeamento, negociação, relações interpessoais e iniciativa. Eu completaria acrescentando uma prática baseada igualmente nos princípios éticos, numa altura que parece haver uma crise de valores, sobrepondo-se muitas vezes as questões económicas, científicas, entre outras, que podem condicionar os cuidados de forma negativa. Como REGO (2010:49) afirma o respeito pela dignidade *“é a consciência bem formada que leva a ponderar, decidir e agir com razão e segundo a ética profissional que considera o interesse humanitário, os conhecimentos técnicos, o autocontrolo nos lucros, a observância do código deontológico da profissão (...)”*. E é neste enquadramento em que se destaca enfermeiro especialista e que norteou todo o meu percurso enquanto elemento activo pela minha formação e desenvolvimento de competências. Como demonstrei, a linha condutora, e o que se destacou no meu investimento pessoal neste percurso académico, foi a comunicação e os cuidados seguros. Trabalhei a comunicação nas suas várias vertentes, a nível das relações interpessoais, a nível do cuidado, com benefícios para os utentes, para os profissionais e para a instituição. Desenvolvi

ferramentas úteis que revolucionam a forma de comunicar para quem se via limitado e destinado a ser pouco envolvido no seu próprio cuidar. Preocupei-me, com sensibilidade, em incidir em áreas problemáticas tentando ser criativa e inovadora procurando manter uma visão integrada do todo. Esforcei-me e consegui transcender o domínio técnico, centrando-me no “core” próprio da enfermagem embora reconheça ser ainda necessário consolidar o desenvolvimento, a produção e mobilização de conhecimento da disciplina de Enfermagem, na nossa prática clínica. As actividades realizadas, do meu ponto de vista, trouxeram ganhos para a saúde e elevaram a qualidade da prática. A qualidade é um requisito e uma exigência e requer um grau de excelência na execução das acções e serviços (RIBEIRO et al, 2008). Cuidados de saúde de qualidade são os que elevam a *“satisfação dos intervenientes nas várias etapas do cuidar”* (RIBEIRO et al, 2008:4) e estes consideram como indicadores da qualidade um ambiente holístico, o seu envolvimento e da família/pessoa significativa, uma comunicação eficaz entre os vários intervenientes, o empenho, a disponibilidade e a eficiência dos profissionais de enfermagem (TAYLOR citado por RIBEIRO et al, 2008). E o holismo vê a pessoa como *“totalidade consciente, com capacidade para adquirir e desenvolver poderes, para raciocinar, sentir, crer e agir”* (REGO, 2010:30). Todas as minhas actividades, tiveram o holismo presente como referência, e o meu desempenho e as minhas actividades tentaram ir de encontro às suas expectativas. Mas por estar consciente que bons cuidados significam coisas diferentes para pessoas diferentes, durante o percurso tive por base as boas práticas do quadro de referência para a excelência, do código deontológico da nossa profissão. A OE, através CONSELHO ENFERMAGEM, também refere que enfermeiro na procura da excelência *“persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”, “ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”; “previne complicações para a saúde dos clientes; “maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”, e “conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde”* (CONSELHO ENFERMAGEM, 2001:11-13).

Durante este percurso longo também existiram dificuldades e limitações que me obrigaram a reflectir e a encontrar formas alternativas no agir, relativizando algumas, contornando outras, adaptando-me noutras. Considero fazer parte do crescimento

peçoal, que nos ajudam a tornarmo-nos melhores enquanto pessoas e que se reflecte enquanto profissionais. Algumas actividades não puderam ser concluídas e outras implementadas por questões que ultrapassam a minha vontade, mas aprovadas pelo serviço de urgência e pela CCI, respectivamente, apenas aguardam que o processo logístico próprio se desenvolva. A formação sobre assertividade em CCI está planeada e preparada, só aguarda nova marcação, que espero que aconteça em breve. Os estágios em serviço de urgência e na CCI também me levou a reflectir sobre o papel de extrema importância que o enfermeiro especialista deve ter enquanto promotor de cuidados seguros e de excelência. Seja numa comissão, seja na prestação directa de cuidados. O especialista em enfermagem Médico-cirúrgica tem de possuir características fundamentais como competência, empenhamento, espírito de investigação, persistência, flexibilidade, conhecimentos de gestão, sensibilidade. Outra característica fundamental é dominar as técnicas de comunicação assertiva, capacidade de liderança e de supervisão cuidando dos profissionais, promovendo o seu desenvolvimento, envolvendo-os e levando-os a aderir às boas práticas da enfermagem de excelência. Não tenho a pretensão de pensar que tenho estas características todas porque tal não corresponderia à verdade, mas a tomada de consciência delas permite-me delinear um caminho que terei ainda de percorrer, um crescimento pessoal e profissional como futura especialista. Para a minha prática levo um pouco de tudo, não só conhecimentos, e as competências adquiridas, mas também de normas, de procedimentos, dos processos, da dinâmica, dos pareceres, mas sobretudo algo mais transcendente, mais elevado, como o rigor, a perícia e de como se pode fazer a diferença todos os dias, de como todos os utentes e profissionais se podem sentir seguros porque o enfermeiro especialista, com conhecimentos aprofundados, zela pelo interesse de todos. É ter muito poder, mesmo sem ser reconhecido perante a organização formal... e é de uma enorme responsabilidade...

Desta forma, considero que os enfermeiros especialistas são elementos de referência no processo de promoção da reflexão na prática clínica. Para além das suas competências específicas incorporam competências acrescidas (artigo 3º do Regulamento nº 122/2011 DR de 18 de Fevereiro), cuja responsabilidade o obriga a acompanhar a complexificação, já abordada, dos conhecimentos, das práticas e dos contextos. Ao possuir sentido de responsabilidade profissional, ética e legal, ao

promover a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o especialista terá igualmente um papel que irá ser central para a produção de conhecimento próprio, necessário para a afirmação e autonomia da profissão. As actividades desenvolvidas promovem a autonomia da profissão. E nesse âmbito, como geradores de conhecimentos contribuindo para o já falado “core” da enfermagem que, no meu futuro como especialista, tenho a pretensão de investir em estudos de investigação, a escrita de artigos na minha área de especialização, para além do desenvolvimento de projectos que melhorem a qualidade e a vida dos utentes e profissionais, acompanhado a complexificação do contexto.

Após tudo o que foi exposto, considero ter cumprido os objectivos propostos em ambos os Módulos realizados. Da mesma forma, penso ter demonstrado competências de enfermeiro especialista, tendo como base as competências descritas no Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro e Decreto-Lei nº412/98 de 30 de Dezembro e competências referentes ao grau de Mestre, descritas no Decreto-Lei nº74/2006, de 24 Março, e o regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional do ICS da UCP (2010) e ainda o Regulamento nº 122/2011, D.R. (II série) de 18 de Fevereiro onde se define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas. Assim, segundo o perfil de competências definidas pelo ICS da UCP (2010) penso ter conseguido demonstrar, através das actividades desenvolvidas por mim, *“um nível de aprofundamento na área do doente Crítico/Médico-cirúrgico”, apresentando “capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao utente e sua família”* quer de forma directa, através dos cuidados prestados e das actividades desenvolvidas que melhoram esses cuidados, quer indirecta, através da CCI e das actividades que não estando directamente ligadas a prestação de cuidados, promovem qualidade, como por exemplo a formação em assertividade dos profissionais de saúde. As reflexões realizadas, a percepção das fragilidades detectadas e o desenvolvimento das actividades para as colmatar demonstram, igualmente, *“consciência crítica para os problemas da prática profissional”* obrigando-me a *“avaliar e adequar os diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente”*, e à prática em

geral, *“segundo uma perspectiva profissional avançada”*. Demonstram ainda que *“consegui formular e analisar questões com complexidade”* e *“tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área médico-cirúrgica”*, *“relacionadas com formação em enfermagem”*, e não só, *“de forma autónoma, sistemática e crítica”*, o que me permitiu igualmente *“promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”*. Para tal tive de ser sensível e mostrar *“compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”*, *“incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização médico-cirúrgica, assim como outras evidências”*;

Em ambos os estágios demonstrei *“conhecimentos aprofundados de técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”* demonstrando *“capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas”* com utentes incapacitados de falar e/ou ouvir. Zelei ainda *“pela qualidade dos cuidados seguros prestados ao utente”*, entre outras.

Em suma penso que consegui atingir os objectivos a que me propus, em ambos os estágios, com a qualidade exigida e desenvolver as competências inerentes ao enfermeiro especialista. Penso igualmente que consegui cumprir os objectivos a que me propus no início deste relatório. Os estágios, como afirmei, permitiram um crescimento profissional e pessoal. Permitiu integrar vários saberes, com ajuda das pesquisas bibliográficas, das reflexões realizadas, da sensibilidade, da experiência, das orientações. Estou consciente que só com empenho e dedicação se poderá evoluir, e tendo consciência que terei ainda um longo caminho a realizar no meu percurso de desenvolvimento profissional e pessoal. Dúvidas existem e existirão sempre no nosso percurso, a diferença está na procura do conhecimento, das soluções, na antevisão, na forma como relacionamos os saberes e como os colocamos em prática, baseando-nos na prática baseada na evidência, mas nunca descurando a sensibilidade e experiência, entre outras. Sermos agentes de mudança. Realizando prática avançada sempre que se tornar necessário e ao mesmo tempo enfermagem avançada. Tenho consciência que o aperfeiçoamento é um processo que decorrerá ao longo da nossa vida profissional e pessoal, e será sempre um processo dinâmico e constante. *“Somos aquilo que fazemos*

*consistentemente. Assim, a excelência não é um acto, mas sim um hábito"* (Aristóteles).

Para terminar quero ainda citar RILEY (2004) que diz que cuidar deve *"integrar o conhecimento científico e a capacidade de identificar as necessidades e as acções de enfermagem que conduzam a mudanças positivas, isto é passos em direcção à protecção, promoção e conservação da dignidade humana"*. E *"tudo o que existe e vive precisa de ser cuidado para continuar a existir e a viver"* BOOF (2000). E é para cuidar promovendo a existência e a vida com qualidade que a nossa profissão existe.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. (1987). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Livraria Almedina. Coimbra

AMERICAN COLLEGE OF AMERICAN PHYSICIANS (2009). Definition of emergency medicine. [Online]. Dallas, Texas : American College of American Physicians. Acedido em 12 Junho 2010, em: <http://www.acep.org/practres.aspx?id=29164>

BARBOSA, A, NETO, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. 1ª ed. Lisboa

BENNER, P. (1984). *From novice to expert: excellent and power in clinical nursing practice*. Addison Wesley. California.

BOOF, L. (2000). *Saber Cuidar; ética do humano – compaixão pela terra*. (RJ): vozes. Petrópolis

BORK, A. M. T. (2004). *O Desafio de Mudar Transformando as Pessoas e a Profissão: O Sistema de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein*. Revista Prática Hospitalar, Ano VI Nº 31. [Versão electrónica]. Acedido em 26 Fevereiro 2011, em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2031/paginas/materia%2010-31.html>

BREVIDELLI, M. M. e CIANCIARULLO, T. I. (2009). Factores Psicossociais e Organizacionais na Adesão às Precauções Padrão. *Revista Saúde Pública*; 43(6): p. 907-16.

CABRAL , R. (2000). A Dignidade da Pessoa Humana. *Temas de Ética*. Faculdade de Filosofia, Braga. p. 277.

CARDOSO, A. F. M. P. (2009). *O Role Play como ferramenta no desenvolvimento das competências dos alunos do Ensino Básico*. Mestrado – Departamento de Estudos Alemães e Departamento de Estudos Anglo-Americanos da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention (2005). *Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium Tuberculosis in Health-Care Settings*. MMWR Recomm Rep p. 1-141.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, CDC/HICPAC  
<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pd/isolation2007.pdf>

CDC. Centers for Disease Control and Prevention (2003). Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR ; 52 (No. RR-10): 1–48.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL, E. H. (2009). Retrieved 2010. 12-4 from Hospital de S. Francisco Xavier:  
[http://www.hsfxavier.min-saude.pt/InfoUtente/InfoUteis/Caract\\_area\\_Influencia.htm](http://www.hsfxavier.min-saude.pt/InfoUtente/InfoUteis/Caract_area_Influencia.htm)

CHANTAL, C. *A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory*. Université de Montreal, Faculty of Nursing. [Online]. Acedido em Dezembro 2009, em:  
<http://www.nursing.ucdenver.edu/faculty/caring.htm>

COLENGHI, V. M. (1997). *O&M e Qualidade Total: uma integração perfeita*. Rio de Janeiro: Qualitymark. .

COLLIÈRE, M. F. (2003). *Cuidar... a Primeira Arte da Vida* (2 ed.). (Lusociência, Ed.) Loures. p.101-103

CONSELHO ENFERMAGEM (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (O. d. Enfermeiros, Ed.)

Despacho Normativo nº 11/2002. *Diário da República I Série – B, de 6 de Março de 2002*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 18 459/2006, de 30 de Julho de 2006. *Diário da República 2ª Série, de 12 de Setembro de 2006*. Ministro da Saúde. Lisboa

Diário da República I Série – A nº300 (Decreto-Lei nº412/98 de 30 de Dezembro).

Diário da República I Série – A nº257 (Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro).

FINKE EH, LIGHT J & KITKO L (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing* 17: p.2102–2115.

FLUERY, M, FLEURY, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. RAC, Edição Especial p.183-196

GARCIA, L. (2003). Concepção. Implementação e teste de um sistema de apoio a Comunicação Aumentativa e Alternativa para o Português Europeu. Dissertação de Mestrado em Engenharia Electrotécnica e de Computadores. Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior Técnico. Lisboa

GEADA, A., PEDRO, A. (2010). Planear a vigilância epidemiológica das infecções associadas aos cuidados de saúde. *Revista Nursing* nº 255.

GATTÁS et al. (2005). *CBVE Curso Básico de Vigilância Epidemiológica*. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. Brasil. p.210.

GRUPO TRABALHO URGENCIAS (GTU) & MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2006). *O Serviço de Urgências. Recomendações para a organização do cuidados urgentes e emergentes*. Lisboa.

HEMSLEY, B et al (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing* 35 (6): p. 827-835.

HOSPITAL DA LUZ (2011). Pagina Oficial. Acedido a 2 Fevereiro 2011, em:

<http://www.hospitaldaluz.pt/>

LACERDA, R. A. (2003). Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência à saúde. LACERDA, R.A. – *Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias*, ISBN 85-7454-081-1. São Paulo: Atheneu, p. 9-23

LADOUSSE, G. P (1988). Role Play. Oxford, Oxford University Press.

LE BOTERF, G. (1995). De la compétence – essai sur un attracteur étrange. In: Les éditions d'organisations. Paris: Quatrième Tirage.

LOPES, M. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de Médio Alcance. *Formasau, Formação e Saúde, LDA*. Coimbra.

LOPES, M (2006) – *Volume da coleção Programa Jovens Profissionais*, Conhecimento Editora. 260p.

MELEIS, A. (1997). *Theoretical Nursing: development and Progress* (3 ed.). Lippincott, Ed. Philadelphia.

MELEIS, A. (2005). *Theoretical Nursing, Development & Progress* (3 edição ed.). Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, USA

MELO, D.S. (2005) *Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia. p.191 f.

MIGUEL, C. F.; GARBI, G. (2003). Assertividade no trabalho: descrevendo e corrigindo o desempenho dos outros. In: CONTE, F. C.; BRANDÃO, M. Z. da S. (orgs.) *Falo ou não falo? Expressando sentimentos e comunicando idéias*. Arapongas: Mecenas

MORAN, J.M. (2000). Mudanças na comunicação Pessoal. 2ª Edição. Paulinas. p19. [Online]. Acedido em 20 Fevereiro 2007, em:  
<http://www.eca.usp.br/prof/moran/compart.html>

MORIN, E. (2005). *Ciência com Consciência*. 8ª Ed.. BERTRAND BRASIL, LDA. Rio de Janeiro.

MUSSI, F. C. (1996). Conforto: revisão de literatura. *Rev. Esc. Enf. USP*, V.30, Nº2: p.254-66.

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

NATIONAL JOINT COMMITTEE FOR THE COMMUNICATION NEEDS WITH SEVERE DISABILITIES (ASHA) (1992). Guidelines for meeting the communication needs of persons with severe disabilities. 34 (suppl. 7), 2-3. Disponível em: [www.asha.org/NJC/njcguidelines.htm](http://www.asha.org/NJC/njcguidelines.htm)

NUNO, J. M. (2002). *Cadernos da Formação - Formação Pessoal e Social*. 1ª Edição ed. C. d. Tejo. Ed. Almada, Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – Desenvolvimento Profissional. Individualização das Especialidades em Enfermagem. Fundamentos e Proposta de Sistema. Obtido em 21 Outubro de 2010, de Ordem dos Enfermeiros:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/MDP.aspx>

OLIVEIRA, C. S. (2006). O cuidado confortador à pessoa idosa hospitalizada: contributos para uma para uma revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem ISSN 0873-8904*. Vol. 10 - Nº 1, (1º semestre de 2006), p. 2-11.

PATAK, I. et al (2006). Communication boards in critical care: patients' views. *Applied nursing research: ANR*. ;19(4):. p.182-90. [Online]. Acedido em 5 Dezembro 2010, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17098155>

PERFIL (2009) - Psicologia e Trabalho, Ld - Capitulo - *Capacidade de Comunicação - Sistema de Gestão do Conhecimento* - Ferramenta de qualificação de informação. [Online]. Disponível em: <http://www.perfil.com.pt/equal/e/cap04/assumirassertivo.htm>

PAULA, M., SANTOS, V. (2003) O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Rev Latino-am Enfermagem*. 11(4):474-82.

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2007) - Departamento da Qualidade na Saúde Divisão de Segurança do Doente – Plano Nacional Controlo Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - Microsite controlo infecção. [Online], em:

<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0&cpp=1>

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. 2 V. – Vol. I – Prioridades, 88p. – Vol. II – Orientações Estratégicas, 216p. DGS. Lisboa.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2009). *Programa Nacional de Resistências aos Antimicrobianos*. Departamento de Qualidade. Ministério da Saúde. Lisboa.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde e Direcção de Serviços de Planeamento. (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. ISBN 972-9425-99-X. DGS. Lisboa 24 p

RAUPP, B. (2010). A inseparabilidade entre modos de atenção e gestão em saúde: reflexões no contexto do sistema único de saúde, brasil. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n.09, Disponível em:  
[www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php](http://www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php)

REGO, A. (2010). *A Reforma no Sector da Saúde*. Universidade Católica Editora. Lisboa

Regulamento nº 122/2011. *Diário da República (II série) de 18 de Fevereiro*: Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2007.

RIBEIRO, O. de P., CARVALHO, F. M., FERREIRA, L. M. M. e FERREIRA, P. J. M. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Millenium - Revista do ISPV - n.º 35* - Publisher: Instituto Politécnico de Viseu. [Versão Electrónica]. Disponível em:  
<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/default.htm>

RILEY, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª edição. Lusociência. P.454

ROY, C. (1971, April). Adaptation: A basis for Nursing practice. *19* (4): pp. 254-257.

SILVA, M. (2002). *O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde*. Revista Bioética. São Paulo, Vol. 10, nº 2, p.1-16. [Versão electrónica]. Acedido em 28 Fevereiro de 2010, em:

<http://66.102.9.104/search?q=cache:eJxCvBczqhlJ:www.cremacre.org.br/revista/bio10v2/Simposio2.pdf+%22Princ%C3%ADpios+e+fun%C3%A7%C3%B5es+da+comunica%C3%A7%C3%A3o%22&hl=pt-PT&ct=clnk&cd=2&gl=pt>

SILVA, A. P. (2007). Enfermagem Avançada": Um sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Revista Servir*, 55 (1-2), pp. 11-20

SILVA, R., FERREIRA, M. (2008). Um deslocamento do olhar sobre o conhecimento especializado em Enfermagem: Debate Epistemológico. *Rev. Latino-am Enfermagem* 16(6). [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

SIMOES, A. L. A. e FAVERO, N. (2002). Communication and leadership in the nursing team. In *Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium*. SP, Brazil. [Online]. Acedido em 19 Outubro 2010, em:

[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000052002000200032&lng=en&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200032&lng=en&nrm=iso)

SCHLOSSBERG, N. K. (1981). A Model for analyzing Human Adaptation to Transition. *Counseling Psychologist*, 9 (2): p. 2-18.

VIEIRA, M. (2007). *Ser Enfermeiro. Da compaixão à Proficiência* (1 ed.). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

VIANA, A. (2002). *Jovens Empreendedores. Programa Jovens Profissionais*. Conhecimento Editora.

WATSON, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. (2 ed.). (B. a. Company, Ed.) Boston.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (OMS) (2007, June). *Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care*. (W. H. Organization, Ed.) Acedido em Maio 25, 2010, em

[http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\\_CD\\_EPR\\_2007\\_6/en/index.html](http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CD_EPR_2007_6/en/index.html)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2005). World Alliance for Patient Safety. Who guidelines on hand hygiene in health care: a summary clean hands are safer hands. World Health Organization. Geneva. Acedido em Outubro 20, 2010, em <http://www.who.int/gpsc/en/>

# ANEXOS

---

# ANEXOS

---

CURRÍCULO VITAE - EUROPASS

# ANEXOS

---

# ANEXO I

CURRÍCULO VITAE - EUROPASS

# ANEXO II

Livro De Comunicação Aumentativa e Alternativa

# ANEXO III

Tradução Braille

# ANEXO IV

Norma

# ANEXO V

Cartão “Precauções Especiais de Isolamento” HSFx

# ANEXO VI

Formação “Quarto de Isolamento de Pressão Negativa”

# ANEXO VII

Certificados de Presença – Formação

# ANEXO VIII

Folhetos para os Utentes e Família – Precauções Especiais de Isolamento

# ANEXO IX

Formação “Comunicação Assertiva em CCI”

# ANEXO X

Programa do Curso Prevenção e Controlo das IACS

# ANEXO XI

Questionário aos Enfermeiros Chefes de Equipa e Membros Dinamizadores da CCI

# ANEXO XII

Resultados dos Questionários

# ANEXO XIII

Guião e Vídeo das Boas Práticas em LGP, para Utentes Surdos e suas Famílias

# ANEXO XIV

Cartão “Precauções Especiais de Isolamento” – Hospital da Luz

