



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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 Telmo Farinha Ramos Fernandes de Carvalho

Lisboa, setembro de 2012



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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 Telmo Farinha Ramos Fernandes de Carvalho

Sob orientação da Sra. Professora Doutora Helena José

Lisboa, Setembro de 2012

Resumo

A principal razão para a admissão de uma Pessoa numa unidade de saúde é segundo Joseph (2007) a procura de cuidados de enfermagem. Para análise do impacto da profissão de Enfermagem na Pessoa e nos resultados da organização a autora estabelece um modelo, onde a perspectiva do cuidar deve ser central e as características do profissional são influenciadoras da prestação de cuidados à Pessoa, do estabelecimento de uma relação Enfermeiro/Pessoa e Família, devendo ser analisados os resultados obtidos com a Pessoa ou Família. Collière (1999) refere uma reciprocidade temporária ou definitiva com a Pessoa e o processo de cuidar está inserido num sistema de crenças e valores, possuídos pelo cuidador e a quem são prestados os cuidados. O acesso a resultados na prática de Enfermagem avançada assume cada vez mais um papel de maior relevância. Segundo Williams referenciado por Marques (2000), a satisfação dos utentes pelos cuidados de enfermagem tem influência direta na satisfação com os cuidados hospitalares. Segundo a autora a Pessoa possui expectativas relativamente aos cuidados de enfermagem, influenciadas por fatores sociais, culturais, de personalidade e estado de saúde. A percepção sensorial e a interpretação da informação por parte da Pessoa, constitui a subjetividade da experiência dos cuidados de enfermagem. Estabeleço o conceito de Pessoa enquadrado no Paradigma da Transformação, definida segundo Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (2002) como um parceiro nos cuidados, encarado de uma forma singular, compreendendo um todo, de forma holística, onde a saúde e a doença é compreendido de forma contínua. Defino a minha intervenção na aquisição de competências como Enfermeiro Especialista, na perspectiva de responder às necessidades da Pessoa e Família, com intervenções de Enfermagem que podem ser classificadas no seu resultado, considerando os indicadores para avaliação da prestação dos cuidados de enfermagem. O controlo sobre as práticas estabelece a uniformização de procedimentos, com garantia da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Na perspectiva de prevenção e controlo da infeção, a abordagem da gestão de risco, identificando áreas de potencial risco de desenvolvimento de eventos não expectáveis, veio determinar a minha intervenção neste estágio, na análise e ação nos cuidados específicos ao acesso vascular central. Este fator deve ser considerado como um indicador determinante na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, evidenciada pela taxa de infeção relacionada com cateteres vasculares centrais. Este relatório engloba as três perspectivas, estabelecendo uma abordagem direta sobre a intervenção de um Enfermeiro Especialista nos diferentes contextos, com um enquadramento geral da prestação de cuidados à Pessoa e Família, análise do desempenho e compreensão do seu efeito, com a aquisição de novas competências. Considero que o efeito dos cuidados de enfermagem na Pessoa pode ser considerado como um indicador da qualidade dos cuidados prestados, qualificando o papel do Enfermeiro Especialista e avaliando a ação da equipa de Enfermagem.

Abstract

The main reason for admit a person at a health facility is the demand for nursing care Joseph (2007). To analyze the impact of nursing profession in the person and the results of the organization, the author provides a model where the prospect of caring must be central and characteristics are influential in the professional care of the person in the establishment of a link nurse / Individual or Family out and analyzed the results obtained with the Individual or Family. Collière (1999) refers to a temporary or permanent reciprocity with the person and the care process is inserted into a system of beliefs and values held by the caregiver and who are provided care. The results in access to advanced practice nursing is increasingly a more important role. According to Williams referenced by Marques (2000), client satisfaction by nursing care has a direct influence on satisfaction of hospital care. According to the author the person has expectations for nursing care, influenced by social, cultural, personality and health. The perception and interpretation of information by the person, is the subjectivity of the experience of nursing care. Establish the concept of Individual from the perspective of Paradigm Transformation, defined according to Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette and Major (2002) as a partner in care. I set up my speech in the acquisition of skills such as Specialist Nurse, with a view to meet the needs of the Person and Family, with nursing interventions that can be classified in their effect, considering the indicators to assess the provision of nursing care. The control over the practice establishes uniform procedures, to ensure the improvement of quality of care. From the perspective of prevention and infection control approach to managing risk, identifying areas of potential risk of development of events is not expected, came determine my intervention at this stage, analysis and action in specific vascular access care center. This factor should be considered as an indicator in determining the quality of nursing care provided, as evidenced by the rate of infection associated with central venous catheters. This report establishes three perspectives, a direct approach on the intervention of a Nurse Specialist in different contexts, with a general framework for providing care to the Individual and Family, performance analysis and understanding of its effect, with the acquisition of new skills. I believe that the effect of nursing care in the person can be considered as an indicator of quality of care, describing the role of the Nurse Specialist and quantifying the action of the nursing team.

Ao meu avô materno por todos os
princípios e valores que me transmitiu
ao longo da minha educação...
À Ana, ao Dinis e à Clara...

Siglas, Símbolos e Acrónimos

APIC – *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology*

CCI – Comissão de Controlo de Infeção.

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CHLN - HPV – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente

DGS – Direção Geral de Saúde.

EMC – Enfermagem Médico – Cirúrgica.

EPI's – Equipamentos de Proteção Individuais.

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.

IHI – *Institute for Healthcare Improvement*.

INCS - Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea

MRSA – *Staphylococcus aureus* metilcilina - resistente

OE – Ordem do Enfermeiros.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PNCI – Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.

SMI-UCIP-HPV-CHLN – Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – Hospital Pulido Valente – Centro Hospitalar Lisboa Norte

SUC – Serviço de Urgência Central.

SUCEH – Satisfação dos Utentes dos Cuidados de Enfermagem no Hospital.

SUCECS - Satisfação dos Utentes dos Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde.

VNI – Ventilação Não Invasiva

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos.

UCP- ICS/ESPS – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde/Escola Superior Politécnica de Saúde.

USD – Dólares dos Estados Unidos da América.

WHO – *World Health Organization*

Índice

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS	14
CAPÍTULO 2. MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DA INFEÇÃO HOSPITALAR	23
CAPÍTULO 3. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	35
CAPÍTULO 4. REFLEXÃO FINAL	51
CONCLUSÕES GERAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
APÊNDICE N.º 1 - REGISTO DE OBSERVAÇÃO DA COLOCAÇÃO DE CVC	61
APÊNDICE N.º 2 - REGISTO DE OBSERVAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CVC	64
APÊNDICE N.º 3 - RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CVC	67
APÊNDICE N.º 4 – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE A UTILIZAÇÃO DE CONECTORES NO SMI-UCIP-HPV-CHLN	69
APÊNDICE N.º 5 – ARTIGO: A PRÁTICA COM CONECTORES NO SMI-UCIP-HPV-CHLN - MITOS E REALIDADES... ..	74
APÊNDICE N.º 6 – INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E CONSENTIMENTO INFORMADO.....	87
APÊNDICE N.º 7 – TABELA DE VARIÁVEIS E <i>ALPHA DE CRONBACH</i>	92
ANEXO N.º 1 – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO SUCEH ²¹	94
ANEXO N.º 2 – FORMULÁRIO SUCEH ²¹	96
ANEXO N.º 3 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DO CHLN PARA A APLICAÇÃO DO INQUÉRITO.....	103

Índice de Tabelas

Tabela n.º - 1 Caracterização da Amostra.....	48
---	----

INTRODUÇÃO

No âmbito curricular do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional no Curso de Especialização em EMC, estão definidos três módulos práticos onde se pretende o *“desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico”* (UCP- ICS/ESPS, 2008, p.8).

Desta forma foram estabelecidos os seguintes estágios correspondentes a cada módulo:

- Módulo I – Serviço de Urgência;
- Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios;
- Módulo III – Opção (Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar).

Ao abrigo do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março no artigo 45 alínea c), *“Reconhecem, através da atribuição de créditos, a experiência profissional e a formação pós-secundária.”*, foi creditado o estágio do Módulo II (Cuidados Intensivos/Intermédios) tendo em conta a minha experiência profissional em UCI. Desta forma realizei o estágio do Módulo I – Urgência no SUC do CHLN – HSM e o Módulo III na CCI do CHLN – HPV.

A escolha da área de opção é justificada pela importância da prevenção e controlo da infeção na minha prática profissional em Cuidados Intensivos, sentindo a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área específica. Relativamente à área de Enfermagem em urgência, a escolha é justificada pelo SUC ser o único pertencente ao grupo hospitalar, podendo identificar o trajeto do Pessoa com doença crítica antes de ser internado na UCI.

Na investigação sobre *“O impacto do Clima de Serviço, Coordenação Relacional, Fiabilidade Organizacional e Aprendizagem Organizacional na Perceção do Desempenho Organizacional numa clínica de Hemodiálise”*, Carvalho (2010) adicionou ao modelo de análise a variável de Perceção do Desempenho dos Profissionais de Enfermagem e relacionou com a Perceção do Desempenho Organizacional destes profissionais, concluindo que não existia impacto significativo. Os profissionais de saúde são os agentes diretos na prestação de um serviço que depende da sua capacidade técnica e dos recursos existentes na instituição, exigindo uma estrutura de suporte adequada às necessidades da Pessoa e capacidade de gerir as interdependências

existentes entre os diferentes grupos profissionais. Perante a Pessoa, a ação passa pelo estabelecimento de uma relação de confiança assente nas relações humanas e na capacidade técnica evidenciada no desempenho dos serviços prestados. Nesta perspetiva, a perceção da *performance* destes profissionais relativamente ao seu desempenho assume uma relação direta com a *performance* da instituição.

A principal razão para a admissão de uma Pessoa numa unidade de saúde é segundo Joseph (2007) a procura de cuidados de enfermagem. A mesma autora refere as restrições orçamentais verificadas a partir de 1990 nos E.U.A. que levaram à redução de profissionais de Enfermagem nas instituições. Podemos acreditar que a diminuição de enfermeiros ponha em causa a eficácia e segurança dos cuidados, no entanto segundo a autora, o consumidor dos cuidados (Pessoa e Família) não tem na maioria das situações capacidade para realizar esta avaliação. Esta situação desencadeou uma investigação sobre o impacto dos profissionais de Enfermagem na Pessoa e nos resultados da organização (Joseph, 2007). A autora referencia Aiken et al. (1997) e Mark et al. (1996) para afirmar que a autonomia, a relação entre Enfermeiro e Médico e o controlo sobre a prática são os indicadores mais utilizados para avaliar a prática de Enfermagem e a sua influência nos resultados da organização, podendo ser divididos em três sub – categorias: Organizacionais, de Enfermagem e da Pessoa.

Para análise do impacto da profissão de Enfermagem na Pessoa e nos resultados da organização Joseph (2007) estabelece um modelo, onde a perspetiva do cuidar deve ser central. Neste modelo a autora refere que as características do profissional são influenciadoras da prestação de cuidados à Pessoa, distinguindo as intrínsecas onde se enquadram a capacidade de pensamento crítico, as competências na área da comunicação, a fadiga/*stress*, compaixão/cuidado, profissionalismo e competência, das extrínsecas, relacionadas com a experiência, educação, idade, certificação e capacidade física. Estas características são influenciadoras no estabelecimento de uma relação Enfermeiro/Pessoa ou Família, podendo ser analisados os resultados obtidos com a Pessoa ou Família.

Para definição do Cuidado de Enfermagem, Joseph (2007) faz referência ao trabalho de McClure (2004), distinguindo a ação do Enfermeiro em duas categorias, a do papel de prestador de cuidados nas vertentes de dependência, conforto, terapêutica, educação, monitorização/vigilância e a do papel de integrador com ênfase na relação entre o Enfermeiro e a Pessoa e na interação com os outros grupos profissionais pertencentes à

equipa multidisciplinar. A autora concluiu a construção do modelo de análise do impacto da profissão de Enfermagem na Pessoa e nos resultados da organização, com a avaliação dos cuidados prestados, através de indicadores de qualidade que podem estar relacionados com a instituição, com os profissionais de Enfermagem ou diretamente com a Pessoa. Efetivamente não se pode conceber uma perspetiva de cuidar só com a orientação Enfermeiro – Pessoa, Collière (1999) refere uma reciprocidade temporária ou definitiva com a Pessoa. Segundo a autora todo o processo de cuidar está inserido num sistema de crenças e valores, possuídos pelo cuidador e por quem são destinados os cuidados.

As organizações de saúde estão atualmente empenhadas em avaliar os resultados relativamente à prestação de serviços de saúde às Pessoas, motivadas pela sua avaliação e por processos de acreditação e certificação em que estão envolvidas. O acesso a resultados na prática de Enfermagem avançada assume cada vez mais um papel de grande relevância. As mudanças na área da saúde com o desenvolvimento de novas tecnologias, promovem também a mudança da forma como os cuidados de enfermagem são prestados, com a prática de Enfermagem avançada a necessitar de modificar as suas áreas de intervenção, necessitando para isso de resultados para avaliar a sua prestação e respetiva evolução (Kleinpell, 2007). Os enfermeiros são fundamentais para o desenvolvimento de indicadores para avaliação de resultados, por estarem constantemente envolvidos na prestação de cuidados a diferentes Pessoas ou Grupos em vários contextos e com os problemas que devem ser estudados. (Resnick, 2006)

A intervenção dos enfermeiros, é baseada na utilização do juízo clínico, conhecimento científico, habilidades e experiência profissional. (Kleinpell, 2007) A autora referencia Davies *et al* (1994) que estabelecem que os resultados são utilizados para avaliar a efetividade dos cuidados prestados, compreender o seu impacto na vida das Pessoas, identificar áreas de melhoria e estabelecer uma base para o raciocínio e decisão clínica. Segundo estes autores, referenciados por Kleinpell (2007) relativamente à Pessoa os resultados mais importantes estão relacionados com a manutenção e melhoria da condição física e da capacidade de ação, promoção do bem – estar, alívio da sintomatologia, ausência ou diminuição dos efeitos adversos dos cuidados prestados e garantia da satisfação da Pessoa.

A satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem tem influência direta na satisfação dos cuidados hospitalares. (Williams, 1994) A Pessoa possui expectativas

relativamente aos cuidados de enfermagem, influenciadas por fatores sociais, culturais, de personalidade e estado de saúde. A sua percepção sensorial e a interpretação da informação, constitui a subjetividade da experiência dos cuidados de enfermagem. Num estudo realizado em três serviços de um Hospital Central verifica-se uma percepção de valor atribuída aos cuidados de manutenção e à capacidade de diagnóstico dos enfermeiros e o inverso relativamente ao desconforto físico e emocional, caracterizando de forma negativa a prestação de cuidados de enfermagem. (Marques, 2000)

No estágio a realizar no SUC, pretendo enquadrar as competências intrínsecas do Enfermeiro Especialista no estabelecimento de uma relação Enfermeiro/Pessoa e/ou Família. Enquadro o conceito de Pessoa segundo a perspectiva do Paradigma da Transformação, definida segundo Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (2002) como um parceiro nos cuidados, sendo encarada como um todo, estabelecendo uma interação personalizada consigo e com o mundo que a rodeia, aceitando a influência do meio sobre si, procurando a qualidade de vida definida segundo as capacidades e prioridades. Estabeleço a minha intervenção na aquisição de competências como Enfermeiro Especialista, na perspectiva de responder às necessidades de Pessoas e Famílias, com intervenções de Enfermagem que podem ser classificadas no efeito que produzem, considerando os indicadores para avaliação da prestação dos cuidados de enfermagem.

O modelo para análise do impacto da profissão de Enfermagem na Pessoa e nos resultados da organização de Joseph (2007) estabelece a influência das características da Unidade de Saúde na relação Enfermeiro/Pessoa. O controlo sobre as práticas estabelece a uniformização de procedimentos, com garantia da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Na perspectiva de prevenção e controlo da infeção, a abordagem da gestão de risco, identificando áreas de potencial risco de desenvolvimento de eventos não expectáveis, vem determinar a intervenção neste estágio, numa perspectiva de análise e ação nos cuidados específicos à Pessoa com CVC. Este fator deve ser considerado como um indicador determinante na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, evidenciada pela Taxa de Infeção relacionada com o CVC.

Enquadrando as competências definidas no Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional da UCP- ICS/ESPS (2009), nos domínios do conhecimento prático referidos por Benner (2001), considero que a demonstração de um nível de conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados na área dos

Cuidados Intensivos, um determinado nível de experiência que dispensa a realização de um módulo prático nesta área específica, pode ser considerado com um indicador de qualidade dos cuidados prestados à Pessoa e/ou Família neste âmbito. Classificar segundo Benner (2001), o desempenho profissional de um Enfermeiro como um perito numa determinada área, é reconhecer um determinado nível de experiência, competência, capacidade intuitiva de compreensão de situações complexas e compreensão imediata dos problemas. Nesta perspetiva, o desempenho de um Enfermeiro perito pode ser um indicador de performance nos cuidados prestados à Pessoa e Família.

Neste relatório pretendo englobar estas três perspetivas, estabelecer uma abordagem direta sobre a intervenção de um Enfermeiro Especialista nos diferentes contextos, com um enquadramento geral da prestação de cuidados à Pessoa e Família, análise do desempenho e compreender o resultado da sua ação, com a aquisição de novas competências. Considero que o efeito dos cuidados de enfermagem na Pessoa pode ser considerado um indicador da qualidade dos cuidados prestados, qualificando o papel do Enfermeiro Especialista e avaliando a ação da equipa de Enfermagem.

Para o estágio a realizar na CCI estabeleço os seguintes objetivos;

Como objetivo geral:

- Desenvolver competências técnico-científicas no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em EMC, na Comissão de Controlo de Infeção.

Como objetivos específicos:

- Participar nas atividades de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados prestados às Pessoas submetidas a internamento no CHLN – HPV.
- Desenvolver procedimentos para a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados e saúde, relacionadas com a colocação e manutenção de dispositivos médicos vasculares centrais, no âmbito de programa “Cateteres – Taxa de Infeção Zero”.
- Adquirir competências de elo de ligação com a CCI, compreendendo a função a articulação entre a CCI e os serviços/departamentos/unidades funcionais, facilitando a aplicação sectorial do Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção.

Para o estágio a realizar no serviço de urgência estabeleço os seguintes objetivos:

Como objetivo geral:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em EMC, prestando cuidados especializados à Pessoa/Família no SUC.

Como objetivos específicos:

- Compreender o papel do Enfermeiro no processo de transição entre a saúde e a doença da Pessoa e/ou Família, no contexto de admissão no serviço de urgência;
- Avaliar a satisfação dos cuidados de enfermagem segundo a perspectiva da Pessoa admitida no SUC em situação crítica.

Capítulo 1. Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios

Resumo

Segundo Benner (2001), a dimensão temporal é responsável pela aquisição do conhecimento prático, através de estratégias adequadas de transformação do saber fazer em conhecimento. Lyneham, Parkinson e Denholm (2008) na análise do conceito de perito e do papel da intuição dos enfermeiros em situação crítica, enquadram o desenvolvimento ordenado deste comportamento, através de da aquisição de conhecimento, experiência, ligação, percepção, sincretismo e confiança. A minha atuação específica desenvolve-se de forma sistematizada e orientada para a resolução dos problemas identificados, procurando estratégias de intervenção que reflitam um pensamento crítico sobre os cuidados prestados. O internamento em UCI é uma situação disruptiva no contexto da vida familiar, indutora de stress, vivenciando-se momentos de incerteza, medo, ansiedade e desespero, no acompanhamento de um familiar em situação crítica de vida e/ou a morte eminente. A autonomia e a responsabilidade são consideradas por Bradshaw (1997) como pilares fundamentais para a profissão. O Enfermeiro ao realizar um curso de especialização, está a assumir a responsabilidade na manutenção e aquisição de competências nessa área. Considero que no domínio dos Cuidados Intensivos os enfermeiros possuem um vasto campo de aplicação de modelos conceptuais orientados para a fiabilidade, o conforto da Pessoa e o apoio emocional à família. Encaro a humanização e personalização dos cuidados à Pessoa com situação crítica, como a minha principal abordagem como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica, desenvolvendo competências que possibilitem uma aprendizagem ao longo do meu percurso profissional de um modo autónomo.

Este capítulo aborda o estágio creditado, reconhecendo a minha experiência profissional na área dos Cuidados Intensivos. Inspirado por Benner (2001), realizei uma análise segundo os domínios do conhecimento prático referidos pela autora como, a hierarquização das diferenças qualitativas, os significados comuns, as suposições, expectativas e comportamentos tipo, os casos padrão e os conhecimentos pessoais, as máximas e as práticas não planeadas. Escolhi esta abordagem, pois a autora refere que este tipo de conhecimento é adquirido com o tempo e muitas vezes os profissionais não o reconhecem, sendo necessário estabelecer estratégias para que essa capacidade de saber fazer resulte na aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências específicas.

O desempenho de funções numa UCI durante oito anos, foi condição para atribuição da respetiva creditação, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, artigo 45 alínea c). Considero que, desta forma, é reconhecido ao profissional um determinado

nível de experiência que dispensa a realização de um módulo prático nesta área específica. No entanto, julgo que o número de anos de experiência em determinada área não é sinónimo de aquisição de um determinado perfil que justifique esta creditação.

Segundo Benner (2001), a dimensão temporal é responsável pela aquisição do conhecimento prático, através de estratégias adequadas de transformação do saber fazer em conhecimento. Desta forma, é importante clarificar o conceito de experiência, que segundo esta autora não deve ser apenas sinónimo de um percurso temporal. Nesta perspetiva, é a aquisição de competências numa determinada área que confere o reconhecimento do profissional como uma entidade de referência. Gobet & Chassy, (2008) na análise que fazem da teoria desenvolvida por Benner, entendem como limitação a atribuição do grau de perito apenas em função do número de anos de atividade profissional e da opinião da supervisão de Enfermagem. As competências do Enfermeiro perito, não podem ser avaliadas simplesmente através das medidas quantitativas e do desempenho, sendo necessária a avaliação segundo uma perspetiva de interpretação da prestação de cuidados de enfermagem ou implementação de medidas qualitativas de desempenho. (Benner, 2001)

Analisando as competências definidas no Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional da UCP- ICS/ESPS (2009), enquadradas nos domínios que referenciei acima, relativamente à hierarquização das diferenças qualitativas, na demonstração de um nível de conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados na área dos Cuidados Intensivos, a fase inicial do desempenho em Cuidados Intensivos caracteriza-se segundo Benner (2001), na procura de uma aprendizagem enquadrada na tecnologia utilizada. O ambiente tecnológico dos Cuidados Intensivos faz dirigir o foco de atenção do profissional para a capacidade de lidar com estes instrumentos, remetendo para segundo plano a relação com a Pessoa. De facto, consigo neste momento estabelecer a minha orientação para a pessoa, no entanto reconheço que no período inicial da prestação de cuidados na UCI a minha focalização se direccionou para a capacidade de trabalhar com os equipamentos tecnológicos sofisticados e na aquisição de conhecimentos teóricos para o desenvolvimento de competências para atuação em situações de doença crítica.

A minha perspetiva de percurso profissional enquadra-se no modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus, aplicado à Enfermagem por Benner (2001). Efetivamente neste modelo, a experiência profissional deve ser encarada como

uma evolução ou aquisição de novas competências. A capacidade de analisar as situações numa outra perspetiva mais abrangente, caracteriza o profissional experiente na área dos Cuidados Intensivos. Esta competência é atingida através da vivência de múltiplas experiências, indutoras de momentos de aprendizagem, representando modelos para comparação com outras situações semelhantes. Estas experiências, segundo Benner (2001) são indutoras do desenvolvimento de uma capacidade intuitiva, característica presente no Enfermeiro considerado perito. Lyneham, Parkinson e Denholm (2008) na análise do conceito de perito e o papel da intuição dos enfermeiros em situação crítica, enquadram o desenvolvimento ordenado deste comportamento, através da aquisição de conhecimento, experiência, ligação, perceção, sincretismo e confiança. Lyneham, Parkinson e Denholm (2008) estabelecem três fases de experiência de um perito, a fase da intuição cognitiva, a da intuição transaccional e por fim a da intuição integrada. Segundo os autores, esta última fase ocorre quando existe plena confiança no conhecimento baseado na experiência.

A minha experiência em Cuidados Intensivos permite-me a aplicação dos meus conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados multidisciplinares. Integrando esta competência na perspetiva de Benner (2001), para além do conhecimento teórico, o Enfermeiro experiente adquire um determinado nível de conhecimentos clínicos que lhe permite analisar as situações paradigmáticas da experiência em situações anteriores. Segundo a autora, ao longo do percurso profissional os enfermeiros adquirem comportamentos, atitudes e significados comuns entre si, destinados a responder às situações de elevada complexidade. A minha experiência fez-me entender esta elevada complexidade não no domínio do estado clínico da Pessoa e dos recursos a ser utilizados para a resolução da situação de ameaça de vida, mas no momento de crise em que a Pessoa e a Família se encontram, num estado de choque absoluto sem capacidade de mobilizar a sua capacidade interior de enfrentar estas situações, possuindo como desafio a resposta a estas necessidades.

A minha atuação específica desenvolve-se de forma sistematizada e orientada para a resolução dos problemas identificados, procurando estratégias de intervenção que reflitam um pensamento crítico sobre os cuidados prestados. Enquadro o meu processo de decisão nas conclusões de Aitken (2003) sobre a análise das estratégias de decisão do Enfermeiro de no cuidado a Pessoas em situação crítica, segundo a qual estabelece

como característica particular dos enfermeiros experientes nesta área a quantidade de informação que é mobilizada no processo de tomada de decisão, evitando a rigidez na atribuição de uma determinada característica a apenas um determinado conceito. Segundo a autora, o processo de decisão envolve a utilização de vários conceitos para validar ou negar determinada hipótese e a constante análise das hipóteses para orientar a definição de novos conceitos e a ausência de um processo de decisão concreto e racional. A conjugação da múltipla informação com o estado crítico de saúde, limitando o tempo de decisão e as variáveis que influenciam a decisão, confere um elevado grau de complexidade a este processo. Benner (2001) refere que o enfermeiro, ao longo da sua experiência profissional desenvolve um determinado conhecimento clínico, resultando da combinação do conhecimento prático simples e do conhecimento teórico bruto. Como referenciei anteriormente, é com base nas experiências anteriores que o perito consegue orientar a sua perceção, atuando de forma a integrar conhecimentos, lidar com as questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos de valor em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo como é estabelecido nas competências definidas pela escola, as reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou que os condicionem.

O processo de decisão está inserido num contexto multidisciplinar, e a prestação de cuidados nesta área é na sua maioria interdependente, com ações que se confundem com as competências médicas. Em ambos os processos é necessário o estabelecimento de uma relação de confiança profissional. Quando iniciei funções em Cuidados Intensivos, fui encarado pela equipa médica numa perspetiva definida por Benner (2001) de desconfiança total. Ao longo do meu percurso profissional, através da aquisição de experiência e conhecimento clínico, fui reconhecido pela equipa multidisciplinar e considerado uma referência no desempenho em Cuidados Intensivos, orientando vários alunos da Licenciatura em Enfermagem e da Especialidade Médico – Cirúrgica, integrando vários enfermeiros na UCI, exercendo funções de chefe de equipa há seis anos, assegurando a coordenação da equipa de Enfermagem e a supervisão das Assistentes Operacionais e substituindo a Enfermeira Chefe quando necessário. Este ano iniciei com a coordenação do responsável clínico pela UCI um programa de integração de alunos de medicina, no internato geral. Realizando uma semana de acompanhamento com um Enfermeiro, com os objetivos de perceber o trabalho da

equipa de Enfermagem na sala de risco, definir prioridades na abordagem à Pessoa em situação crítica, compreender o conceito de abordagem multidisciplinar à Pessoa com doença crítica, facilitar a integração na equipa multidisciplinar, perceber a importância das estratégias de controlo da infeção hospitalar e promover a humanização na prestação de cuidados médicos na UCI.

O enfermeiro perito, em determinada área, enquadra a sua atuação em suposições, expectativas e comportamentos tipo, que alteram a forma como a situação é percebida e descrita. (Benner, 2001) Desta forma, consigo transmitir as minhas conclusões, e os conhecimentos e reflexões a elas relacionadas, de uma forma compreensível, a especialistas e não especialistas. Nasciento & Trentini (2004), num artigo onde pretendem contribuir para a reflexão sobre a prestação de cuidados de enfermagem em UCI segundo a Teoria Humanista de Paterson e Zderad, que perspetiva um cuidar assente no diálogo entre o profissional, a Pessoa e a Família, referem que a prática em os Cuidados Intensivos é dominada pelo modelo biomédico, no entanto as autoras afirmam que os cuidados de enfermagem não podem desprezar a perspetiva da relação e humanização. Silva (2007) afirma que a Enfermagem tem evoluído de uma lógica de execução técnica, para uma perspetiva mais conceptual, no entanto reconhece a dificuldade em impor os modelos resultantes do desenvolvimento disciplinar da profissão. Considero que na área dos Cuidados Intensivos os enfermeiros possuem um vasto campo de aplicação de modelos conceptuais orientados para a fiabilidade, o conforto da Pessoa e o apoio emocional à Família.

O internamento em UCI é uma situação disruptiva no contexto da vida familiar, indutora de stress, vivenciando-se momentos de incerteza, medo, ansiedade e desespero, no acompanhamento de um familiar em situação crítica de vida e a morte eminente. Cutcliffe & Herth (2002) referem um modelo de inspiração de Esperança para famílias de Pessoas em estado crítico proposto por Miller, com o qual a autora pretende a manutenção da Esperança nos familiares, produzindo um impacto direto no estado de saúde do familiar com doença crítica. Na área dos cuidados críticos, torna-se importante aceitar a família como um importante parceiro nos cuidados, com o conceito da Esperança a possuir uma relevância fundamental. Como é estabelecido pela OE na publicação “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, a integração da família no processo de cuidados garante a otimização das intervenções de Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2002) No exercício profissional inserido no contexto

multiprofissional o Enfermeiro no exercício de intervenções autónomas assume a responsabilidade pela prescrição e implementação das técnicas de intervenção. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista deve procurar identificar os níveis de Esperança da Família, implementando estratégias validadas para mantê-la e eventualmente fortalecê-la, envolvendo o resto da equipa e avaliando os resultados da intervenção na equipa. Neste processo de tomada de decisão e implementação das estratégias de ação no caso descrito, procuro incorporar na prática de cuidados os resultados da investigação neste domínio, desenvolvendo um guia orientador da promoção e manutenção da Esperança em Cuidados Intensivos baseado na evidência empírica, para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional da Enfermagem. Nos cuidados prestados na UCI, a componente relacional é muitas vezes encarada em segundo plano, com o Cuidar a possuir um carácter fortemente técnico. Vieira (2008) faz referência à categoria de Enfermeiro Especialista, especificando que a prestação de cuidados de enfermagem necessita de um nível aprofundado de conhecimentos e aptidões, para atuar especificamente junto da Pessoa e Família em situações de crise ou risco.

Após iniciar a frequência deste Mestrado, encarei uma necessidade de reorientar a minha prestação de cuidados, estabelecida numa perspetiva biomédica. Numa atitude mais abrangente, tenho vindo a focalizar-me no conforto da pessoa internada na UCI. Como podemos minimizar este impacto na pessoa e família, é a pergunta à qual pretendo dar resposta como elemento pertencente à equipa no desenvolvimento de um projeto para definição de estratégias de promoção do conforto na UCI. Como elemento dinamizador. Identifiquei, com os meus colegas, a necessidade de uma atuação nesta área e orientei o seu desenvolvimento na perspetiva da Teoria do Conforto de Kolkaba. A autora define o Conforto como uma experiência imediata, com necessidade de reforço através de alívio e bem – estar enquadrados nos contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental. (Kolkaba, 2001) Os cuidados de enfermagem têm como objetivo a resposta às necessidades de conforto da pessoa, neste caso com uma ameaça crítica ao seu bem-estar e saúde, inserido num ambiente como o de uma UCI. Este ambiente é caracterizado pela elevada tecnologia e reduzidas condições para proporcionar um ambiente de promoção de conforto à Pessoa e Família. Encaro a humanização e personalização dos cuidados à Pessoa com doença crítica, como a minha principal abordagem como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico –

Cirúrgica, desenvolvendo competências que possibilitem uma aprendizagem ao longo do meu percurso profissional de um modo autónomo.

As práticas não planeadas são, segundo Benner (2001), a capacidade de o Enfermeiro atuar em autonomia em alguns domínios que transcendem a sua área de atuação, como o desmame de fármacos vasoativos e antiarrítmicos. A minha perceção vai para além desta perspetiva, com a capacidade de adaptação a situações novas por parte dos profissionais de Enfermagem em UCI. O enfermeiro perito possui uma maior capacidade de se adaptar a situações menos comuns ou mesmo inéditas. (Benner, 2001) Nos Cuidados Intensivos preconiza-se a existência de todos os recursos físicos e humanos necessários para salvaguardar a vida humana. Numa enfermaria, o estado clínico das pessoas internadas é geralmente menos crítico, no entanto o espectro de variação do estado clínico é maior, com a necessidade em caso de agudização da mobilização de recursos, ainda mais limitados em função do número de pessoas. Considero que numa enfermaria o profissional desenvolve melhor a capacidade de adaptação e flexibilidade, refletindo-se posteriormente no seu desempenho em Cuidados Intensivos. Esta minha perspetiva é baseada na minha experiência profissional, no entanto não passa de uma perceção sem qualquer tipo de validade científica, ficando aqui a ideia da mobilização da resiliência dos enfermeiros, consoante as características dos serviços onde desempenham funções.

A autonomia e a responsabilidade são consideradas pilares fundamentais para a profissão. (Bradshaw, 1997) O Enfermeiro ao realizar um curso de especialização, está a assumir a responsabilidade na manutenção e aquisição de competências. Durante este período em que decorreu o módulo que foi creditado, tive como experiência a orientação em estágio de uma colega da Especialidade Médico – Cirúrgica a realizar o estágio em Cuidados Intensivos. A minha orientação e supervisão no decurso deste estágio tiveram como objetivo, que o estudante desenvolvesse competências neste domínio. Identificámos em conjunto algumas das necessidades de formação em serviço, estimulando o desenvolvimento de um projeto de estágio para as colmatar, abordando uma temática da prevenção da infeção da ferida cirúrgica e os cuidados de enfermagem à Pessoa com colostomia, na qual o profissional é reconhecidamente competente, garantindo um forte contributo para a melhoria dos cuidados prestados nesse âmbito. Na área de Cuidados Intensivos, o desenvolvimento de competências passa por múltiplos aspetos, que em oito semanas de estágio se tornam difíceis de adquirir. No entanto, a

minha atuação na supervisão passou pelo treino no estabelecimento de prioridades e humanização dos cuidados prestados na UCI, promovendo simulações de atuação em caso de situações de doença crítica súbita e no acompanhamento do doente e família, estimulando a existência de objetos pessoais, à semelhança da enfermaria de cirurgia de onde provêm as Pessoas e onde a estudante desempenhava funções. A capacidade de orientação está relacionada com os conhecimentos e capacidades do tutor, sem que estes sejam avaliados antecipadamente. (Bradshaw, 1998) Classifico de igual importância o meu conhecimento e as minhas habilidades nesta área, como fatores determinantes para uma orientação, no entanto creio que não basta. Torna-se fundamental desenvolver estratégias de aprendizagem que promovam uma rápida aquisição de competências. A orientação de alunos da Especialidade Médico – Cirúrgica constitui um desafio para a constante atualização de conhecimentos e aperfeiçoamento de competências, desta forma, desenvolvo estratégias que me possibilita a aprendizagem, durante o meu percurso profissional, numa perspetiva autónoma.

Durante este período destaco a minha participação nas I Jornadas Internacionais de Enfermagem Médico - Cirúrgica organizadas pela Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus: Universidade de Évora. Apenas tive oportunidade de estar presente no primeiro dia, destacando a conferência sobre o tema Formação Especializada em Enfermagem Médico - Cirúrgica: Da Formação Inicial à Formação Especializada feita pelo Prof. João Silva. Nesta conferência tive a oportunidade de conferir alguns aspetos relevantes para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem como ciência, com grande relevo para a contextualização na criação da especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica. É fundamental que todos os Enfermeiros Especialistas assumam o seu papel não numa perspetiva de desenvolvimento de carreira, mas sim no desenvolvimento de novas competências. Considero que o Enfermeiro Especialista deve ser um agente de mudança de mentalidades pré - existentes, identificando os problemas e estabelecendo a estratégia adequada para a prossecução do plano de ação estabelecido.

Na UCI a assistência hospitalar a Pessoas em situação crítica, recorre a tecnologias modernas e sofisticadas, exigindo profissionais de saúde especializados nesta área. Porém, todo este ambiente e equipamento podem tornar a relação Pessoa/Enfermeiro/Família mais distante. Cabe ao enfermeiro estar atento, prestar auxílio, estabelecer uma relação, fundamentalmente colocar as suas competências profissionais ao serviço das Pessoas, exigindo um compromisso para com o outro,

disponibilidade, tolerância e confiança. No cuidar para além da vontade é necessário adquirir determinados conhecimentos específicos e desenvolver determinadas competências. (Vieira, 2009)

Capítulo 2. Módulo III – Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar

Resumo

A prática dos cuidados de enfermagem é determinante para a Pessoa e Família, no seu processo de doença. As IACS podem ser assumidas como uma consequência direta da prestação de Enfermeiros e outros grupos profissionais. Os indicadores são, cada vez mais, fundamentais na prática da Enfermagem avançada, devido a uma grande aposta em avaliar os resultados da ação na Pessoa e Família (Kleinpell, 2009). O impacto dos cuidados, na Pessoa e Família, é avaliado através de *outcomes*, medindo a eficácia e identificando áreas de potencial melhoria, estabelecendo uma orientação importante para as decisões terapêuticas (Davies, et al., 1994). As *Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter – Related Infections* publicadas em 2011 pelo CDC, estabelecem a importância da formação dos profissionais de saúde relativamente às indicações para a colocação de um cateter, os procedimentos de inserção e manutenção e medidas para a prevenção da INCS, com a definição de *guidelines* e frequente avaliação da adesão dos profissionais às práticas recomendadas (O'Grady, et al., 2011). Integrado na CCI, estabeleci no meu projeto de estágio o desenvolvimento de estratégias para a promoção da prevenção da INCS, através da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em EMC, identificando problemas que produzem efeito direto na prestação de cuidados, neste caso à Pessoa no contexto do Controlo de Infecção, o que pode ser considerado como um indicador relevante da qualidade dos cuidados prestados.

O PNCI publicado pela DGS em março de 2007 determina em Portugal o conceito da IACS, caracterizando como a infecção adquirida pelas Pessoas na consequência da prestação de cuidados e realização de procedimentos, podendo afetar também os profissionais de saúde. O relatório “*To Err Is Human – Building a Safer Health System*” publicado pelo *Institute of Medicine* em 1999, estabelece que os erros na prática de atos de saúde, a nível hospitalar, representavam a oitava causa de morte nos E.U.A. Para além da dimensão da perda de vida, estes erros produzem avultados custos económicos relacionados com a morbilidade e mortalidade, representando custos elevados a nível da prestação de cuidados saúde, reabilitação e perda de produtividade laboral, bem como custos de oportunidade resultantes de todo o investimento que não é possível realizar com o consumo destes recursos económicos. (Kohn, et al., 2001) Esta publicação representou um marco histórico na promoção da segurança da Pessoa, motivando numa mudança organizacional nas instituições de saúde, tendo em vista a alteração de atitudes e comportamentos por parte dos profissionais de saúde e a prevenção de acontecimentos inesperados para a Pessoa.

A perspectiva da prevenção da infecção foi desde Nightingale (1860) considerada como um fator determinante para a recuperação da Pessoa. Desde essa época se considerava relevante as referências à limpeza, arejamento no sentido da prevenção da infecção, a importância da limpeza da pele, o que veio a estabelecer uma orientação para a prática de Enfermagem preventiva. Na atualidade as IACS assumem uma grande relevância, com o PNCI a revelar que estudos internacionais que estabelecem que um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis. A OMS através da *World Alliance for Patient Safety* determinou um combate às IACS com a mensagem preliminar de *Clean Care is Safe Care*. A perspectiva de segurança da Pessoa é assumida pelo DGS que determina a criação de CCI em todas as unidades de saúde (Direção-Geral de Saúde, 2007). A Circular Normativa N.º 18/DSQC/DSC de 15/10/2007 estabelece a criação de CCI com a atribuição de funções de vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes, consultadoria e apoio técnico. São definidos quatro grupos que compõem a CCI, o executivo, o de apoio técnico, o consultivo e um grupo de elos de ligação com os serviços (Direção-Geral de Saúde, 2007). A CCI do CHLN – HPV funciona como um pólo integrado na CCI do CHLN e é constituída por duas enfermeiras em permanência (uma enfermeira chefe, uma enfermeira graduada) e uma Assistente Técnica e quatro Médicos de diferentes especialidades a tempo parcial.

No projeto para este estágio, não estabeleci como objetivo principal a compreensão do funcionamento de uma CCI, porque o considero inerente à prática que iria realizar, no entanto, reconheço que a forma como entendia o funcionamento da CCI é bem diferente da realidade, sobretudo na área da vigilância epidemiológica e do apoio direto aos serviços a nível de consultadoria. O Enfermeiro da CCI deve reunir várias competências. O desempenho deste profissional é de grande relevância para a Pessoa, mas não implica o estabelecimento de uma relação direta ela. A importância do desenvolvimento de competências na área da comunicação na prestação de cuidados à Pessoa é fundamental no entanto, o Enfermeiro integrado na CCI pese embora a sua atuação não seja diretamente com a Pessoa, necessita de desenvolver competências na comunicação interpessoal e interdisciplinar, fundamentais para um adequado desempenho no terreno.

Na minha formação inicial e ao longo destes anos de atividade profissional não evidenciei a atividade direta da CCI nos serviços, sobretudo na interligação com os elementos dinamizadores ou de ligação. É de salientar, que este pólo estabelece a dinamização entre pares, enquadrando Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e outros Técnicos de Saúde. Considero o papel do elo de ligação fundamental para a continuidade do processo de vigilância epidemiológica e atuação na perspetiva de controlo e monitorização das infeções originadas por microrganismos multirresistentes. Este elemento deve possuir competências que permitam desempenhar um papel ativo na vigilância epidemiológica, comunicando resultados e estratégias de atuação a adotar por parte de toda a equipa, estabelecendo momentos de formação e informação, motivando os elementos na adoção das práticas adequadas tendo em vista a segurança das Pessoas em situação de doença. Os elementos devem adquirir conhecimentos específicos nessa área, desenvolvendo uma capacidade crítica que permita analisar as práticas existentes no serviço, desencadear processos de mudança estrutural e comportamental e desenvolver investigação baseada na evidência. Estas características enquadram-se no perfil de competências do Enfermeiro Especialista, que na minha opinião, deve assumir a responsabilidade como elemento dinamizador na área do controlo de infeção.

As unidades hospitalares enfrentam novas realidades, motivadas pela disseminação de alguns destes micro-organismos multirresistentes pela comunidade. Os lares e as unidades de cuidados continuados representam uma forte ameaça, com o vetor de transmissão destes micro-organismos a mudar a sua orientação, constatando-se vários indivíduos oriundos dessas instituições com colonização positiva de MRSA. O Relatório do Inquérito de Prevalência da Infeção de 2010 identificou uma prevalência de infeção na comunidade de 22,5%, observando-se uma prevalência superior em Pessoas provenientes de Lares e Unidades de Cuidados Continuados Integrados (Pina, et al., 2010). A maior preocupação passa por estabelecer de forma precoce e preventiva, medidas de proteção barreira que impeçam a transmissão para outros indivíduos através da ação dos profissionais de saúde. A CCI e os responsáveis dos serviços enfrentam fortes obstáculos para interromper a cadeia de transmissão, com as Pessoas provenientes destas instituições a serem consideradas com potencial risco.

Relativamente à adesão dos diferentes grupos profissionais, na utilização de medidas de proteção barreira, surgem questões éticas relacionadas com a identificação de Pessoas portadoras de microrganismos multirresistentes. Esta questão foi colocada à Comissão

de Ética do Centro Hospitalar, no entanto motivou a minha reflexão sobre o assunto, pois considero um grave problema com que se deparam as instituições de saúde. Enquadro a minha análise no modelo do Princípio de Beuchamp e Childress. Estes autores distinguem o Princípio da Não – Maleficência do Princípio da Beneficência. As obrigações negativas do primeiro Princípio que não permitem que causemos algum dano, são distintas das imposições positivas do segundo princípio. A Beneficência exige a execução de atos positivos para promover o bem-estar e a realização do outro. Na análise comparativa entre as normas morais, na Não - Maleficência elas representam obrigações negativas, de obediência imparcial passíveis de ser sancionadas pela lei, ao passo que as de Beneficência obrigam a ações positivas, sendo a sua prática opcional na maioria das situações e raras as ocasiões onde a sua desobediência é passível de ser sancionada pela lei (Ferrer, et al., 2003). Numa enfermaria com seis camas, identificar uma Pessoa com uma sinalética que permita que outros profissionais de saúde utilizem de forma rigorosa as medidas de proteção barreira, pode ser considerado um desrespeito com a privacidade dessa Pessoa emotivo de discriminação. No entanto existem outras cinco Pessoas que correm o risco de ser lesadas se essas medidas de proteção barreira não forem utilizadas corretamente. A importância das medidas de proteção barreira e isolamento chocam com as questões éticas não menos importantes, pelo que urge a definição de que princípio deve prevalecer, para uma eficaz interrupção da cadeia de transmissão.

A adesão à higienização das mãos nos “cinco momentos” determinada pela Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde Circular Normativa N.º 13/DSQC/DSC de 14/06/2010, baseada nas *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care* da *World Alliance for Patient Safety* da OMS, é monitorizada através da Campanha Nacional da Higiene das Mãos (Direção-Geral de Saúde, 2010). Os resultados nacionais da Campanha Nacional da Higiene das Mão revelam uma adesão na avaliação de diagnóstico de 46% e de 65% na avaliação de seguimentos. O relatório revela uma insuficiente adesão de determinadas classes profissionais, como a classe médica, com uma taxa de adesão de 53%. Relativamente aos “cinco momentos”, a taxa de adesão antes do contacto com a Pessoa é de 56%, com a preocupação a recair no momento após o contacto com a Pessoa com taxas de adesão de 75% (Costa, et al., 2010). O trabalho realizado ao longo do estágio, também foi enquadrado na Campanha

de 2011, com os registos de observação a poderem ser validados na plataforma da Direção Geral de Saúde.

A prática dos cuidados de enfermagem é determinante para a Pessoa e Família, no seu processo de saúde e doença. As IACS podem ser assumidas como uma consequência direta da prestação de Enfermeiros e outros grupos profissionais. A diferenciação dos cuidados, a multiplicidade de técnicas invasivas, a disseminação de recursos para Pessoas com doença crítica e o prolongamento da sobrevivência das Pessoas, veio determinar um maior risco. A OMS, em 2005, estabelece que uma em cada quatro pessoas submetidas a internamento na UCI possui um risco elevado de desenvolver uma IACS, identificando em 55 hospitais de 14 países um risco elevado de desenvolver IACS em 8,7% dos doentes (Direção-Geral de Saúde, 2007). Os indicadores são, cada vez mais, fundamentais na prática da Enfermagem avançada, devido a uma grande aposta em avaliar os resultados da ação na Pessoa e Família (Kleinpell, 2009). O impacto dos cuidados na Pessoa e Família é avaliado através de *outcomes*, medindo a eficácia e identificando áreas de potencial melhoria, estabelecendo uma orientação importante para as decisões terapêuticas (Davies, et al., 1994).

Integrado na CCI, estabeleci no meu projeto de estágio o desenvolvimento de estratégias que promovam a prevenção a INCS, através da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em EMC. A INCS caracteriza-se por ser sistémica, não estando presente ou em incubação no momento da admissão da Pessoa na Unidade de Saúde, sendo confirmada a nível laboratorial e classificada de acordo com a sua origem e em conformidade com os critérios estabelecidos no Protocolo de Vigilância Epidemiológica da INCS (Direção-Geral de Saúde, 2010). Em 2002, nos EUA, foram documentadas 1,7 milhões de IACS, conduzindo ao aumento do tempo de internamento e consequente aumento da morbidade e mortalidade, identificando-se que INCS estava relacionada com 31000 mortes anuais (Klevens, et al., 2007). Para além das repercussões humanas descritas, a nível económico a INCS representou um custo acrescido de 180000 USD (Perencevich, et al., 2007). Com o objetivo de melhorar o *outcome* na Pessoa e reduzir os custos dos cuidados de saúde foram definidas medidas para a redução da incidência da INCS. Estas medidas possuem um enquadramento multidisciplinar, envolvendo os profissionais que inserem e os que utilizam e fazem a manutenção do cateter. O objetivo principal é erradicar a INCS, no entanto novas medidas estão a ser implementadas com o intuito de, nesta fase, reduzir significativamente a incidência de INCS (O'Grady, et al.,

2011). Dados da Vigilância Epidemiológica em Portugal em 2002 revelaram 7,1 INCS por mil doentes admitidos, com a sua maior incidência a verificar-se nas UCI. Relativamente às origens prováveis das INCS, 77,8% foram consideradas primárias, das quais 19,3% relacionadas diretamente com o cateter intravascular central. Verificou-se um aumento da demora média de internamento nos doentes com INCS, necessitando de 25,3 dias de internamento em média relativamente à média global dos outros doentes de 8,9 dias. Os microrganismos isolados com maior frequência foram *Staphylococcus aureus* (23,4%), *S. coagulase negativo* (18,2%), *Escherichia coli* (12,7%) e *Pseudomonas aeruginosa* (9,6%). Relativamente ao *Staphylococcus aureus* cerca de metade (49,5%) eram resistentes à meticilina (Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006).

As *Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter – Related Infections* publicadas em 2011 pelo CDC, estabelecem a importância da formação dos profissionais de saúde relativamente às indicações para a colocação de um cateter, os procedimentos de inserção e manutenção e medidas para a prevenção da INCS, com a definição de *guidelines* e frequente avaliação da aderência dos profissionais às práticas recomendadas (O'Grady, et al., 2011). A formação dos profissionais, a criação de um carro com o material para colocação de cateter, a interrogação diária por parte dos profissionais, sobre a necessidade de manter o cateter, a implementação de uma lista de verificação para assegurar a aderência às práticas recomendadas e o reforço aos enfermeiros para a interrupção da técnica no caso de a assepsia ser quebrada, fez reduzir significativamente as infeções relacionadas com o cateter (Berenholtz, et al., 2004). A implementação de procedimentos chave como a higienização das mãos, a utilização de todos os equipamentos de proteção barreira, a desinfeção da pele com solução alcoólica de clorhexidina a 2%, a utilização da localização femoral como última alternativa e a remoção imediata de cateteres sem justificação para permanecer fez diminuir a incidência de infeção relacionada com o cateter em 66% (Pronovost, et al., 2006). As orientações denominadas *bundles*, estabelecem as intervenções com impacto mais relevante na prevenção da INCS. A *bundle* não garante a redução da incidência de infeção relacionada com o cateter, pois está sempre dependente da sua adesão por parte dos profissionais de saúde, no entanto existem estudos que estabelecem uma redução da incidência da infeção com a implementação de *bundles* de colocação e manutenção de cateter (Furuya, et al., 2011). Numa análise comparativa de custo – eficácia entre a

implementação de uma *bundle* e a utilização de outros dispositivos de prevenção da infecção relacionada com o cateter, como os cateteres impregnados em substância antimicrobiana, identificou-se uma melhor relação na implementação da *bundle*, mesmo considerando o tempo dedicado a execução, formação, monitorização da aderência e vigilância (Halton, et al., 2010).

A minha ação tendo em vista a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista foi dirigida à identificação de problemas que produzem efeito direto na prestação de cuidados, neste caso à pessoa no contexto do Controlo de Infecção, podendo ser considerado como um indicador relevante da qualidade dos cuidados prestados. A minha experiência profissional em Cuidados Intensivos descrita anteriormente, levou-me a refletir sobre os problemas relacionados com a prática de cuidados no âmbito da colocação e manutenção do cateter venoso central e identificar algumas lacunas que podem ser colmatadas com um processo de certificação da colocação do dispositivo e formação e vigilância adequada da manutenção. A atividade principal de estágio proposta pela Enfermeira Chefe da CCI do CHLN – HPV, foi a elaboração de uma lista de verificação para a colocação de cateter. A evidência não demonstra uma elevada taxa de infecção relacionada com o cateter no SMI-UCIP-HPV-CHLN. O ponto de partida deste projeto foi o levantamento feito junto do responsável médico do SMI-UCIP-HPV-CHLN e da Enfermeira Chefe da CCI, que afirmaram a necessidade de uniformizar procedimentos na colocação e manutenção do CVC.

Para isso procurei enquadrar essa atividade nos projetos nacionais e internacionais já existentes e desenvolver conhecimentos teóricos na área, para a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas e científicas. A nível internacional a APIC, em 2006 estabelece uma estratégia de prevenção da INCS com o objetivo de reduzir a zero as IACS, considerando o impacto destas situações na Pessoa e Família (APIC, www.apic.org). Em 2008, o IHI estabelece o “5 Million Lives Campaign” com o objetivo de prevenir a ICS através da implementação dos 5 fatores determinantes da *bundle* de colocação do CVC (5 Million Lives Campaign, www.ihl.org). Foi com base nestes fatores, que após a análise *Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter – Related Infections* de 2011 referenciadas anteriormente, em conjunto com a Norma de boas práticas na prevenção e no controlo das IACS - Recomendações para a prevenção da infecção relacionada com cateteres vasculares publicado pela instituição em 2008, procurei compreender as alterações significativas a nível de recomendações que o CDC

propunha. Posteriormente, analisei a concordância das Normas publicadas em 2008 pela instituição com o documento de 2011 do CDC. Este último não vem trazer grandes alterações em relação ao anterior documento, no entanto é dada ênfase aos fatores referidos anteriormente, estabelecendo recomendações específicas para higienização das mãos, utilização de medidas de barreira para proteção máxima, desinfecção da pele com a solução alcoólica de clorhexidina a 2%, escolha preferencial da localização do cateter e verificação diária da necessidade do acesso vascular central. É de salientar a importância que as orientações estabelecem, para a formação e treino dos profissionais envolvidos na colocação e manutenção de cateteres, monitorização de resultados e frequentes avaliações da adesão às orientações. Relativamente à norma publicada pela instituição, as diferenças verificam-se na alteração das categorias de recomendação, não existindo na maioria dos casos estudos recentes que suportem orientações determinadas anteriormente. Em reunião com a equipa de Enfermagem da CCI concluiu-se não ser prioritário desencadear o processo de revisão da respetiva norma.

O percurso de estágio ficou definido com a construção dos instrumentos de registo da observação da colocação e manutenção do CVC, validação do instrumento pela CCI e pelos responsáveis do SMI-UCIP-HPV-CHLN, observações diretas do processo de colocação do CVC e cuidados de enfermagem à Pessoa com CVC, análise dos resultados, apresentação dos resultados à equipa e reflexão sobre comportamentos chave e definição de uma estratégia para uniformização dos cuidados de enfermagem prestados à Pessoa com CVC. Neste percurso tive a oportunidade de adquirir e desenvolver várias competências no âmbito da EMC. O processo de construção dos instrumentos de registo de observação foi antecedido por uma intensa pesquisa de fundamentação teórica e análise de outros documentos existentes para o efeito em instituições internacionais como o *Johns Hopkins Hospitals*. O registo de observação da colocação de CVC desenvolvido¹, incluiu como fatores chave a avaliar, a caracterização do procedimento, o tipo cateter e localização, o nível de experiência do executante, a preparação do material, a higienização das mãos, a preparação e desinfecção do local de inserção, a utilização de EPI's, a manutenção da técnica asséptica, a fixação do cateter e a realização do penso do local de inserção. O registo de observação dos cuidados de enfermagem à Pessoa com CVC² possuía como fatores determinantes para análise, a validação diária da necessidade de manter o CVC, a verificação da integridade e a

¹ Apêndice n.º 1

² Apêndice n.º 2

periodicidade da mudança do penso de proteção, a higienização das mãos, a realização do penso com técnica asséptica, a descontaminação dos locais de inserção para administração de fluidos e a verificação da mudança periódica de sistemas de administração de fluidos.

Procurei integrar o Enfermeiro com funções de elo de ligação com a CCI, o responsável médico, a enfermeira chefe e o infeciologista clínico que exerce funções no serviço e pertence à CCI. Estes instrumentos foram posteriormente, apresentados aos elementos da CCI do pólo do HSM que tiveram oportunidade de expressar a sua opinião. Este processo foi coordenado pela equipa de enfermagem da CCI e permitiu numa articulação multidisciplinar e interdisciplinar validar os instrumentos de observação. Neste processo validação foi fundamental o aprofundamento de conhecimentos nesta área, pois a tudo o que foi questionado foi necessário dar resposta fundamentadas. O processo de tomada de decisão relativamente aos fatores chave de ambos os registos de observação, foi suportado por fundamentação baseada na evidência científica.

A perspetiva da construção da folha de registo de observação teve como base a sua utilização no processo de observação, mas também a definição de instrumento que oriente o processo de colocação do CVC e uniformizando o processo de cuidar a Pessoa com CVC. Desta forma, o registo de observação da colocação de CVC tem disponíveis itens informativos, que permitem rapidamente aceder a informação pertinente neste âmbito, bem como proceder a uma verificação de todo o material necessário para a realização da técnica. A articulação com o enfermeiro, elo de ligação, permitiu garantir uma continuidade do processo. A criação destes instrumentos permite uma investigação baseada na evidência, procurando nesta fase evidenciar áreas de intervenção a nível do processo de cuidar e posteriormente avaliar os cuidados prestados ao à Pessoa com CVC.

Para a observação no terreno foram estabelecidas duas estratégias distintas. Em ambas foi informada a equipa das observações e do seu âmbito. Relativamente à observação dos procedimentos de colocação de CVC, pelo facto de não ser previsível o momento da colocação, foi combinado o contacto prévio para se proceder à observação. Para a observação do processo de cuidar a Pessoa com CVC, foram estipulados dias e horários de observação, de forma a garantir um número suficiente de observações da maioria dos profissionais de Enfermagem. A primeira estratégia dependia das oportunidades de observação, desta forma foi uma reconhecida limitação, pois não existiram ocorrências

que pudessem ser observadas no período de tempo determinado. Perante este imprevisto, tive a oportunidade de refletir sobre a continuidade do processo e de forma autónoma estabeleci uma nova orientação. Enquadrado na temática, procurei desenvolver competências na área dos conectores, da qual abordarei mais adiante. Esta iniciativa foi discutida com as orientadoras, que concordou com a nova abordagem no processo.

A observação do processo de cuidar a Pessoa com CVC, especificamente relacionada com a realização do penso de proteção, a mudança periódica de sistemas de infusão e administração de terapêutica, processou-se de forma presencial em campo, através de momentos de acompanhamento do processo de cuidados e registo das observações. Esta observação decorreu de uma forma informal no entanto, com capacidade de revelar lacunas nos cuidados prestados. Os resultados da observação³ identificam fragilidades a nível da higienização das mãos, com relevo para o momento que antecede a abordagem à Pessoa e durante o processo de cuidados ao CVC, o tipo de penso utilizado para proteger o local de inserção do cateter e a desinfeção dos locais de administração de fluidos. Tive a oportunidade de pela primeira vez desenvolver competências neste âmbito, conseguindo entender a necessidade de estar focado em todo o processo com relevo ao pormenor. Considerando a minha experiência profissional, consigo entender as dificuldades de quem está a ser observado e sobretudo os obstáculos que são colocados a uma boa prática cuidados de enfermagem. No entanto, esta situação permitiu-me compreender que o profissional na prestação de cuidados, deve possuir um raciocínio baseado em princípios a cumprir durante os procedimentos à Pessoa. Considero esta perspetiva importante para ultrapassar os obstáculos colocados pelos recursos físicos e humanos existentes nos serviços. Nesta observação consegui identificar pontos-chave a abordar na formação para apresentação dos resultados e reflexão sobre estratégias para a melhoria dos cuidados prestados.

Em resultado da análise, procurei refletir sobre a estratégia para a apresentação dos resultados à equipa multidisciplinar. A apresentação dos resultados foi feita num contexto motivador à reflexão e discussão sobre os cuidados prestados à pessoa com CVC, com o lançamento de questões para serem discutidas pela equipa. Perante os problemas identificados, considero a avaliação da formação positiva com os profissionais a estabelecerem comportamentos chave a modificar, como a higienização

³ Apêndice n.º 3

das mãos, a realização do penso do local de inserção do cateter com penso transparente, a desinfecção correta dos locais de administração de fluidos e o planeamento dos cuidados a prestar à Pessoa com CVC. Para atingir estes objetivos, dinamizei a formação num contexto de partilha de experiências, permitido aos profissionais a apresentação das suas ideias e a definição de estratégias a adotar para o futuro, introduzindo o humor positivo através de fotografias e questões de partida, nos momentos reflexivos, que segundo José (2010) referenciando Fry e Salameh, assume uma perspetiva construtiva e dinamizadora da empatia, procurando uma boa adesão aos compromissos estabelecidos.

Numa perspetiva formativa foi enquadrada a temática dos conectores. O risco associado de lesões provocadas pelas picadas de agulhas motivou a disseminação da utilização de conectores, como adaptação ao lúmen de cateteres central e periférico. Os fabricantes foram apresentando evoluções destes dispositivos, no entanto sem um adequado acompanhamento científico que permitisse concluir sobre as vantagens da sua utilização. A indústria apostou no desenvolvimento destes dispositivos, atribuindo-lhes diferentes características e indicações para utilização, conferindo várias especificidades e algumas limitações à sua utilização (Hadaway e Richardson, 2010). As *Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter – Related Infections* publicadas este ano pelo CDC estabelecem orientações específicas para a utilização de conectores (O'Grady, et al., 2011). Estas orientações estabelecem a utilização de conectores em alternativa a torneiras de três vias para aceder aos sistemas de administração intravasculares. Os autores referem não estar ainda demonstrado um maior risco de infeção relacionada com o cateter associada à utilização de torneira de três vias, no entanto estabelecem que a necessidade de abrir o sistema para a administração conduz a um maior risco, comparado com a utilização de conectores.

Identifiquei junto dos profissionais de Enfermagem do SMI-UCIP-HPV-CHLN os conhecimentos e práticas relacionadas com o tipo, indicações, precauções e correta utilização de conectores, através de um questionário online⁴ adaptado do estudo realizado a 4000 profissionais de saúde. Neste estudo Hadaway (2011) identifica que apenas 25% dos Enfermeiros identifica corretamente o tipo de conector que utiliza e 52,8% o utiliza de forma correta. Atualmente existem múltiplos dispositivos, com definição de diferentes indicações de utilização, no entanto os profissionais de saúde

⁴ Apêndice n.º 4

possuem pouca informação nesta área, podendo a utilização destes dispositivos levar a algumas confusões (Hadaway e Richardson, 2010). Foram enviados 19 questionários para avaliara os conhecimentos e os cuidados de enfermagem na utilização destes dispositivos, a enfermeiros do SMI-UCIP-HPV-CHLN e foram respondidos 16 (84%). Nenhum dos profissionais afirmou ter frequentado uma formação específica sobre conectores. Todos os resultados foram compilados em forma de artigo científico⁵ para publicação interna. Em sessão formativa foram esclarecidos os conceitos relativamente aos conectores e apresentados os resultados do inquérito aplicado aos Enfermeiros da UCI. Pela pertinência do tema, tive a oportunidade de apresentar a formação no Curso de Atualização de Elos de Ligação da CCI, esclarecendo várias questões colocadas pelas colegas responsáveis pela articulação com as CCI de cada instituição.

⁵ Apêndice n.º 5

Capítulo 3. Módulo I – Serviço de Urgência

Resumo

A Pessoa recorre ao serviço de urgência pelo início súbito de uma situação ameaçadora de vida, desencadeada acidentalmente, através de um processo agudo de doença ou agudização de um processo crónico de doença. A Pessoa tem comprometido a capacidade de autonomia para a satisfação das suas necessidades. É fundamental compreender o contexto do serviço de urgência e na abordagem à da Pessoa identificar as prioridades de ação, numa perspetiva de identificação de necessidades no enquadramento global da Pessoa. O cuidar em enfermagem representa uma ação integrada, o seu significado está dependente da perceção da Pessoa e do impacto na sua vida no contexto individual. Compreender o processo de cuidar em enfermagem é fundamental para avaliar a sua qualidade. Este deve responder às necessidades da Pessoa/Família minimizando o impacto da situação de doença, promovendo uma resolução rápida dos seus problemas. As dimensões da avaliação devem ser encontradas nas expectativas das pessoas relativamente aos cuidados de enfermagem. As necessidades/expectativas da Pessoa assumem um elevado protagonismo quando relacionadas com os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, representando um forte indicador de qualidade e reconhecido pela OE. (Ribeiro, et al., 2008) Na investigação realizada neste módulo de estágio verificou-se que a manutenção de um ambiente terapêutico está positivamente relacionada com a qualidade no atendimento. Desta forma conclui-se, que a Pessoa consegue perceber que toda a atuação do Enfermeiro está centrada nas suas necessidades e características individuais, num determinado contexto clínico, privilegiando a personalização dos cuidados, através da criação de um ambiente relacional com base na comunicação, facilitando o processo de cuidar.

O serviço de urgência de um hospital tem como missão a prestação de cuidados de saúde urgentes às Pessoas que a eles recorrem. O Hospital de Santa Maria publica no seu sítio que o “...objetivo deste serviço é tratar e salvar doentes com patologia aguda com a qualidade profissional e técnica que um Hospital Central e Universitário deve disponibilizar, com dignidade e humanização e capacidade de resposta para os dramas humanos que por ele passam diariamente.” (CHLN, 2008)

A Pessoa recorre ao serviço de urgência pelo desencadeamento súbito de uma situação ameaçadora de vida, podendo ser desencadeada acidentalmente, através de um processo agudo de doença ou agudização de um processo crónico de doença. Em qualquer uma destas circunstâncias, a Pessoa tem comprometido a capacidade de autossuficiência das suas necessidades. As necessidades de cuidados dependem da condição da Pessoa,

influenciada pela idade, estado geral e emocional, inteligência, nível cultural e social e alguma condição patológica.(Henderson, 1960/2004) No processo de avaliação da necessidade de cuidados de enfermagem Henderson (1960/2004) estabelece condições que necessitam por parte do Enfermeiro, exigindo um maior número de competências profissionais. Este conceito segundo (Rosa e Basto 2009) não atende à complexidade da Pessoa, às interações multidisciplinares da equipa de Enfermagem e ao contexto dos cuidados prestados. Os autores defendem que a classificação simplista de Henderson deve ser complementada com uma abordagem que considera a Pessoa na sua globalidade um determinado contexto. É fundamental compreender o contexto do serviço de urgência e na abordagem à Pessoa, identificar as prioridades de ação numa perspectiva de identificação de necessidades, no enquadramento global da Pessoa e não exclusivamente ao episódio súbito de doença que motivou a admissão no serviço de urgência.

O processo de triagem no serviço de urgência, da exclusiva competência da equipa de Enfermagem procura responder às necessidades imediatas da Pessoa, estabelecendo uma prioridade no atendimento, para que os profissionais possam responder em tempo útil as necessidades da Pessoa. É estabelecida uma classificação do carácter da urgência das necessidades evidenciadas pela Pessoa. Este processo tem o seu início durante a I Guerra Mundial, onde foi necessário estabelecer uma ordem de atuação segundo as lesões e limitações físicas (Andersson, Omberg, e Svedlund, 2006). São várias as definições do processo de triagem que as autoras referem no artigo, estabelecendo-o como um processo dinâmico de tomada de decisão, onde são estabelecidas prioridades no atendimento à Pessoa, com base nas evidências e na informação fornecida. No processo de triagem, os fatores determinantes para o sucesso são segundo Handysides referenciado por Andersson, Omberg, e Svedlund (2006), as competências pessoais e as qualificações dos profissionais envolvidos. Segundo o autor os profissionais devem possuir a capacidade de avaliar a condição da Pessoa através de uma curta recolha do historial clínico relevante, avaliação de parâmetros vitais e observação física orientada pelo problema apresentado. Esta capacidade deve ser complementada com o vasto conhecimento científico das patologias agudas graves e sintomatologia frequente. A capacidade de intuição por parte do profissional, desenvolvida ao longo da sua experiência profissional também é considerada determinante do processo de triagem (Andersson, Omberg, e Svedlund, 2006).

Neste processo o Enfermeiro através, de uma entrevista à Pessoa, procura identificar numa rápida avaliação, o motivo pelo qual a Pessoa recorre ao SUC. Este processo pode ser caracterizado como um julgamento da prioridade clínica, não produzindo um diagnóstico clínico ou de enfermagem.(MacWay-Jones, 1997) Esta entrevista é mediada por um algoritmo informático (Sistema Alert[®]) que orienta o enfermeiro nas questões a efetuar, permitindo registar dados clínicos e no final do procedimento ser atribuída uma classificação que confere o grau de prioridade à Pessoa face à sua situação de doença. O espectro de classificação vai desde a cor azul (não urgente), cor verde (pouco urgente) cor amarela (urgente), cor laranja (muito urgente) a cor vermelha (emergente). Numa análise sumária podemos dizer que o enfermeiro possui total autonomia neste processo, podendo ser considerado um reforço das suas competências neste âmbito, no entanto isto não corresponde à realidade. Quando analisada a satisfação dos profissionais de Enfermagem na utilização deste método, Forsgren, Forsman, & Carlstrom (2009) concluem numa amostra de 74 profissionais, que a sua utilização contribui para o aumento da satisfação dos profissionais, permitindo uma maior autonomia profissional e um desempenho estimulante devido a natureza da ação. Os enfermeiros referem que é uma tarefa extenuante e muitos admitiram não possuir as competências necessárias para o seu desempenho. Os profissionais reconhecem que o sistema informático não está arquitetado com base no pensamento do Enfermeiro e muitas das vezes não responde às necessidades do Enfermeiro (Forsgren, et al., 2009). No estágio identifiquei um sistema que corresponde a uma avaliação predominantemente biomédica, com reduzida liberdade de atuação do profissional em alterar o rumo do procedimento do sistema de triagem no caso de identificação de problemas de Enfermagem. A utilização de um sistema informático, tipo algoritmo é importante para a orientação do pensamento do enfermeiro num processo que justifica uma rápida atuação, no entanto o cumprimento de um padrão de resposta baseado na rapidez não deve ser considerado o único indicador de qualidade. (Gerdtz and Bucknall 2001) O processo de tomada de decisão é estabelecido numa ordem de colheita de dados, formulação de uma hipótese de diagnóstico e definição de uma prioridade de atendimento, não sofrendo alterações significativas entre os diferentes profissionais treinados para o efeito. (Göransson, Ehnfors, Fonteyn, and Ehrenberg 2008) A complexidade do processo de decisão na triagem sofre influências internas como a capacidade e experiência do enfermeiro e externas, relacionadas com o ambiente, como a carga de trabalho e as condições físicas.

Estes fatores reunidos vão preponderar na avaliação das condições de saúde da Pessoa, estabelecendo uma prioridade na atuação. (Andersson, Omberg, and Svedlund 2006)

Considero fundamental o exercício das competências de um Enfermeiro Especialista nesta área. No contexto do estágio de enfermeiro perito, estabelecido por Benner, a intuição assume uma grande relevância, podendo de forma autónoma identificar uma potencial situação de gravidade. Nesta área, os enfermeiros classificados neste estágio, conseguem articular o seu raciocínio com elevada capacidade e num reduzido período de tempo em comparação com os Enfermeiros situados em estágios anteriores. (Lyneham, et al., 2008). A prática intuitiva possui características específicas identificadas por Lyneham, Parkinson, & Denholm (2008) como o conhecimento e a experiência, sensibilidade, interação com a Pessoa, sincretismo e confiança. Considero que a ação do enfermeiro especialista deve estar de acordo com comportamentos adequados ao cuidar de Enfermagem. (Hesbeen, 2001). O autor estabelece que o estado emocional e o ambiente externo influenciam os comportamentos do profissional e embora reflitam as suas atitudes, motivam um desvio entre um comportamento e uma atitude. O profissional, neste âmbito, deve pautar a sua atuação pela simplicidade, de forma a conseguir uma interação eficiente com a Pessoa, através de um discurso compreensível e capaz de identificar os problemas de vida da pessoa. O respeito pelo Outro, através da consideração de todas as pessoas, sem preconceitos ou juízos de valor e a subtilidade que permite de forma perspicaz a perceção do que não é perceptível de forma direta, característica determinante num processo onde é fundamental a habilidade do profissional. A escuta assume um papel determinante, com o profissional a permitir que a Pessoa expresse as suas preocupações, o seu sofrimento, identificando e muitas vezes verbalizando as respostas que encontra nesta introspeção. O enfermeiro deve cuidar com compaixão, compreendendo o processo de sofrimento da Pessoa e numa sociedade multicultural, respeitando a individualidade de cada um no que respeita a crenças e valores, com o dever de se insurgir perante situações do âmbito profissional, social ou familiar que desrespeitem a Pessoa na sua integridade interior e exterior (Hesbeen, 2001). O humor e o cuidar de si mesmo referenciados por este autor (2001) assumiram no meu desempenho um destaque particular.

A utilização do humor como uma estratégia na interação com a Pessoa permite, que esta exprima as suas inquietações, permitindo ao profissional reconhecer estes sentimentos na Pessoa. (José, 2010) Na atuação perante a Pessoa no processo de triagem e prestação

de cuidados na Sala de Tratamentos, consegui através da utilização do humor, facilitar a minha intervenção e segundo José (2010) de acordo com Robinson, reduzir o stress e promovendo o bem-estar da Pessoa. Baseando-se no mesmo autor posso afirmar que o humor permite estabelecer uma relação terapêutica com a Pessoa, aliviando a sua pressão e dessa forma eliminando focos de conflito e situações incómodas que caracterizam as situações de elevado stress. A utilização do humor foi feita tendo em conta a individualidade da Pessoa, sendo frequente o estímulo partir desta, facilitando o processo de apreciação da Pessoa conforme preconizado por Robinson e referenciado por José (2010). É essencial no estabelecimento de uma relação importante para ambos os parceiros dos cuidados, a aceitação da Pessoa com respeito pela sua individualidade e a estimulação dos seus sentidos como o humor. (Collière, 2003) Neste momento de interação o profissional demonstra disponibilidade para ouvir o outro e entender as suas preocupações, identificando áreas de atuação, com a perspetiva de que a Pessoa compreenda o seu papel, as suas responsabilidades nesta relação e as suas competências na promoção da saúde.

O processo vivenciado pela Pessoa que recorre ao SUC pode ser classificado como um processo de transição entre a saúde e a doença, com o estado de doença súbita e aguda a determinar a alteração do papel da Pessoa neste processo. (Melleis, 2010) Esta alteração de papel pode ser percebida pela Pessoa e também pelos Familiares significativos. A doença, o processo desencadeante do fenómeno de transição representa uma alteração no estado de saúde, no papel da Pessoa e nas suas necessidades. No processo de transição a Pessoa deve incorporar novos conhecimentos, alterar comportamentos que afetam o seu estado de saúde, suprimindo as necessidades decorrentes de um processo de doença. (Melleis, 2010) Como Enfermeiro Especialista, neste contexto procurei enquadrar a minha ação neste processo de transição, procurando compreender as expectativas e receios da Pessoa/Família admitida no SUC, numa abordagem directa e associada ao contexto da prestação de cuidados de enfermagem. O encadeamento do processo de triagem, observação, diagnóstico e tratamento não permite uma responsabilização directa do Enfermeiro pela Pessoa. A padronização das questões colocadas pelo sistema informático, promove uma atuação pouco individualizada, garantindo uma continuidade do processo, mas sem a referência de um Enfermeiro.

Duas situações críticas são ilustrativas da minha atuação, privilegiando a Pessoa e não a doença que a fez recorrer ao serviço de urgência. Uma mulher grávida de 15 semanas

foi admitida na urgência vítima de acidente de viação. Toda a atuação da equipa de Enfermagem teve como base a suspeita de vários traumatismos e a situação fetal. Foi sempre transmitido um reforço positivo de que tudo estava bem e que todo o aparato fazia parte do protocolo. Após os exames complementares de diagnóstico, verifica-se a inexistência de lesões traumáticas graves e o feto não apresentava lesões ou riscos graves, verificando-se um ligeiro descolamento da placenta que justificaria um repouso absoluto nos próximos meses de gestação. Após a confirmação dos resultados procurei falar com a Pessoa para a tranquilizar, compreender as suas expectativas e demonstrar a importância de ter pensamentos positivos. No entanto após as boas notícias, não percebi um sentimento de alívio. Percebi que esta gravidez foi conseguida após três anos de tentativas falhadas, vários tratamentos para a infertilidade e logo após a confirmação da gravidez, tudo poderia estar em risco. O algoritmo do sistema não consegue determinar um nível de atuação do Enfermeiro, que possa identificar e privilegiar outro problema que não seja o motivo de admissão no SUC. Podemos responsabilizar o sistema, mas numa atuação diferenciada e numa consciência crítica para os problemas relacionados com a Pessoa e Família decorrentes da prática profissional, posso afirmar que o Enfermeiro pode e deve ir mais além do que o sistema informático o exige. Na situação de uma jovem com uma grave crise asmática, após 3 horas a realizar VNI na sala de reanimação, assiste-se a um quadro de exaustão e uma análise entre a equipa médica e a equipa de Enfermagem sobre a provável entubação endotraqueal. O cenário é de um procedimento de elevado risco, discutido na presença da Pessoa, nunca a abordando, esclarecendo ou solicitando a sua autorização. Utilizando as competências de enfermeiro especialista a minha intervenção procurou envolver a jovem na decisão, capacitando-a para isso, através da explicação do procedimento e do prognóstico após acordar da sedação administrada. A colaboração da Pessoa/Família só pode ser consistente, através de uma parceria em todo o processo. O medo de morrer que verbalizou várias vezes não deixou de existir, coexistindo com a segurança de compreender o que iria ser feito, o motivo da atuação e os resultados esperados. Na perspectiva de transição segundo Melleis (2010), na minha intervenção foi importante compreender o significado da situação aguda de doença para cada uma das Pessoas, as suas expectativas, os seus conhecimentos e experiências relacionadas com as situações vivenciadas, o ambiente em que a situação foi vivenciada, o planeamento estabelecido para ultrapassar a situação e bem-estar físico e emocional de ambas. A ação pretende que a Pessoa ultrapasse a situação de stress vivenciada, promovendo o seu bem-estar,

capacitando-a para assumir uma nova estratégia e um novo compromisso perante a nova situação e estabelecer um bem-estar relacional com os familiares envolvidos.

A morte no serviço de urgência assumiu um importante relevo durante o meu estágio. O contexto da morte cerebral e a preservação das funções vitais da Pessoa para uma possibilidade de transplante fez-me refletir sobre este tema. Torna-se evidente que a equipa de Enfermagem está desperta para esta situação, encarando cada Pessoa nesta situação como um potencial dador. Esta questão é muito sensível e envolve uma complexidade de sentimentos. O respeito por uma Pessoa que perde a vida de forma súbita e o sofrimento da Família e a possibilidade de salvar algumas vidas e trazer alegria, esperança para outras Pessoas e Famílias. O envolvimento do Enfermeiro do serviço de urgência nestas situações, tem vindo a ganhar relevo ao longo dos últimos anos, sendo que este deve ter a capacidade de propor à família a doação de órgãos.(Sheehy, 2001) O desenvolvimento de competências na área da comunicação de más notícias assume um enorme relevo para os enfermeiros que habitualmente vivenciam estas situações. Na prática a Pessoa permanece no SUC, numa sala de reanimação justificada pela necessidade de ventilação invasiva. À Família é permitida a presença, mas sempre na condição de saírem em caso de urgência. Compreendendo a dificuldade em internar a Pessoa num espaço mais apropriado, o papel do Enfermeiro Especialista passa por criar condições para que aquela Família possa viver o seu luto e aceitar a situação da doação de órgãos.

A maioria das Pessoas potenciais dadoras com diagnóstico de morte cerebral resulta de situações súbitas. Nestas situações é muito complicado respeitar o espaço de luto da família, pois durante este processo a Família é questionada sobre a possibilidade da doação de órgãos. (Lima, et al., 2009) Pese embora a legislação estabeleça que qualquer indivíduo é potencial dador se não preencheu o registo em contrário, é importante obter o consentimento da Família, numa perspetiva de aceitação e desencadeamento de um processo de luto saudável. O Enfermeiro Especialista deve orientar a criação de um espaço de reflexão sobre estas situações e dinamizar o treino de competências na equipa multidisciplinar para que possam realizar um acompanhamento constante a estes familiares durante a permanência da Pessoa no serviço de urgência. Durante o processo de doação, segundo Lima, et al. (2009), o Enfermeiro vive um dilema entre o respeito pela perda da Família e possibilidade de salvar outras vidas, encarando como mais difícil o contacto com a Família. Segundo as autoras, o respeito pela Pessoa permanece

mesmo depois de declarada a morte e a Pessoa é cuidada da mesma forma como se estivesse na posse de todas as suas funções vitais, concluindo num estudo qualitativo que é necessário promover um suporte psicológico e emocional aos Enfermeiros para poder lidar com estas situações de potencial conflito existencial e dilema moral e ético.

O suporte familiar é muito importante nesta fase, e as organizações evoluíram no sentido de permitir o acompanhamento em todos os momentos. Perante este cenário coloca-se um desafio aos profissionais das instituições, que é o de integrar estes acompanhantes no processo de cuidados à Pessoa. No momento da triagem é impressa identificado o acompanhante, facilitando o processo de identificação deste junto dos profissionais de saúde. Este acompanhante pode ser compreendido como Família, por ser considerado um elemento de referência. Como cuidador, no contexto de doença podem ter um papel determinante na identificação de problemas da Pessoa, sobretudo quando estes possuem elevados défices de compreensão associados à idade ou a doenças neurológicas degenerativas. Em contexto de urgência, onde o espaço temporal para identificação de problemas é muito limitado, torna-se fundamental envolver a Família no processo de avaliação da Pessoa. Porque identificamos o acompanhante? O que esperamos dele? O que ele poderá esperar de nós? Qual o seu papel nos serviço de urgência? A Família é classificada segundo a classificação CIPE como um grupo possuidor de determinadas características, transmitindo-lhes um carácter de união através de relações de consanguinidade, afinidade emocional, parentesco legal ou de uma importância específica para a Pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2006) A publicação em parceria entre a World Health Organization e a Joint Commission refere a importância crescente, do envolvimento da Pessoa/Família no processo de cuidar, estabelecendo como fator crítico a comunicação e revelando como grande barreira à comunicação eficaz com a Pessoa/Família, a reduzida literacia relacionada com os conceitos específicos da saúde. (WHO, 2007)

Durante a minha prestação de cuidados no serviço de urgência, no âmbito do estágio, deu entrada no serviço de urgência acompanhada pelos tripulantes do INEM uma senhora, com cerca de 75 anos, com um discurso confuso, levada à urgência por queda à saída de casa com suspeita de ter desenvolvido um Acidente Vascular Cerebral, apresentando uma glicémia superior a 300 mg/dl avaliada no local. À entrada, apresentava um discurso coerente com alguns momentos de confusão e chegou transportada em maca. Na primeira abordagem, foi avaliada a capacidade motora dos

membros superiores, que não apresentavam alterações. A Pessoa foi ajudada a levantar-se da maca, andando até ao gabinete da sala de tratamentos onde foi feita a triagem de forma mais personalizada e respeitando a privacidade. Esta privacidade é muitas vezes posta em causa, quando a triagem é feita em pleno corredor, com a transmissão verbal de informação relativa à Pessoa a ser feita sem qualquer tipo de restrição.

No processo de triagem a senhora não forneceu respostas coerentes. Os tripulantes encontraram várias embalagens de medicamentos vazias, levantando-se a hipótese de intoxicação medicamentosa. Perante este cenário, a colega avançou com o processo de triagem identificando como possível causa a intoxicação medicamentosa e a necessidade de observação pela equipa médica de Psiquiatria. Neste preciso momento a sobrinha identificou-se como acompanhante e demonstrando alguma ansiedade, pediu autorização para entrar no gabinete e acercou-se da tia procurando confortá-la e orientá-la. Apercebi-me que a acompanhante focou a sua atenção de forma preocupada para a informação que a colega estava a escrever no sistema ALERT[®], referindo que a tia estava com a glicémia elevada porque estava em jejum, pois a saída de casa naquela manhã era com o intuito de colher sangue para análises. No entanto teve pouco tempo para fornecer informação, pois o seu discurso foi interrompido com o outro Enfermeiro a solicitar a sua saída da sala de tratamentos para efetuar um procedimento à Pessoa (entubação nasogástrica e lavagem gástrica). Tive a oportunidade de acompanhar a familiar e de a abordar no sentido de recolher mais informações, compreendendo de imediato a sua apreensão, pois a familiar referiu-me que a tia frequentemente guardava as embalagens vazias de medicação para reciclar, não fazendo sentido pensar que tinha ingerido toda aquela medicação. A sobrinha deu-nos garantias de que a tia tomava a medicação de forma adequada e por isso não existia nenhum risco de intoxicação medicamentosa. Alertei o colega para esta situação e foram suspensos todos os procedimentos relacionados com a possível intoxicação medicamentosa. Concluiu-se que a senhora apenas apresentava uma elevação da glicémia, que foi rapidamente medicada, com rápida resolução do quadro e conseqüente regresso a casa.

A nível da supervisão dos cuidados no SUC, tive a oportunidade de através da orientação participar nas reuniões diárias entre o Enfermeiro Chefe, o segundo elemento e os Enfermeiros com funções de chefia das equipas. As reuniões para além de servirem para a passagem de ocorrências relacionadas com a dinâmica do SUC são importantes para a discussão de problemas relacionados com a prestação de cuidados pela Equipa de

Enfermagem e estabelecimento de estratégias para a resolução das situações problemáticas. Na minha atuação respeitei as diferentes perspetivas de análise das situações problemas, procurando refletir nos problemas decorrentes da prática profissional relacionados com a Pessoa e Família. Procurei enquadrar a minha atitude com as conclusões Wong, et al. (2010), que estabelecem uma melhoria da qualidade dos cuidados e condições de trabalho através de uma liderança que promova relações genuínas e positivas entre os diversos elementos. Este processo é possível através de uma postura que estimule os profissionais a expor as suas opiniões mesmo divergentes e uma confiança no trabalho dos chefes de equipa que promova o seu reconhecimento e a confiança entre os restantes elementos da equipa. Podemos considerar que o ambiente de um serviço de urgência não é propício a este tipo de comportamento, pelo contexto de adversidade no entanto os autores estabelecem que determinadas características dos ambientes de trabalho são motivadoras de um empenho profissional, procurando dar uma resposta de cuidados de enfermagem adequada na promoção da qualidade.

Para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é importante ter em conta o Modelo de Avaliação da Qualidade de Donabedian (2005) que define uma abordagem que relaciona a estrutura, o processo e os resultados. O cuidar determina a orientação da prática de Enfermagem. Através dele o Enfermeiro constrói a representação da sua ação. Compreender o contexto do cuidar de qualidade representa um importante desafio para a Enfermagem. O cuidar representa uma ação integrada, o seu significado está dependente da perceção da Pessoa e do impacto na sua vida no contexto individual. Compreender o processo de cuidar é fundamental para avaliar a sua qualidade. O processo de cuidar deve responder às necessidades da Pessoa/Família minimizando o impacto da situação de doença, promovendo uma resolução rápida de todos os seus problemas. Este processo envolve o acolhimento, a disponibilidade para ouvir e agir, a mobilização de conhecimentos científicos e competências técnicas, muitas vezes associadas à criatividade, de modo a responder com qualidade às necessidades de cuidados da Pessoa/Família, pode estar oculto, e deve ser valorizado pelo Enfermeiro, podendo ser considerado como uma arte, devendo ser valorizada a sua essência prática. (Hesbeen, 2001) Segundo o autor, numa definição do conceito de qualidade é importante compreender o seu contexto, respondendo a que se destina e ao quê, como e quem a define e que tipo de qualidade estamos a considerar. O que fazemos como

Enfermeiros tem de responder às necessidades da Pessoa/Família, mas também deve fazer-lhes sentido. Desta forma define qualidade como:

“Uma prática de cuidados de qualidade...que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde...requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas...procede da utilização de recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui prova de talento destes profissionais.”(Hesbeen, 2001 p. 52)

A Pessoa assume o papel principal em todo este processo. Na perspectiva de analisar o efeito dos cuidados de enfermagem na Pessoa, é importante compreender as expectativas desta face aos cuidados de enfermagem. Num estudo da Ordem dos Enfermeiros e Enfermeiras do Quebeque referenciado por Hesbeen (2000), são estabelecidas três categorias: a comunicação, as aptidões e os conhecimentos técnicos e as atitudes e os comportamentos. A satisfação da Pessoa em relação aos cuidados de enfermagem representa um importante indicador de qualidade dos Hospitais. (Laschinger, Hall, Pedersen, and Almost 2005) No entanto os autores referem que a maioria dos instrumentos de avaliação da satisfação da Pessoa relativamente aos cuidados de Enfermagem apenas reflete a perceção dos cuidadores relativamente às dimensões a avaliar, existindo a necessidade de instrumentos que reflitam a orientação centrada na Pessoa (*Patient Focused Care*). Esta abordagem requer fundamentalmente a comunicação com a Pessoa, o estabelecimento de uma relação de parceria e confiança e o objetivo de promover hábitos de vida e saúde. (Bauman, Fardy, and Harris 2003). Os profissionais necessitam compreender as crenças e expectativas da Pessoa, os conceitos relacionados com a doença e compreender a circunstâncias de cada um, envolver a Pessoa no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação e o seu conhecimento no que diz respeito às hipóteses de tratamento. (Stewart 2001) Este tipo de abordagem promove a satisfação da Pessoa e os cuidados de saúde prestados. (Irwin and Richardson 2006). A satisfação em relação aos cuidados define-se na relação entre as expectativas da Pessoa e os cuidados prestados, estabelecendo-se através duma avaliação subjetiva da Pessoa resultante da sua perceção cognitiva e emocional da interação entre as expectativas acerca dos cuidados de Enfermagem e a sua perceção sobre as características e comportamentos do/s Enfermeiro/s. (Laschinger, Hall, Pedersen, and Almost 2005) A perceção da satisfação por parte da Pessoa está

relacionada com determinadas características como a idade, sexo e duração da hospitalização. (Findik, Unsar, and Sut 2010). A Pessoa com reduzidas expectativas e fracos conhecimentos sobre a oferta de serviços segundo Swan referido por Laschinger et al. (2005) apresenta maiores índices de satisfação. As dimensões da avaliação devem ser encontradas nas expectativas das Pessoas relativamente aos cuidados de enfermagem. Num estudo qualitativo feito com Pessoas recentemente hospitalizados, foram identificadas como dimensões na avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem a satisfação das necessidades, tratamento com simpatia e respeito, preocupação com a Pessoa, competência (conhecimento e experiência) e rapidez de atuação. (Larrabee and Bolden 2001).

As necessidades/expectativas da Pessoa assumem um elevado protagonismo quando relacionadas com os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, representando um forte indicador de qualidade e reconhecido pela OE. (Ribeiro, et al., 2008) Estes autores referem a existência de apenas três instrumentos de avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem validados e aferidos para a população portuguesa. O Newcastle Satisfaction With Nursing Scales veio demonstrar que a avaliação das experiências e satisfação das Pessoas é válida, consistente e com capacidade de estabelecer diferenças entre serviços e instituições. (Thomas *et al* 1996). Os formulários SUCEH₂₁ e SUCECS₂₆ foram elaborados por Ribeiro (2003), com capacidade de avaliar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em qualquer contexto de cuidados ou área geográfica de Portugal. (Ribeiro, 2005) A escolha deste formulário foi justificada pelas dimensões que permite avaliar e foi autorizado pela autora a sua utilização⁶. Segundo a autora o formulário SUCEH₂₁⁷ tem capacidade de avaliar a eficácia da comunicação, utilidade da informação, qualidade no atendimento, a prontidão na assistência, a manutenção do ambiente terapêutico e a promoção da continuidade dos cuidados. (Ribeiro, 2005)

A aplicação do inquérito teve o parecer positivo da Comissão de Ética e a aprovação do Conselho de Administração do CHLN⁸. Os inquéritos foram entregues pessoalmente e solicitado o preenchimento sob anonimato, impressos em papel acompanhado do consentimento informado que foi previamente assinado pela Pessoa⁹.

⁶ Anexo n.º 1

⁷ Anexo n.º 2

⁸ Anexo n.º 3

⁹ Apêndice n.º 6

Considerarei as seis dimensões como variáveis, classificando a qualidade no atendimento como a variável dependente e procurando entender quais das restantes dimensões que a influenciam de forma positiva. A escolha da qualidade do atendimento justificou-se por permitir segundo Ribeiro (2002) compreender a percepção da Pessoa relativamente à atuação do Enfermeiro centrada nas suas necessidades e características individuais, num determinado contexto clínico, privilegiando a personalização dos cuidados, desde a admissão.

Na perspetiva de aplicação deste inquérito durante a realização do estágio foram estabelecidas cinco hipóteses relacionadas com a qualidade no atendimento por parte dos enfermeiros:

Hipótese A. A eficácia da comunicação está positivamente relacionada com a qualidade no atendimento.

Hipótese B. A utilidade da informação está positivamente relacionada com a qualidade no atendimento.

Hipótese C. A prontidão na assistência está positivamente relacionada com a qualidade no atendimento.

Hipótese D. A manutenção de um ambiente terapêutico está positivamente relacionada com a qualidade no atendimento.

Hipótese E. A promoção da continuidade dos cuidados está positivamente relacionada com a qualidade no atendimento.

A recolha de dados foi feita através de inquérito, e a População definida foi as Pessoas triadas como muito urgentes e submetidas a cuidados de enfermagem na Sala de Tratamentos 1, destinada ao acompanhamento de Pessoas com este caráter de gravidade. A grande limitação deste estudo foi o número de Pessoas que compõe a Amostra recolhida (n=36). A definição da Pessoa no contexto de doença muito urgente como População Alvo justifica-se pela organização do SUC onde estas Pessoas estão localizadas numa área de vigilância específica, com um Enfermeiro de referência para a vigilância e prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa e Família. Após conversa com o enfermeiro chefe compreendi que é este tipo de atuação e vigilância que se pretende replicar para as Pessoas classificadas com situações de doença urgentes e não urgentes, no entanto seria importante possuir dados que demonstrem quais os aspetos que a Pessoa valoriza mais na prestação de cuidados de enfermagem no SUC.

Responderam ao inquérito 36 Pessoas e a caracterização da amostra é apresentada na tabela n.º - 1.

Tabela n.º - 1 Caracterização da Amostra

Caracterização da Amostra			
Variável	Categoria	N	%
Idade	Entre os 18 e os 45 anos	14	39%
	Entre os 46 e os 64 anos	19	53%
	Superior aos 65 anos	3	8%

O inquérito foi aplicado em dez dias durante os períodos de 7 a 16 de dezembro e 2 a 14 de janeiro. Foram recolhidas opiniões durante o período das 8 às 16 horas, onde segundo a informação institucional se verifica uma maior afluência e recolhidas em média a opinião de 4 pessoas por dia. O questionário foi aplicado durante o meu período de permanência a todas as Pessoas consideradas com doença muito urgente, sem alteração do estado de consciência, apresentando um Glasgow de 15 avaliado em cada processo de triagem. Os resultados estão apresentados sob a forma de tabela ¹⁰, acompanhados do cálculo da validade de cada uma das variáveis com o teste de *Alpha de Cronbach*. Ao realizarmos a análise bivariada, através da correlação de Pearson, identificando-se valores de correlação significativa moderada entre as seguintes variáveis:

- Utilidade da informação e a promoção da continuidade dos cuidados ($r = 0,72$; $p < 0,01$);
- Qualidade no atendimento e manutenção do ambiente terapêutico ($r = 0,47$; $p < 0,01$);

Encontram-se valores de correlação significativa fraca entre as seguintes variáveis:

- Utilidade da informação e a manutenção do ambiente terapêutico ($r = 0,34$; $p < 0,05$);

Em relação às hipóteses de investigação formuladas, apenas a hipótese D é verificada, com a manutenção de um ambiente terapêutico a estar positivamente relacionada com a qualidade no atendimento.

¹⁰ Apêndice n.º - 7

Desta forma concluí-se que segundo Ribeiro (2005), a Pessoa consegue perceber que toda a atuação do Enfermeiro está centrada nas suas necessidades e características individuais, num determinado contexto clínico, privilegiando a personalização dos cuidados, através da criação de um ambiente relacional com base na comunicação, facilitando o processo de cuidar. Este ambiente é percebido pela Pessoa a nível das competências relacionais que estão implicadas com a forma como os Enfermeiros a atendem e acolhem e as competências técnico – cognitivas caracterizadas pela preocupação e o interesse demonstrado pela sua situação. A forte limitação deste estudo foi dimensão da amostra não permitindo a extrapolação dos dados e das conclusões verificadas.

Foram realizadas três sessões informativas destinadas aos Enfermeiros do SUC com o objetivo de enquadrar a temática da avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, apresentar os resultados do Inquérito aplicado a Pessoas com doença muito urgente sobre a satisfação dos cuidados de enfermagem, refletir com a equipa sobre as áreas a melhorar e reforçar. O espaço de reflexão criado permitiu à equipa verbalizar a sua surpresa e satisfação pelos resultados. Foram propostas e discutidas estratégias para a melhoria dos resultados da satisfação das Pessoas em relação aos cuidados de Enfermagem. As ações passaram por explicar à pessoa a razão do critério de gravidade atribuído, promover o ensino à pessoa e família sobre os critérios de ida a uma urgência hospitalar, criar folhetos informativos sobre a triagem, o processo de atendimento no serviço de urgência (Enfermeiro – Médico - Enfermeiro/MCDT - Médico) e o mapa do SUC, criar folheto educativos sobre o comportamento adequado dos acompanhantes no SUC, envolver o acompanhante/familiar em todo o processo de cuidados, explicar à Pessoa que nos diferentes locais por onde vai passar existe um Enfermeiro responsável pela observação, garantir a continuidade dos cuidados/observação da Pessoa com a transmissão de todas as informações ao colega de outro setor, promover um atendimento individualizado, garantido a integridade da Pessoa, evitar a triagem, mobilização de Pessoas com múltiplos traumatismos, prestação de cuidados em áreas comuns de circulação e garantir a ideia de que o alvo principal da prestação de cuidados é a Pessoa. A equipa considerou importante, as Pessoas valorizarem de forma positiva o seu desempenho, reconhecendo que existem pontos a melhorar e concordando com as estratégias propostas, sobretudo o envolvimento da Pessoa e da Família em todo o processo de cuidados de enfermagem. Foi vincada a

importância destes resultados ser recolhida num setor com Pessoas com doença de caráter muito urgente, onde pelas características das Pessoas e organização do serviço, necessita que o Enfermeiro privilegie as ações autónomas de Enfermagem.

Neste caminho de aquisição de novas competências, estabeleço como conceito importante as intervenções de Enfermagem autónomas, que segundo Silva (2007) distingue a natureza da decisão e estabelece a responsabilidade dos cuidados prestados, e desta forma promover o desenvolvimento contínuo da profissão de Enfermagem, estabelecendo um propósito e um resultado esperado nos cuidados prestados. O Enfermeiro deve de forma permanente Relativamente às expectativas das Pessoas relativamente aos cuidados de enfermagem prestados no SUC, a equipa questiona-se sobre os níveis de satisfação da Pessoas tríadas como urgentes e não urgentes, com tempos de espera para observação clínica mais longos. Na discussão questionou-se como podemos modificar a expectativa de uma Pessoa que recorre ao serviço de urgência para resolver rapidamente um problema de saúde e como se pode dar mais visibilidade aos cuidados de enfermagem nesta área, para que se compreenda que a responsabilidade dos longos tempos de espera não é da responsabilidade dos Enfermeiros. É este um dos desafios com que se depara o Enfermeiro no serviço de urgência.

Efetivamente a Pessoa considera a competência técnica imprescindível na prestação de cuidados com qualidade, no entanto é o fator relacional que esta valoriza mais, sobretudo no que diz respeito às suas expectativas. O Enfermeiro Especialista no serviço de urgência deve procurar estabelecer uma relação com a Pessoa e Família, que identifique de uma forma global as necessidades em cuidados de enfermagem e medeie o confronto entre as expectativas da Pessoa e a realidade de um contexto de cuidados de enfermagem em situações de urgência. A comunicação é fundamental neste contexto e estratégias como o humor para o estabelecimento de uma interação com a Pessoa e Família, são importantes.

Capítulo 4. Reflexão Final

Quando analisamos a prática e procuramos identificar o papel do Enfermeiro Especialista no processo de Cuidar, compreendemos uma forma diferente de pensar a Enfermagem. Nesta perspectiva, ao longo destes dois estágios consegui empreender um percurso que permitiu mobilizar os conhecimentos adquiridos na formação inicial, no decorrer da minha experiência profissional e na minha formação pós graduada. A experiência em UCI permitiu o desenvolvimento do trabalho de vigilância da colocação e manutenção do CVC. A formação académica pós-graduada em gestão de serviço de saúde permitiu através das competências nesta área, desenvolver a área da avaliação da satisfação dos cuidados de enfermagem por parte da Pessoa.

Ao longo dos estágios identifiquei situações que mereceram a minha análise, questionando-me sobre as mesmas. Os cuidados de enfermagem prestados à Pessoa com cateter, a utilização de conectores e a identificação dos acompanhantes e o seu papel no SUC, foram algumas situações que promoveram a minha reflexão crítica sobre a prática de forma crítica e uma ação diferenciada, procurando contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem. A realização de observações sobre a prática dos cuidados de enfermagem relacionados com o CVC na UCI permitiu zelar pela qualidade dos cuidados prestados e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, incorporando na prática os resultados de investigação válidos e relevantes. Esta competência foi adquirida transversalmente em todos os estágios, com ações formativas que permitiram a apreensão de novos conhecimentos e a reflexão sobre a prática. Foram identificadas necessidades formativas, através dos questionários sobre conectores. A comunicação dos resultados da prática clínica e da investigação realizada foi feita através da participação como formador no curso de atualização de elos de ligação da CCI com a apresentação da formação sobre conectores e da formação sobre a mesma temática realizada à equipa médica e de Enfermagem do SMI-UCIP-HPV-CHLN. Os resultados dos inquéritos sobre a satisfação dos cuidados de enfermagem por parte da Pessoa no SUC foram apresentados à equipa de Enfermagem em três sessões formativas. A avaliação da satisfação dos cuidados de enfermagem por parte da Pessoa no SUC, permitiu-me demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos, desenvolvendo competências na área da gestão de cuidados de enfermagem. Neste contexto através da investigação teórica, levada a cabo, consegui construir um discurso

fundamentado sobre as diferentes perspectivas de análise dos problemas, avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise segundo uma perspectiva académica avançada. Neste contexto foi possível identificar o formulário adequado para aplicação, consultando toda a fundamentação teórica do seu processo de validação e comunicando com a autora do instrumento. Esta estratégia também foi utilizada no contexto da CCI, com a utilização de documentos para fundamentação e inquérito aos enfermeiros, devidamente autorizados pela autora.

Na perspectiva de desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista, durante os estágios realizados procurei de forma reflexiva identificar lacunas no meu desenvolvimento pessoal e profissional. De forma autónoma procurei ultrapassar situações, encontrando estratégias e recorrendo ao apoio da orientação e tutoria. No âmbito do estágio da CCI, a articulação com os diferentes elementos pertencentes a diferentes classes profissionais permitiu-me desenvolver competências no âmbito do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar. No contexto da avaliação dos cuidados, relacionados com a colocação com o cateter, a limitação encarada foi resolvida de forma criativa com a dinamização da temática dos conectores, reconhecida como muito importante.

Na prática dos cuidados, procurei sempre identificar e responder às necessidades da Pessoa/Família no contexto do serviço de urgência. A nível do processo de transição da Pessoa no contexto da doença aguda, procurei desenvolver estratégias de comunicação, procurando através do humor o estabelecimento de uma relação com a Pessoa e Família, promover estratégias para a pessoa conseguir com sucesso ultrapassar este período. A utilização do humor revelou-se útil e quase sempre desencadeada pela Pessoa que numa situação de stress encontra no riso uma estratégia de alívio. Nos dois estágios o nível de aprofundamento de conhecimentos foi elevado, procurando o máximo de fundamentação teórica para justificar a minha ação e o desenvolvimento de competências.

Conclusões Gerais

Em todos os campos de atuação, a ação do Enfermeiro assume um significado relevante para a Pessoa e Família. O resultado dos cuidados de enfermagem deve ser considerado como um importante indicador do desempenho das organizações de saúde. O Enfermeiro Especialista assume um papel determinante na prestação de cuidados, no impacto na Pessoa e Família, nos outros profissionais de saúde e equipa de Enfermagem. No contexto da sua ação deverá estabelecer uma prática baseada na evidência, atendendo à individualidade da Pessoa e Família. O englobar da Pessoa e Família no processo de cuidados é fundamental para a melhoria dos resultados em saúde. A satisfação da Pessoa promove comportamentos de adesão ao tratamento e é promotora da saúde. O envolvimento da Família promove a criação de sinergias para que a Pessoa consiga, de forma positiva, ultrapassar o seu processo de transição de saúde - doença. A diferenciação de atuação entre o Enfermeiro e o Enfermeiro Especialista passa pela capacidade de orientação e referência em todo o processo de cuidados. Para além da experiência profissional o Enfermeiro Especialista deve possuir uma visualização ampla das situações de modo e antecipar problemas e a resolver outros de elevada complexidade, promovendo uma resposta adequada às necessidades da Pessoa. No desempenho dos estágios adquiri competências técnico-científicas no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em EMC, na Comissão de Controlo de Infecção de forma muito satisfatória, participando nas atividades de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às Pessoas internados no CHLN – HPV, desenvolvendo procedimentos para a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados e saúde, relacionadas com a colocação e manutenção de dispositivos médicos vasculares centrais, no âmbito de programa “Cateteres – Taxa de Infecção Zero” e adquirindo competências de elo de ligação com a CCI, compreendendo a função a articulação entre a CCI e os serviços/departamentos/unidades funcionais, facilitando a aplicação sectorial do Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção.

No Serviço de Urgência adquiri competências técnico-científicas e relacionais no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em EMC, prestando cuidados

especializados à Pessoa/Família no SUC de forma muito satisfatória, compreendendo o papel do Enfermeiro no processo de transição saúde/doença da Pessoa e/ou Família no contexto da doença grave, admitida no serviço de urgência e identificando a satisfação dos cuidados de enfermagem segundo a perspectiva da Pessoa. Esta última ação assume para mim um aspeto muito relevante. A dúvida se a Pessoa tem capacidade de avaliar a ação da equipa de Enfermagem ficou para mim dissipada. No entanto todo este processo teve uma importante limitação, relacionada com o facto de a Pessoa preencher o questionário presente na Instituição. Considero que existem grandes desafios nesta área de atuação, assumindo desde já a minha intenção em prosseguir a minha investigação no âmbito do efeito dos cuidados de Enfermagem na Pessoa.

Referências Bibliográficas

- Aitken, L. M. 2003 Critical care nurses' use of decision-making strategies. *Journal of clinical nursing* 12, julho 2003, 476-83.
- APIC. 2006 *Targeting Zero Healthcare Associated Infections*. www.apic.org.
- Andersson, A. , Omberg, M., e Svedlund, M. 2006 Triage in the emergency department- a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in critical care* 11, 2006, 136-45.
- Bauman, E; Fardy, H e Harris, P.. 2003 The profession Getting it right : why bother with patient-centred care? *The Medical Journal of Australia* 179, 2003, 253-256.
- Benner, P. 2001. *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001 ISBN 9789895580521.
- Berenholtz, S., et al. 2004. Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2004, pp. Vol. 32, No. 10, 2014-2020.
- Berril-Cass, D, et al. 2006. Eliminating Nosocomial Infections at Ascencion Health. *Journal on Quality of Medical Care*. 2006, Vol. 32, pp. 612-620.
- Bradshaw, A. 1997 Defining “competency” in nursing (Part I): A policy review. *Journal of clinical nursing* 6, setembro 1997, 347-54.
- Bradshaw, A. 1998 Defining “competency” in nursing (Part II): An analytical review. *Journal of clinical nursing* 7, março 1998, 103-11.
- Carvalho, T. 2010. O impacto do Clima de Serviço, Coordenação Relacional, Fiabilidade Organizacional e Aprendizagem Organizacional na Perceção do Desempenho Organizacional numa clínica de hemodiálise. Tese de Mestrado, Departamento de Gestão, ISCTE Lisboa, Portugal: s.n., 2010.
- CHLN. 2008. Centro Hospitalar Lisboa Norte. [Online] 2008. [Citação: 08 de 12 de 2011.] <http://www.hsm.min-saude.pt/>.
- CHLN. 2008. Centro Hospitalar Lisboa Norte. [Online] 2008. [Citação: 12 de 02 de 2012.] <http://www.hsm.min-saude.pt/>.
- Collière, M. 1999. *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* Lisboa: Lidel, 1999. ISBN972-757-109-3.
- Collière, M. 2003. *Cuidar...a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.

Costa, A., et al. 2010. *Campanha Nacional de Higiene das Mãos - Relatório 2008-2010*. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2010.

Cutcliffe, J., e Herth, K. 2002. The concept of hope in nursing 5: hope and critical care nursing. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)* 11, 2002, 1190-1195.

Davies, A., et al. 1994. Outcomes assessment in clinical settings: A consensus statement on principles and best practices in project management. *Join Commission Journal of Quality Improvement*. 1994, Vol. 20, pp. 6-16.

Direção-Geral de Saúde. 2007. Circular Normativa 18/DSQS/DSC. *Comissões de Controlo de Infecção*. 2007.

Direção-Geral de Saúde. 2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. 2007.

Direção-Geral de Saúde. 2010. Circular Normativa N.º 13/DQS/DSD. *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. 2010.

Direção-Geral de Saúde. 2010. Vigilância Epidemiológica da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea - Protocolo. *Programa Nacional de Prevenção das Infecções Relacionadas com os Cuidados de Saúde*. 2010.

Maki, S. e Dennis, G. 2006. *Disinfection of Needless Catheter Connector and Access Ports With Alcohol May Not Prevent Microbial Entry: The Promise of a Novel Antiseptic-Barrier Cap*. Menyhay, 2006, *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 27, pp. 23-27.

Donabedian, A. 2005. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*. 2005, pp. 83:691-729.

Ferrer, J. e Carlos, J.. 2003. *Para fundamentar a bioética- Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea*. São Paulo: Loyola, 2003. ISBN85-15-03093-4.

Findik, U. Yildiz, S., e Necdet, S. 2010 Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing & health sciences* 12, June 2010, 162-169.

Forsgren, S., Forsman, B. e Carlstrom, E. 2009. Working with Manchester triage - job satisfaction in nursing. *International Emergency Nursing*. 2009, pp. 17 (4): 226-232.

Furuya, Y., et al. 2011. Central Line Bundle Implementation in US Intensive Care Units and Impact on Bloodstream Infections. *Plos One*. 2011, Vol. 6, p. 15452.

Gerdtz, M F, e T K Bucknall. 2001 Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. *Journal of advanced nursing* 35, 2001, 550-61.

- Gobet, F., e Chassy, P. 2008 Towards an alternative to benner`s thory of expert intuition in nursing: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 45, 2008, 129-139.
- Göransson, K., Ehnfors, M., Fonteyn M. e Ehrenberg, A. 2008 Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of advanced nursing* 61, January 2008, 163-72.
- Hadaway, L. e Richardson, D.. 2010. Needleless Connectors: A Primer on Terminology. *The Art and Science of Infusion Nursing*. janeiro/fevereiro de 2010, Vol. 33, pp. 1-10.
- Hadaway, L. 2011. Needleless Connectors: Improving Practice, Reducing Risks. *Journal of the Association for Vascular Acess*. 2011, pp. 20-33.
- Halton, K., et al. 2010. Cost-Effectiveness of a Central Venous Catheter Care Bundle. *Plos One*. 2010, Vol. 5, p. 12815.
- Henderson, V. 1960/2004. *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures : Lusodidacta, 2004 ISBN 978-989-8075-00-0.
- Hesbeen, W. 2000. *Cuidar no Hospital - Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva do Cuidar*. Loures: Lusociência, 2000 ISBN 978-972-8383-11-4.
- Hesbeen, W. 2001. *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e Ação na Perspetiva do Cuidar*. Loures: Lusociência, 2001 ISBN 972-9295-18-2.
- Irwin, R., e Richardson, N. 2006 Patient-Focused Care : Using the Right Tools. *Critical Care Medicine* 2006.
- Larrabee, J H, e Bolden, L. 2001 Defining patient-perceived quality of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality* 16, 2001, 34-60; 74-75.
- Laschinger, H.; Hall, L.; Pedersen, C. e Almost, J. 2005 A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal of nursing care quality* 20, 2005, 220-30.
- Lyneham, J., Parkinson, C. e Denholm, C. 2008. *Intuition in emergency nursing: a phenomenological study*.2008, *International Journal of Nursing Practice*, pp. 101-107.
- José, H. 2010. *Resposta Humana ao Humor: Humor Como Resposta Humana*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2010 ISBN 978-972-8930-56-1.
- Joseph, A. M. 2007. The Impact of Nursing on Patient and Organizational Outcomes. *Nursing Economics*. Janeiro-Fevereiro de 2007, Vol. 25, pp. 30-34.
- Kleinpell, R. M. 2009. Measuring Outcomes in Advanced Praticice Nursing. *Outcome Assessment in Advanced Praticice Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2009, pp. 1-62.

- Klevens, M. R., et al. 2007. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002. *Public Health Reports*. 2007, Vol. 122, pp. 160-166.
- Kohn, L., Corrigan, J. e Donaldson, M. 2001. *To Err Is Human - Building a Safer Health System*. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 2001. ISBN0309068371.
- Kolcaba, K.. 2001. Evolution of the Mild Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*. 2001, Vol. 49, pp. 86-92.
- Lima, A., F., Silva e L., Pereira. 2009. Sofrimento e Contradição: O Significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. *Enfermería Global*. fevereiro, 2009, Vol. 15.
- Lynham, J., Parkinson, C. e Denholm, C.. 2008. Explicating Benner`s concept of expert practice: intuition in emergency nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2008, pp. 380-387.
- MacWay-Jones, K. 1997. *Emergency Triage*. London: BMJ Publishing, 1997.
- Marques, M.. 2000. Percepção «Significativa» dos Cuidados de Enfermagem pelos Utentes Hospitalizados. *Referência*. 2000, Vol. 5.
- Melleis, A. 2010. *Transitions Theory: Middle - Rang and Situation -Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova York: Springer Publishing Company, 2010 ISBN 9780826105349.
- Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2006. Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares. *Programa Nacional de Controlo de Infecção*. 2006.
- Nascimento, E. e Trentini, M. 2004 O Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria Humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-am de Enfermagem* 12, 2004, 250-257.
- Nightingale, F. 1860. *Notes on Nursing: What it is, and what it is not*. Londres : Bookseller to the Queen, 1860 (Online) Acedido a 17 de novembro de 2011 em <http://books.google.com/>.
- O'Grady, N. P., et al. 2011. *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, 2011.
- Ordem dos Enfermeiros. 2002. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*, 2002.
- Ordem dos Enfermeiros. 2006. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, versão 1.0. 2006.

- Perencevich, E. N., et al. 2007. Raising Standards While Watching the Bottom Line: Making a Business Case for Infection Control. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2007, Vols. 10,28, pp. 1121-1133.
- Pina, E., Silva, G. e Ferreira, E. 2010. *Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2010.
- Pronovost, et al. 2006. An Intervention to Decrease Catheter - Related Bloodstream Infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*. 2006, pp. Vol. 355, No. 26, 2725-2732.
- Resnick, B. (2006). Outcomes Research: You do have the time! *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* , 18 505-509.
- Ribeiro, A. 2003. Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida. *Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem S. João para concurso de Provas Públicas para professor-coordenador na área Científica de Ciências em Enfermagem*. Porto: s.n., 2003.
- Ribeiro, A. 2005. O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. 2005, pp. 53-60.
- Ribeiro, O., et al. 2008. Millenium - Revista do Instituto Politécnico de Viseu. *Millenium - Revista do ISPV* . [Online] n.º 35 de novembro de 2008. [Citação: 01 de dezembro de 2011.] <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>.
- Rosa, J., e Basto, M. 2009 Necessidade e Necessidades Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem* 13, 2009, 13-23.
- Schumacher, K. L. e Melleis, A. 1994. Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 1994, pp. Vol. 6, n.º 2, 119-127.
- Sheehy, S. 2001. *Enfermagem de Urgência- da teoria à prática*. Loures : Lusociência, 2001 ISBN 978-972-8930-63-9.
- Silva, A. . 2007. "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e disciplina. *Servir*. 2007, Vol. 55, nº1-2.
- Stewart, M. 2001 Towards a global definition of patient centered care. *British Medical Journal* 2001, 444-445.
- Thomas, L., et al. 1996. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*. 1996, pp. 5:67-72.
- Vieira, M. 2008 *Ser Enfermeiro Da compaixão à Proficiência*. 2ª [LISBOA]: Universidade Católica Portuguesa, 2008 ISBN 9789725401958.

WHO. 2007. Communication during patient hand-overs. *Patient Safety Solutions*. 2007. Vol. 1.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction a valid concept? *Social Science and Medicine* , 509-516.

Wong, C., Laschinger, H. e Cummings, G. 2010. Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*. 2010, Vol. 18.

Apêndice n.º 1 - Registo de Observação da Colocação de CVC



SMI-UCIP-HPV-CHLN

Lista de verificação de procedimentos na colocação de um cateter venoso central

Observação n.º _____ Médico n.º _____ Médico n.º _____ Enfermeiro n.º _____ Enfermeiro n.º _____

Data: __/__/201__	Hora: __:__	Etiqueta do Doente	Tipo de Procedimento <input type="checkbox"/> Programado <input type="checkbox"/> Emergente <input type="checkbox"/> Substituição (Guia) <input type="checkbox"/> Reposicionamento	Localização <input type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/> Jugular <input type="checkbox"/> Femoral	Observação do local inserção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Posicionamento do doente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Informação do procedimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA			N.º de Lúmens <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Verificação do Material (Q.1) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Inserir cateteres com frequência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA				Tamanho do Cateter <input type="checkbox"/> 15cm <input type="checkbox"/> 20cm <input type="checkbox"/> 25cm <input type="checkbox"/> 30cm	

Na preparação do doente e acompanhamento da técnica pelo enfermeiro:	Sim	Sim, após lembrar	NA	Não
Prepara o material conforme o protocolo existente no serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se localização Femoral – Proceder à higiene do local com solução com clorhexidina a 4%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realiza tricotomia com máquina específica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza material de protecção individual durante o procedimento (máscara, avental).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procede à higienização das mãos nos “5 momentos”, inclusive na troca de luvas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antes do procedimento o profissional (e supervisor) que vai colocar o cateter realiza o seguinte conjunto de acções:	Sim	Sim; após lembrar	Não
Observação do local de inserção (Subclávia como primeira escolha).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavagem Cirúrgica das Mãos (Conforme Q.2).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza Máscara, Touca/Gorro, Bata esterilizada e Luvas esterilizadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinfecção com Solução Alcoólica de Clorhexidina 2% corada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respeita o tempo de acção do antisséptico (1 a 3 minutos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza um campo esterilizado cobrindo a totalidade da superfície corporal do doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante o procedimento o profissional (e supervisor) que coloca o cateter realiza o seguinte conjunto de acções:	Sim	Sim; após lembrar	Não
Evita o desbridamento como método de inserção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantém a técnica asséptica durante todo o procedimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Após tentativa falhada é renovado todo o material estéril.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na substituição por fio guia, troca de luvas esterilizadas entre cateteres com higienização das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procede à fixação correcta do cateter com fio de sutura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Número de tentativas realizadas para a colocação do cateter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> >4
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

No final do procedimento o profissional (e supervisor) que coloca o cateter realiza o seguinte conjunto de acções:	Sim	Sim; após lembrar	Não
Conexão dos sistemas de administração mantendo a técnica asséptica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colocação de conectores em todos os lúmens do cateter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção de resíduos de sangue e desinfecção do local com Solução Alcoólica de Clorhexidina 2%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realização do penso com técnica asséptica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilização do tipo de penso adequado (Penso transparente/Penso com gaze). Q.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Q1	<p>Material para colocação do cateter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabuleiro esterilizado com material para colocação de cateter (taça, tina e porta agulhas). • Campo esterilizado para proteção da mesa Campo esterilizado para o procedimento • Luvas e bata esterilizadas; • Clorohexidina 2% solução corada • Compressas esterilizadas 10x10. • Seringa 10cc, Agulha IM, Agulha SC, Lâmina Bisturi nº 11, Linha de Sutura Seda 2/0 • Lidocaína 2% frasco 20ml utilização única • Cloreto de sódio 0,9% ampolas de 10ml • Cateter venoso central com o número de lúmens adequados à quantidade e características das de perfusões. • Penso de Cateter. 	Q2	<p>Processo Lavagem cirúrgica das mãos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remover relógios de pulso, anéis e pulseiras antes de iniciar a preparação cirúrgica das mãos; • Não usar unhas artificiais; • Lavar as mãos com água e sabão antes da preparação pré-cirúrgica das mãos se estiverem visivelmente sujas; • Remover a sujidade dos leitos unguiais com um estilete de unhas sob água corrente; • Manter as unhas curtas; • Utilizar anti-séptico com acção residual, quer seja sabão antimicrobiano, quer solução anti-séptica de base alcoólica, antes de colocar as luvas cirúrgicas; • Na preparação pré-cirúrgica das mãos com sabão anti-séptico, friccionar as mãos e antebraços pelo período de tempo recomendado pelo fabricante do produto, usualmente entre 2 – 5 minutos; • Na preparação pré-cirúrgica das mãos com solução anti-séptica de base alcoólica com acção residual, seguir as instruções do fabricante do produto em relação ao tempo de aplicação. Aplicar o produto sobre as mãos totalmente secas; • Não combinar os produtos (sabão anti-séptico e solução anti-séptica de base alcoólica) em sequência; • Durante a preparação pré-cirúrgica das mãos com solução anti-séptica de base alcoólica, usar uma quantidade de produto suficiente de forma a manter as mãos e antebraços molhados durante o procedimento de preparação cirúrgica das mãos; • Após aplicar a solução anti-séptica de base alcoólica como recomendado, friccionar bem as mãos e antebraços até secarem completamente, e só então colocar luvas estéreis. (Fonte: DGS - Orientação de boa pratica para a higiene das mãos nas unidades de saúde 14.06.2010)
	Q3		<p>Penso transparente</p> <p>É o penso recomendado permitindo a visualização permanente do local de inserção do cateter.</p>

**Apêndice n.º 2 - Registo de Observação dos Cuidados de Enfermagem
à Pessoa com CVC**



SMI-UCIP-HPV-CHLN

Lista de verificação de procedimentos na manutenção de um cateter venoso central

<input checked="" type="checkbox"/> Correcto	<input checked="" type="checkbox"/> Incorrecto	NA – Não se aplica	N.º da observação															
Procedimentos			N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
Realizada a validação diária da necessidade do CVC ou cateter de HD.																		
Verificada a integridade e aspecto exterior do penso protecção.																		
Avaliada se a mudança do penso foi realizada há menos de 2 dias (penso com gaze) ou 7 dias (penso transparente).																		
Higienização das mãos:																		
<ul style="list-style-type: none"> • Antes dos procedimentos ao cateter 																		
<ul style="list-style-type: none"> • Durante os procedimentos ao cateter 																		
<ul style="list-style-type: none"> • Após os procedimentos ao cateter 																		
Realização da mudança do penso com técnica asséptica e verificação do local de inserção e fixação.																		
Utilização de Solução Alcoólica de Clorhexidina 2% para desinfecção do local de inserção na realização do penso																		
Descontaminação dos locais de administração de fluidos com Solução Alcoólica de Clorhexidina 2% e aguarda acção (30'')																		
Verificação da troca de sistemas e conectores < 96 horas.																		

<input checked="" type="checkbox"/> Correcto	<input checked="" type="checkbox"/> Incorrecto	NA – Não se aplica	N.º da observação															
Procedimentos			N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
Realizada a validação diária da necessidade do CVC ou cateter de HD.																		
Verificada a integridade e aspecto exterior do penso protecção.																		
Avaliada se a mudança do penso foi realizada há menos de 2 dias (penso com gaze) ou 7 dias (penso transparente).																		
Higienização das mãos:																		
<ul style="list-style-type: none"> • Antes dos procedimentos ao cateter 																		
<ul style="list-style-type: none"> • Durante os procedimentos ao cateter 																		
<ul style="list-style-type: none"> • Após os procedimentos ao cateter 																		
Realização da mudança do penso com técnica asséptica e verificação do local de inserção e fixação.																		
Utilização de Solução Alcoólica de Clorhexidina 2% para desinfecção do local de inserção na realização do penso																		
Descontaminação dos locais de administração de fluidos com Solução Alcoólica de Clorhexidina 2% e aguarda acção (30'')																		
Verificação da troca de sistemas e conectores < 96 horas.																		

Apêndice n.º 3 - Resultados da Observação dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC

Resultados da Observação dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com CVC

Local de Observação: SMI – UCIP – HPV – CHLN.

Período de Observação: 17 de Outubro a 30 de Outubro.

N.º de Enfermeiros observados: 16 Enfermeiros (84% da equipa).

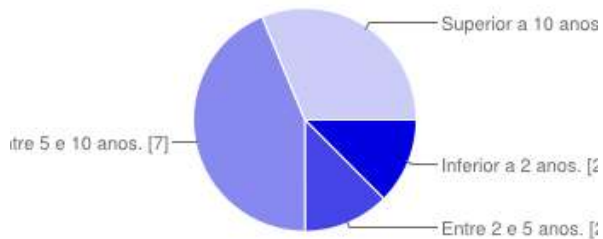
N.º Observações	57									
Grupo I	Sim		Não		Não Aplicável	Não Observado	Técnica Incorrecta			Total
Realizada a validação diária da necessidade do CVC ou cateter de HD.	3	100%	0	0%	61	0	0%	0	0%	3
Verificada a integridade e aspecto exterior do penso protecção.	4	100%	0	0%	60	0	0%	0	0%	4
Avaliada se a mudança do penso foi realizada à menos de 2 dias (penso com gaze) ou 7 dias (penso transparente).	3	100%	0	0%	61	0	0%	0	0%	3
Grupo II										
Lavagem e desinfeção das mãos:										
ÿ Antes dos procedimentos ao cateter	12	19%	49	77%	0	2	3%	1	2%	64
ÿ Durante os procedimentos ao cateter	2	5%	38	95%	24	0	0%	0	0%	40
ÿ Após os procedimentos ao cateter	30	47%	34	53%	0	0	0%	0	0%	64
Grupo III										
Realização da mudança do penso com técnica asséptica e verificação do local de inserção e fixação.	3	43%	4	57%	57	0	0%	0	0%	7
Utilização de Solução Alcoólica de Clorhexidina 2% para desinfeção do local de inserção na realização do penso	4	57%	2	29%	57	0	0%	1	14%	7
Grupo IV										
Descontaminação dos locais de administração de fluidos com Solução Alcoólica de Clorhexidina 2% e aguarda acção (30'')	9	21%	21	50%	22	0	0%	12	29%	42
Grupo IV										
Verificação da troca de sistemas e conectores < 96 horas.	3	100%	0	0%	61	0	0%	0	0%	3

Apêndice n.º 4 – Resultados do Questionário sobre a utilização de conectores no SMI-UCIP-HPV-CHLN

16 respostas

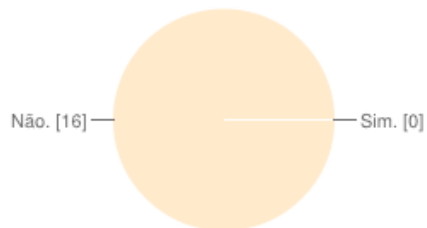
Resumo [Ver as respostas completas](#)

Tempo de experiência profissional?



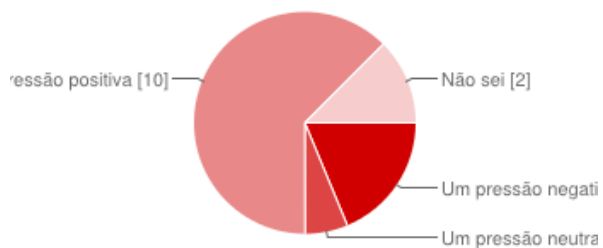
Inferior a 2 anos.	2	13%
Entre 2 e 5 anos.	2	13%
Entre 5 e 10 anos.	7	44%
Superior a 10 anos.	5	31%

Já frequentou alguma formação sobre bioconectores?



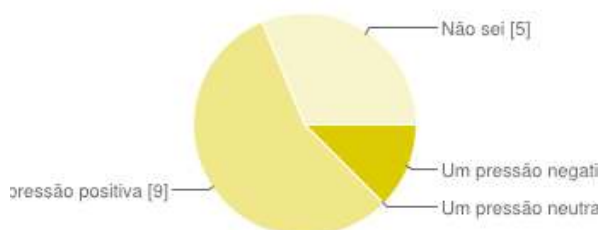
Sim.	0	0%
Não.	16	100%

O bioconector utilizado na UCI para CVC permite criar?



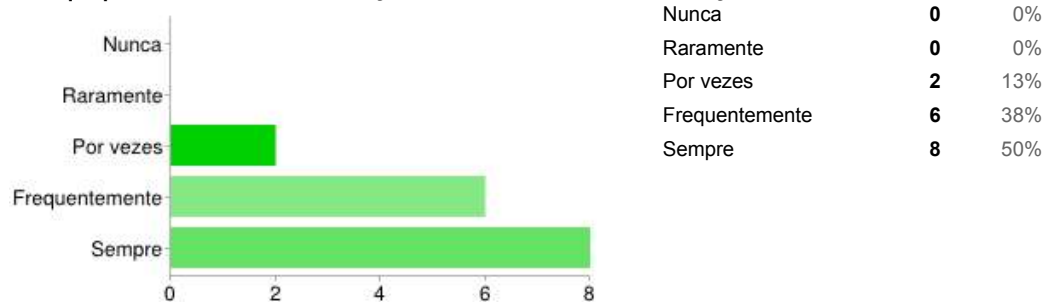
Um pressão negativa	3	19%
Um pressão neutra	1	6%
Uma pressão positiva	10	63%
Não sei	2	13%

O bioconector utilizado na UCI para via periférica permite criar?

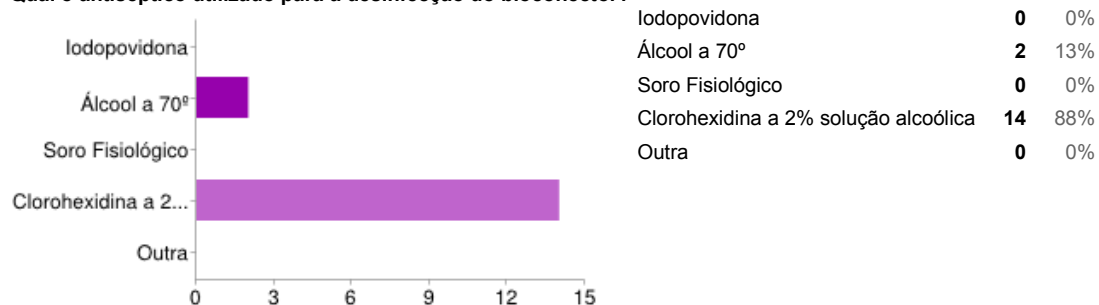


Um pressão negativa	2	13%
Um pressão neutra	0	0%
Uma pressão positiva	9	56%
Não sei	5	31%

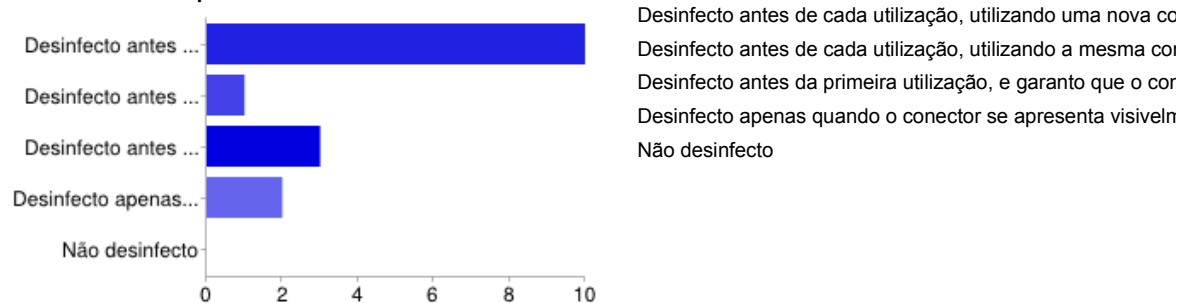
Com que periodicidade faz a desinfecção do bioconector antes da utilização?



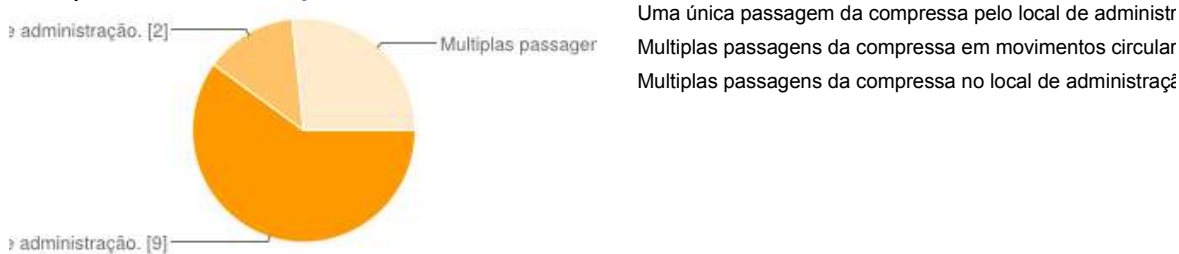
Qual o antisséptico utilizado para a desinfecção do bioconector?



Como define a sua prática com bioconectores?

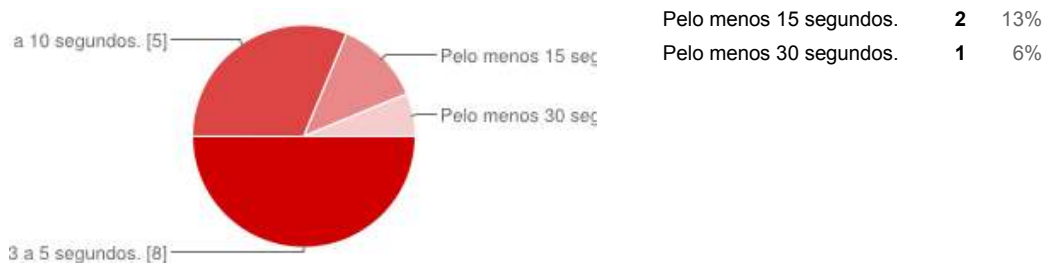


Como procede à sua desinfecção?

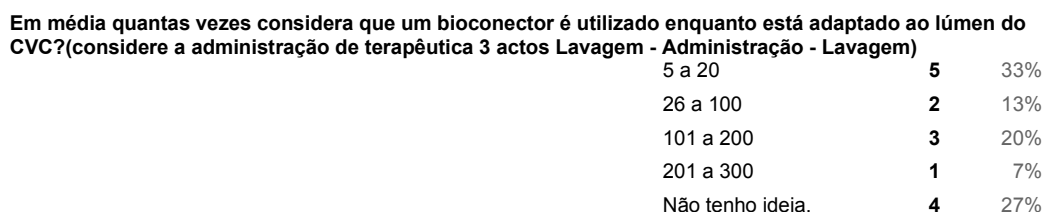
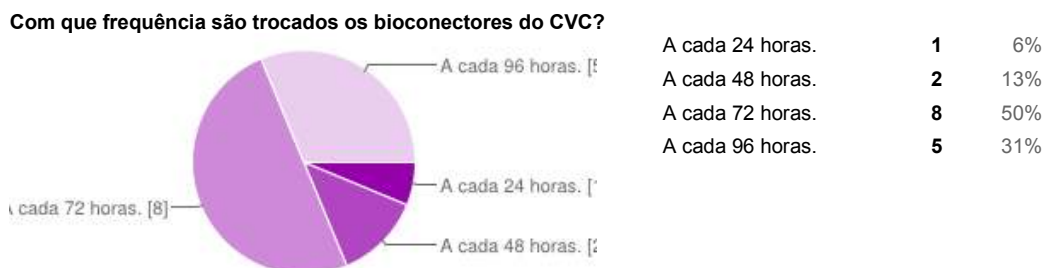
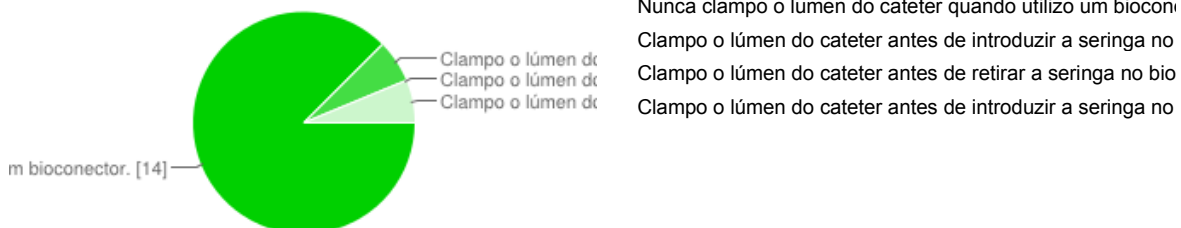


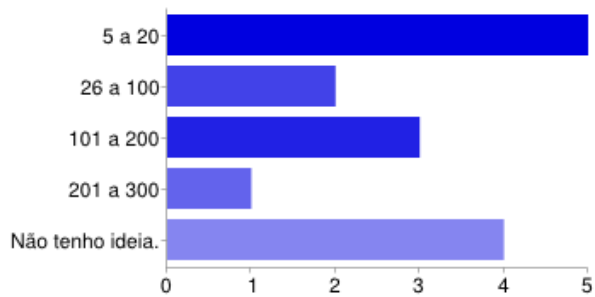
Em média, quanto tempo utiliza para fazer a desinfecção do bioconector?

Entre 3 a 5 segundos.	8	50%
Entre 6 a 10 segundos.	5	31%

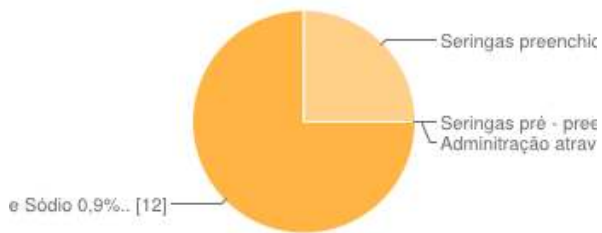


A clampagem do lumen do cateter durante a utilização do bioconector pode ser feita em diferentes momentos, consoante relativamente aos conectores utilizados em CVC?



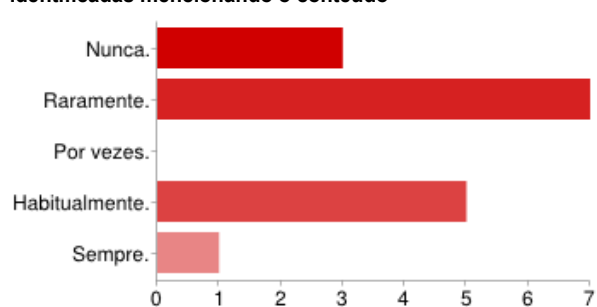


Para lavagem do lúmen normalmente utiliza?



Seringas pré - preenchidas com Cloreto de Sódio 0,9%. (pre
Seringas preenchidas com doses individuais de Cloreto de Sódio 0,9%.
Seringas preenchidas a partir de um balão de Cloreto de Sódio 0,9%.
Administração através de balão e sistema de Cloreto de Sódio 0,9%.

Na utilização de seringas preenchidas Cloreto de Sódio 0,9%, com que frequência as seringas são identificadas mencionando o conteúdo



Nunca.	3	19%
Raramente.	7	44%
Por vezes.	0	0%
Habitualmente.	5	31%
Sempre.	1	6%

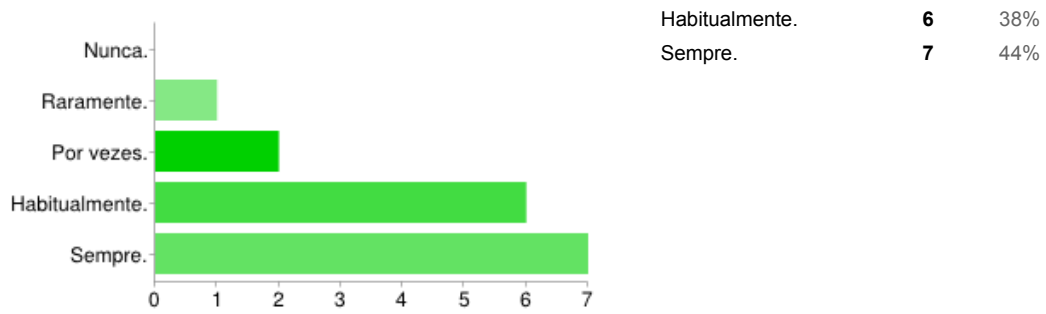
Após a colheita de sangue pelo CVC, com que volume é feita a lavagem do lúmen?



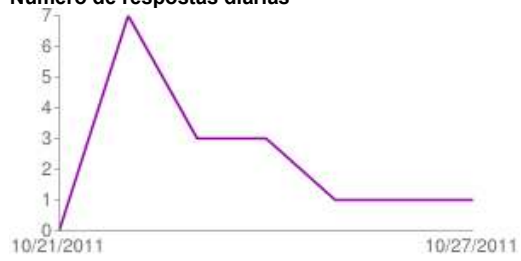
1 a 3 ml.	0	0%
5 ml.	6	38%
10 ml.	4	25%
Até o lúmen não apresentar sangue visível.	6	38%

Utiliza luvas limpas na utilização de um bioconector para administração de terapêutica?

Nunca.	0	0%
Raramente.	1	6%
Por vezes.	2	13%



Número de respostas diárias



**Apêndice n.º 5 – Artigo: A Prática com conectores no SMI-UCIP-
HPV-CHLN - Mitos e Realidades...**

A PRÁTICA COM CONECTORES NO SMI-UCIP-HPV-CHLN

MITOS E REALIDADES...

Autores: Ana Almeida¹¹, Maria Paula Almeida¹², Sónia Albano¹³ e Telmo de Carvalho¹⁴

Resumo

Introdução

O risco associado de lesões provocadas pelas picadas de agulhas motivou a disseminação da utilização de conectores, como adaptação aos lúmens de cateteres centrais e periféricos. Estes dispositivos foram introduzidos na prática dos cuidados da instituição com o objectivo de manutenção dos lúmens não utilizados de cateteres centrais e periféricos. As *Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter – Related Infections* publicadas em 2011 pelo CDC estabelecem orientações específicas para a utilização de conectores.

Método

Integrado no estágio de CCI, procurámos identificar junto dos profissionais de enfermagem do SMI-UCIP-HPV-CHLN através de um questionário enviado por correio electrónico, os conhecimentos e práticas relacionadas com o tipo, indicações, precauções e correcta utilização de conectores.

Resultados

Os conectores utilizados no serviço são de dois tipos, um de pressão neutra e outro de pressão positiva. Apenas 6% identificou correctamente as características do primeiro dispositivo e o segundo dispositivo foi identificado correctamente por 56% dos Enfermeiros inquiridos. Relativamente à desinfecção antes da utilização 87%, afirmam desinfectar frequentemente ou sempre. Na utilização do conector 88% afirma nunca clampar o lúmen após a sua utilização.

Conclusão

Os resultados obtidos revelam lacunas sobre os conceitos e na utilização de conectores. A estratégia para a melhoria é a formação e criação de protocolos para uniformização de procedimentos. É importante alargar esta avaliação a todos os Enfermeiros da instituição e integrar uma formação deste âmbito, no programa de integração e actualização dos elos de ligação dos serviços à CCI, procurando desta forma identificar outras áreas de actuação e auditar as práticas relacionadas com a utilização deste dispositivo.

Palavras Chave: Prevenção, Infecção, Cateter, Conectores e Enfermagem

¹¹ Enfermeira Especialista em Reabilitação – SMI – UCIP – HPV – CHLN

¹² Enfermeira Chefe – Comissão de Controlo de Infecção – Pólo Hospital Pulido Valente – CHLN

¹³ Enfermeira Graduada – Comissão de Controlo de Infecção – Pólo Hospital Pulido Valente – CHLN

¹⁴ Telmo de Carvalho (telmodecarvalho@gmail.com) – Licenciado em Enfermagem, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, Aluno do Curso de Pós – Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Resume

Introduction

The risk of injuries caused by needle sticks caused the spread of the use of conectores as adaptation to the lumens of central and peripheral catheters. These devices were introduced in the practice of nursing on the institution with the aim of keeping unused lumens central and peripheral in catheters. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter - Related Infections published in 2011 by the CDC establish specific guidelines for the use of connectors.

Method

Integrated in the CCI practice, we tried to identify with the nursing staff of the SMI-UCIP-HPV-CHLN through a questionnaire sent by e-mail, knowledge and practices related to the type, indications, precautions and proper use of connectors.

Results

The connectors used on the service are of two types, one gives a neutral pressure and the other gives a positive pressure. Only 6% correctly identified the characteristics of the first device and the second device was correctly identified by 56% of nurses surveyed. For disinfection before use, 87% claim to disinfect frequently or always. When using the connector 88% say they never clamp the lumen after use.

Conclusion

The results obtained reveal gaps in knowledge on the concepts in use of connectors. The strategy for improving this situation is creating training and protocols for standardization of procedures. It is important to extend this assessment to all nurses of the institution and training to integrate this framework, the integration program and updating the linkages of services to the ICC, thus seeking to identify other areas of activity and audit practices related to the use of this device.

Keywords: Prevention, Infection, Catheter, Connectors and Nursing

Introdução

A prática dos cuidados de enfermagem é determinante para a Pessoa e Família, no seu processo de doença. As IACS podem-se ser assumidas em parte como uma consequência directa ou indirecta da prestação de Enfermeiros e outros grupos profissionais. Esta infecção caracteriza-se por ser sistémica que não estar presente nem em incubação no momento da admissão do doente na Unidade de Saúde, sendo diagnosticada clinicamente, confirmada a nível laboratorial através do isolamento do microrganismo e classificada de acordo com a sua origem de acordo com os critérios estabelecidos no Protocolo de Vigilância Epidemiológica da INCS (Direcção-Geral de Saúde, 2010). A diferenciação dos cuidados, a multiplicidade de técnicas invasivas, a disseminação de recursos utilizados em serviços com menores condições para doentes críticos e o prolongamento da sobrevivência das Pessoas, veio determinar um maior risco. A OMS em 2005 estabelece que um em cada quatro doentes na UCI tem um risco elevado de desenvolver uma IACS, identificando em 55 hospitais de 14 países um risco elevado de desenvolver IACS em 8,7% dos doentes (Direcção-Geral de Saúde, 2007). Outro problema surge relacionado com o risco de infecção nosocomial da corrente sanguínea (INCS). Mais de 500.000 INCS ocorrem anualmente nos EUA, na maioria associadas ao cateter venoso central. Para além da mortalidade e morbilidade associadas e com graves consequências para a Pessoa e Família, estas situações levam a um prolongamento do tempo de internamento, aumentando significativamente os custos económicos associados a cada episódio de doença (Menyhay & Maki, 2006).

As *Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter – Related Infections* publicadas em 2011 pelo CDC, estabelecem a importância da formação aos profissionais de saúde relativamente às indicações para a colocação de um cateter, os procedimentos de inserção e manutenção e medidas para a prevenção da INCS, com a definição de *guidelines* e frequente avaliação da adesão dos profissionais às práticas recomendadas (O'Grady, et al., 2011). A nível internacional a APIC em 2006 estabelece uma estratégia de prevenção da INCS com o objectivo de reduzir a zero as IACS, considerando o impacto destas situações na Pessoa e Família (APIC, www.apic.org). Em 2008, o IHI estabelece o “5 Million Lives Campaign” com o objectivo de prevenir a ICS através da implementação dos 5 factores determinantes da *bundle* da colocação do CVC (5 Million Lives Campaign, www.ihl.org).

O risco associado de lesões provocadas pelas picadas de agulhas motivou a disseminação da utilização de conectores, como adaptação aos lúmens de cateteres centrais e periféricos. Os fabricantes foram apresentando evoluções destes dispositivos, no entanto sem um adequado acompanhamento científico que permitisse concluir sobre as vantagens da sua utilização. A indústria apostou no desenvolvimento destes dispositivos, atribuindo-lhes diferentes características e indicações para utilização, conferindo várias especificidades e algumas limitações à sua utilização (Hadaway & Richardson, 2010). As *Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter – Related Infections* publicadas este ano pelo CDC estabelecem orientações específicas para a utilização de conectores (O'Grady, et al., 2011). Estas orientações estabelecem a utilização de conectores em alternativa a torneiras de três vias para aceder aos sistemas de administração intravasculares. Os autores referem ainda não estar demonstrado um maior risco de infecção relacionada com o cateter associada à utilização de torneira de três vias, no entanto estabelecem que a necessidade de abrir o sistema para a administração conduz a um maior risco, comparado com a utilização de conectores. Casey, *et al* (2007) estabelecem através de um estudo comparativo a vantagem na utilização de prolongamentos com conectores em relação às torneiras de três vias na prevenção da infecção relacionada com o cateter. A recomendação para a utilização de conectores tem orientações específicas para a desinfecção dos locais de inserção com solução alcoólica de clorhexidina a 2% ou álcool a 70° e a utilização preferencial de conectores com acesso através de zonas de inserção septadas em relação às válvulas mecânicas, que segundo os autores estão associadas a um maior risco de infecção relacionada com o cateter (O'Grady, et al., 2011).

Enquadramento

Os conectores são dispositivos que estabelecem uma alternativa à utilização de agulha, permitindo a redução do risco da exposição dos profissionais de saúde a lesões relacionadas com a exposição a agulhas. Estes dispositivos são classificados segundo a sua complexidade. Os mais simples não possuem dispositivos internos, são constituídos por uma zona onde é introduzida a seringa constituída por um plástico septado, com uma zona circundante simples ou com a adaptação da seringa *luer – lock*. Os dispositivos complexos são constituídos por um mecanismo interno denominado válvula mecânica. Este mecanismo controla o fluxo dentro do dispositivo e permite que este circule em ambas as direcções. O tipo de funcionamento de ambos os dispositivos é

determinado pela pressão da solução residual presente no interior do dispositivo no momento da conexão e desconexão da seringa. Os dispositivos de pressão negativa permitem o refluxo quando a seringa está adaptada ou quando é desadaptada, existindo um risco de refluxo de sangue para o lúmen do cateter elevado e consequente oclusão. Estes dispositivos não possuem válvula mecânica. Outros dispositivos permitem a criação de uma pressão positiva no momento da desconexão da seringa. Uma válvula mecânica permite criar um reservatório de fluido durante a administração que é libertado após a desconexão da seringa. Quando existe a adaptação de uma seringa ou sistema de administração, a válvula fica inactiva permitindo o refluxo de sangue para o lúmen do cateter. Os dispositivos denominados neutros possuem um dispositivo que apenas evita o refluxo de sangue para o lúmen na conexão e desconexão da seringa. Na verdade existe refluxo, no entanto o volume verificado é insignificante (cerca de 0,02ml). Outros dispositivos podem ser considerados neutros, estes são constituídos por uma membrana de silicone côncava com uma fenda que actua como uma válvula impedindo o refluxo de sangue imediatamente quando termina o conteúdo da seringa. (Hadaway & Richardson, Needleless Connectors: A Primer on Terminology, 2010)

O material com que é fabricado e o desenho exterior são fundamentais para o funcionamento do conector. A resistência do material é determinante, pelo que são utilizados vários plásticos com resistência ou sensibilidade à temperatura para a constituição externa. Nos mecanismos internos podem ser utilizadas peças metálicas. No seu fabrico interno são utilizados materiais biocompatíveis como o silicone, polyester, polietileno, policarbonatos e aço inoxidável. As características do desenho externo dos conectores são importantes na medida em que permitem a visualização do interior do dispositivo. Os totalmente opacos não permitem verificar a existência de resíduos de medicamento ou sangue no interior do dispositivo. Também existem dispositivos parcialmente opacos atribuindo uma limitada visibilidade do seu interior. A configuração da superfície de adaptação ao conector é fundamental para o seu funcionamento e para a prevenção da infecção relacionada com a utilização destes dispositivos. Existem múltiplas configurações que vão desde as superfícies lisas, às irregulares e até dispositivos em que este local é protegido com uma tampa de protecção. (Hadaway & Richardson, Needleless Connectors: A Primer on Terminology, 2010) As tampas podem possuir um papel determinante na prevenção da infecção relacionada com estes dispositivos. Num estudo comparativo entre a desinfectação do

local de conexão com álcool a 70° e a utilização de tampas com barreira anti-séptica demonstrou que a desinfecção durante 3 a 5 segundos não assegurava uma ideal protecção, contrastando com as tampas com que se evidenciou um nível de prevenção elevado. (Menyhay & Maki, 2006) O local de adaptação da seringa pode ser através de um plástico septado que após a introdução da seringa permite o fluxo, podendo ter um dispositivo de segurança que previna a desconexão acidental. O *luer lock* consiste numa configuração tipo rosca no local de inserção, permitindo a correcta fixação da seringa que deve possuir uma configuração especial no local de adaptação no conector, conferindo um segurança absoluta na prevenção da desconexão acidental. Este acesso pode ser activado manualmente ou através de uma válvula mecânica activada após enroscar a seringa ao conector (Hadaway & Richardson, *Needleless Connectors: A Primer on Terminology*, 2010).

Nos conectores sem dispositivos internos a sua acção é dependente da pressão exercida pelo operador no momento da administração do fluído, pelo que deve ser feita uma administração vigorosa para permitir uma determinada pressão no lúmen para uma desconexão eficaz após o lúmen ser clampado. Os dispositivos internos permitem uma determinada acção dos conectores, dependendo da sua configuração e modo de funcionamento. As válvulas mecânicas permitem abrir e fechar o trajecto por onde passa o fluxo no interior do conector. O sistema mecanizado é activado com a introdução da seringa no conector. Os dispositivos mecânicos de pressão negativa permitem apenas aceder ao trajecto de fluxo, encerrando-o imediatamente após a retirada da seringa. A pressão positiva é obtida através da acumulação de um determinado volume residual no final da administração através do conector, que com a acção do dispositivo mecânico accionado com a retirada da seringa, é introduzido pelo lúmen permitindo evitar o refluxo sanguíneo (Hadaway & Richardson, *Needleless Connectors: A Primer on Terminology*, 2010). Após a retirada da seringa o lúmen deve ser clampado (Hadaway, *Needleless Connectors: Improving Practice, Reducing Risks*, 2011). Esta prática permite evitar a oclusão através de trombos acumulados nos orifícios distais do cateter em contacto com a circulação sanguínea ou a necessidade de utilizar heparina para a manutenção do lúmen permeável. Outro sistema mecanizado pode ser accionado através de um septo proeminente que após accionado com a introdução da seringa permite aceder a uma cânula interna que conduz o fluxo no interior do conector. O dispositivo de entrada é revestido com silicone permitindo o revestimento da entrada

e prevenção da entrada de microorganismos. As válvulas sensíveis à pressão foram introduzidas recentemente e podem ser utilizadas exclusivamente como dispositivos ou em conjunto com os dispositivos descritos anteriormente. A grande diferença verifica-se no desencadeamento da acção do dispositivo mecânico. Este dispositivo tem a capacidade de accionar o seu dispositivo imediatamente após o término do fluxo administrado e antes da desconexão da seringa, prevenindo de forma mais eficaz o refluxo sanguíneo para o lúmen do cateter (Hadaway & Richardson, *Needleless Connectors: A Primer on Terminology*, 2010).

O tipo de fluxo permitido dentro destes conectores é diferente consoante a existência ou configuração dos dispositivos internos. O fluxo laminar mantendo o mesmo padrão através dos dispositivos, é o que mais semelhanças apresenta com o tipo de fluxo existente nos vasos sanguíneos. O fluxo decorre em camadas concêntricas, com o fluxo central a efectuar-se de forma mais rápida. Outros dispositivos possuem mecanismos internos que provocam um fluxo turbulento. Esta turbulência possui um efeito negativo, danificando as camadas das paredes das células sanguíneas, expondo a membrana basal e desencadeando o processo de coagulação. No entanto não existem evidências do impacto deste fluxo no interior dos conectores. Relativamente à segurança na utilização destes conectores é importante identificar a existência de dispositivos internos constituídos por peças metálicas em exames como a ressonância magnética.

Método

Integrado no estágio no âmbito do Controlo da Infecção Hospitalar da Especialidade Médico – Cirúrgica da UCP - ICS, procurámos identificar junto dos profissionais de enfermagem do SMI-UCIP-HPV-CHLN os conhecimentos e práticas relacionadas com o tipo, indicações, precauções e correcta utilização de conectores. Para isso elaborámos um questionário online¹⁵ adaptado do de um estudo realizado a 4000 profissionais de saúde. Neste estudo Hadaway (2011) identifica que apenas 25% identifica correctamente o tipo de conector que utiliza e 52,8% o utiliza de forma correcta. Actualmente existem múltiplos dispositivos, com definição de diferentes e indicações de utilização; no entanto os profissionais de saúde possuem pouca informação nesta

¹⁵ Anexo n.º 1

área, podendo a utilização destes dispositivos levar a algumas confusões (Hadaway & Richardson, Needleless Connectors: A Primer on Terminology, 2010).

Resultados

Foram enviados 19 questionários a Enfermeiros do SMI-UCIP-HPV-CHLN e responderam 16 (84%). Os inquiridos caracterizam-se por 31% possuir um tempo de experiência profissional superior a 10 anos, 44% entre 5 a 10 anos e 25% inferior a 5 anos (Tabela n.º 1). Nenhum dos profissionais afirmou já ter frequentado uma formação específica sobre conectores.

N.º de Enfermeiros do SMI – UCIP – HPV - CHLN	19	
N.º de respostas recebidas	16	84%
Tempo de experiência profissional?		
Inferior a 2 anos.	2	13%
Entre 2 e 5 anos.	2	13%
Entre 5 e 10 anos.	7	44%
Superior a 10 anos.	5	31%

Nenhum dos artigos consultados estabelece uma classificação de conectores orientados exclusivamente para via periférica ou para via central. De facto, a disponibilização de vários dispositivos com diferentes indicações de manuseamento pode levar a uma incorrecta utilização e conseqüente ausência de eficácia, não existindo estudos que suportem a diferenciação entre conectores de utilização periférica e de utilização central (Hadaway, Needleless Connectors: Improving Practice, Reducing Risks, 2011). Os conectores utilizados no serviço actualmente são de dois tipos, um não possui dispositivo interno mecânico conferindo uma pressão neutra e outro com um dispositivo interno mecânico que confere uma pressão positiva. Foi convencionado sem nenhuma evidência científica a utilização no serviço do primeiro para o acesso vascular central e o segundo para o acesso vascular periférico. Relativamente ao primeiro apenas 6% (n=1) identificou correctamente as características deste dispositivo e o segundo foi identificado correctamente por 56% (n=9) dos Enfermeiros inquiridos.

Relativamente à desinfecção antes de cada utilização, Hadaway (2011) identifica que 5,8% dos profissionais não desinfectava do conector antes da sua utilização. Nos

resultados obtidos, apenas 13% (n=2) referem desinfetar por vezes o conector antes da utilização e os restantes 87%, afirmam desinfetar frequentemente (38%, n=6) e sempre (50%, n=8). A substância utilizada é solução alcoólica de clorhexidina a 2% por 87% (n=14) e álcool a 70° por 13% (n=2) dos Enfermeiros. No método utilizado 63% (n=10) desinfecta antes de cada utilização com uma nova compressa esterilizada em cada desinfecção e apenas 13% (n=2) o faz com multiplas passagens da compressa em movimentos circulares em redor do local de administração. O tempo de desinfecção de 3 a 5” é utilizado por 50% (n=8) dos Enfermeiros e 19% (n=3) utiliza entre os 15 e os 30” para realizar a técnica.

A correcta técnica de utilização do conector preconiza sempre a clampagem do lúmen após a utilização do dispositivo, no entanto 88% (n=14) afirma nunca clampar o lúmen após a sua utilização. Está protocolado no serviço troca de todos os sistemas de administração intravenosa a cada 96 horas, com excepção dos sistemas de administração de sangue, derivados ou lípidos. A orientação do CDC estabelece a troca de conectores a cada 72 horas ou de acordo com as recomendações do fabricante. Neste caso, o fabricante de ambos os conectores utilizados no serviço recomenda a troca de 7 em 7 dias, ou após 150 utilizações no dispositivo com válvula mecânica e 300 no dispositivo simples de pressão neutra. Dos enfermeiros questionados 31% (n=5) afirmam trocar estes dispositivos a cada 96 horas e 50% (n=8) a cada 72 horas.

Na lavagem do lúmen após a colheita de sangue, 62% (n=10) dos Enfermeiros realiza esta técnica com a 5 a 10 ml de cloreto de sódio 0,9%, no entanto 32% (n=6) refere utilizar apenas a quantidade suficiente para não existir sangue visível no lúmen. É de salientar que ambos os conectores utilizados no serviço são opacos, não permitindo visualizar o seu interior, não podendo ser feita uma confirmação visual da existência de sangue no seu interior.

Conclusão

Este artigo pretende modificar o paradigma existente na instituição relativamente à utilização de conectores. De facto, estes dispositivos foram introduzidos na prática dos cuidados com o objectivo de manutenção da permeabilidade dos lúmens não utilizados de cateteres centrais e periféricos. Desde o início que foi estabelecida esta distinção e estabelecidos diferentes dispositivos para cada utilização. A norma de boas práticas na prevenção e no controlo de infecções nosocomiais - recomendações para a prevenção da infecção relacionada com cateteres vasculares publicada em 2008 e que regula os

cuidados ao cateter na instituição, não estabelece recomendações directas para a utilização destes dispositivos. Os resultados obtidos revelam lacunas sobre os conceitos e na utilização de conectores. A estratégia para a melhoria desta situação é formação e criação de protocolos para uniformização de procedimentos. É fundamental que a instituição tome uma posição relativamente à recomendação do CDC, que preconiza a utilização destes dispositivos para acesso a sistemas de administração intravascular (O'Grady, et al., 2011). É importante a definição de apenas um tipo de dispositivo a ser utilizado em toda a instituição a fim de evitar erros de procedimentos na sua utilização. Por fim consideramos importante alargar esta avaliação a todos os Enfermeiros da instituição e integrar uma formação deste âmbito, no programa de integração e actualização dos elos de ligação dos serviços à CCI, procurando desta forma identificar outras áreas de actuação e auditar as práticas relacionadas com a utilização deste dispositivo.

1 Bibliografia

- APIC. (s.d.). Targeting Zero Healthcare Associated Infections. *www.apic.org* .
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berril-Cass, D., Adkins, F. W., Jones, P., & Fakh, M. G. (2006). Eliminating Nosocomial Infections at Ascencion Health. *Journal on Quality and Patient Safety* , 32, 612-620.
- Carvalho, T. (2010). O impacto do Clima de Serviço, Coordenação Relacional, Fiabilidade Organizacional e Aprendizagem Organizacional na Percepção do Desempenho Organizacional numa clínica de hemodiálise. *Tese de Mestrado, Departamento de Gestão, ISCTE*. Lisboa, Portugal.
- Casey, A. L., Burnell, S., Whinn, H., Worthington, T., Faroqui, M., et al. (Março de 2007). A prospective clinical trial to evaluate the microbial barrier of a needleless connector. *Journal Hospital Infection* , pp. 65(3):212-218.
- Davies, A. R., Doyle, M. A., Lansky, D., Rutt, W. O.-S., & J.B., D. (1994). Outcomes assessment in clinical settings: A consensus statement on principles an best practices in project management. *Joint Comission Journal of Quality Improvement* , 20, 6-16.
- Direcção-Geral de Saúde. (2007). Circular Normativa 18/DSQS/DSC. *Comissões de Controlo de Infecção* .
- Direcção-Geral de Saúde. (2010). Circular Normativa N.º 13/DQS/DSD. *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* .
- Direcção-Geral de Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde. (2010). Vigilância Epidemiológica da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea - Protocolo. *Programa Nacional de Prevenção das Infecções Relacionadas com os Cuidados de Saúde* .
- Ferrer, J. J., & Álvarez, J. C. (2003). *Para fundamentar a bioética- Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea*. São Paulo: Loyola.

- Furuya, Y. E., Dick, A., Perencevich, E. N., Pogorzelska, M., & Godmann, D. (2011). Central Line Bundle Implementation in US Intensive Care Units and Impact on Bloodstream Infections. *Plos One* , 6, 15452.
- Hadaway, L. (2011). Needleless Connectors: Improving Practice, Reducing Risks. *Journal of the Association for Vascular Access* , 20-33.
- Hadaway, L., & Richardson, D. (2010). Needleless Connectors: A Primer on Terminology. *Journal of Infusion Nursing* , 33, 1-10.
- Halton, K. A., Cook, D. P., Safdar, N., & Graves, N. (2010). Cost-Effectiveness of a Central Venous Catheter Care Bundle. *Plos One* , 5, 12815.
- Joseph, A. M. (2007). The Impact of Nursing on Patient and Organizational Outcomes. 25, 30-34.
- Kleinpell, R. M. (2009). Measuring Outcomes in Advanced Practice Nursing. In R. M. Kleinpell, *Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing* (pp. 1-62). New York: Springer Publishing Company.
- Klevens, M. R., Edwards, J. R., Horan, T. C., Gaynes, R. P., Pollock, D. A., & Cardo, D. M. (2007). Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002. *Public Health Reports* , 122, 160-166.
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2001). *To Err Is Human - Building a Safer Health System*. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mild Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook* , 49, 86-92.
- Menyhay, S. Z., & Maki, D. G. (2006). Disinfection of Needleless Catheter Connector and Access Ports With Alcohol May Not Prevent Microbial Entry: The Promise of a Novel Antiseptic-Barrier Cap. *Infection Control and Hospital Epidemiology* , 27, 23-27.
- Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2006). Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares. *Programa Nacional de Controlo de Infecção* .
- O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., et al. (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.

Perencevich, E. N., Stone, P. W., Wright, S. B., Carmeli, Y., Fisman, D. N., & Cosgrove, S. E. (2007). Raising Standards While Watching the Bottom Line: Making a Business Case for Infection Control. *Infection Control and Hospital Epidemiology* , 10,28, 1121-1133.

Apêndice n.º 6 – Inquérito de Satisfação dos Cuidados de Enfermagem e Consentimento Informado

Estimado utente do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria,

O meu nome é Telmo de Carvalho, sou Enfermeiro e estou a realizar um estudo sobre “O Efeito dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa” no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Para isso estou a aplicar um questionário de satisfação que pretende **avaliar a frequência com que determinadas acções foram realizadas pelos Enfermeiros do Serviço de Urgência e o seu grau de satisfação no atendimento por parte dos Enfermeiros.**

O preenchimento do questionário tem a duração de cerca de 10 minutos, **é anónimo e confidencial e a sua participação é voluntária.** É composto de 20 questões divididas em 3 grupos. O grupo I com a caracterização, o grupo II possui 14 questões de avaliação da frequência e o Grupo III com 6 questões relativas à sua satisfação e termina com a palavra “Fim”.

Relativamente às questões e afirmações, assinale com uma cruz (X) no quadrado respectivo.

Agradeço desde já sua colaboração.

Grupo I

Idade

Entre 18 de 45 anos	<input type="checkbox"/>
Entre 46 e 64 anos	<input type="checkbox"/>
Superior a 65 anos	<input type="checkbox"/>

Grupo II

Classifique com que frequência...:

Afirmação	Classificação			
	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica
Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de Enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe informação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiu que os Enfermeiros se preocupavam em fazer ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoa mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando deve utilizar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltaram a repetir a informação)?	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica
Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe a informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica
Os enfermeiros preocupavam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário fazê-lo)?	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica
Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica
Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica
Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica
Sentiu que os enfermeiros deram importância aos seus problemas?	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica
Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento aos utentes?	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica

Grupo III

Avalie a sua satisfação...:

Afirmação	Classificação			
Relativamente à forma como os enfermeiros lhe explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	Satisfeito	Nem insatisfeito/ Nem Satisfeito	Insatisfeito	Não se aplica
Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital	Satisfeito	Nem insatisfeito/ Nem Satisfeito	Insatisfeito	Não se aplica
Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos	Satisfeito	Nem insatisfeito/ Nem Satisfeito	Insatisfeito	Não se aplica
Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados (não o destapar, ou quando necessário colocar biombos).	Satisfeito	Nem insatisfeito/ Nem Satisfeito	Insatisfeito	Não se aplica
Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço).	Satisfeito	Nem insatisfeito/ Nem Satisfeito	Insatisfeito	Não se aplica
Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	Satisfeito	Nem insatisfeito/ Nem Satisfeito	Insatisfeito	Não se aplica

Muito Obrigado pelo tempo dispensado a responder a este questionário

Fim.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “O Efeito dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa – Satisfação dos Cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência Central”

Estimado utente do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, estou a realizar um estudo sobre “O Efeito dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa” no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Para isso estou a aplicar um questionário de satisfação que pretende avaliar a frequência com que determinadas acções foram realizadas pelos Enfermeiros do Serviço de Urgência e o seu grau de satisfação no atendimento por parte dos Enfermeiros.

O estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Lisboa Norte. É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, sendo garantido o anonimato pelo que os dados pessoais registados no consentimento penas são destinados para o efeito.

A sua participação é voluntária e pode em qualquer altura recusar a participação neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Agradeço a sua colaboração.

Enfermeiro Telmo de Carvalho

Assinatura/s:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

Apêndice n.º 7 – Tabela de Variáveis e *Alpha de Cronbach*

Tabela de resultados da análise correlação entre as variáveis e *Alpha de Cronbach*

Variáveis	1	2	3	4	5	
1. Eficácia na Comunicação	$\alpha=0,58$					
2. Utilidade da Informação	0,24	$\alpha=0,67$				
3. Qualidade no Atendimento	0,11	0,16	$\alpha=0,28$			
4. Prontidão na Assistência	-0,09	-0,08	-0,14	***		
5. Manutenção do Ambiente Terapêutico	0,14	0,34*	0,48**	-0,05	$\alpha=0,24$	
6. Promoção da Continuidade dos Cuidados	0,21	0,72**	-0,01	-0,02	-0,09	$\alpha=0,50$

* - Correlação significativa $\rho < 0,05$

** - Correlação significativa $\rho < 0,01$

*** .- Apenas 1 questão para avaliar esta dimensão.

Anexo n.º 1 – Autorização para aplicação do formulário SUCEH²¹

06 de dezembro de 2011

Boa tarde Telmo,

Ana Leonor Alves Ribeiro, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autora do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH) vem por este meio, autorizar a utilização do referido formulário, desde que respeitados os passos para a sua correta utilização, estudo relativamente aos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência, a satisfação do doente relativamente aos cuidados de enfermagem.

Ana Leonor Alves Ribeiro - Professora Coordenadora

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. Antonio Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Ext: 163

Tel: +351225073500

Fax: +351225096337

EMAIL: ana@esenf.pt

Anexo n.º 2 – Formulário SUCEH²¹

SUCEH₂₁ - Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos **cuidados de enfermagem** durante a sua estadia no **hospital**

Se estes factos aconteciam:

Faça um círculo no

Sempre 3

Às vezes 2

Nunca 1

Não se aplica/Sem opinião 0

1	Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação?	3	2	1	0
2	Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3	Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
7	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
8	Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)?	3	2	1	0
9	Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si)?	3	2	1	0
10	Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário fazê-los)?	3	2	1	0
15	Quando esteve internado, e necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	3	2	1	0
18	Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	3	2	1	0
19	Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
23	Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0
24	Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
25	Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	3	2	1	0

Se está:

Faça um círculo no

Satisfeito 3

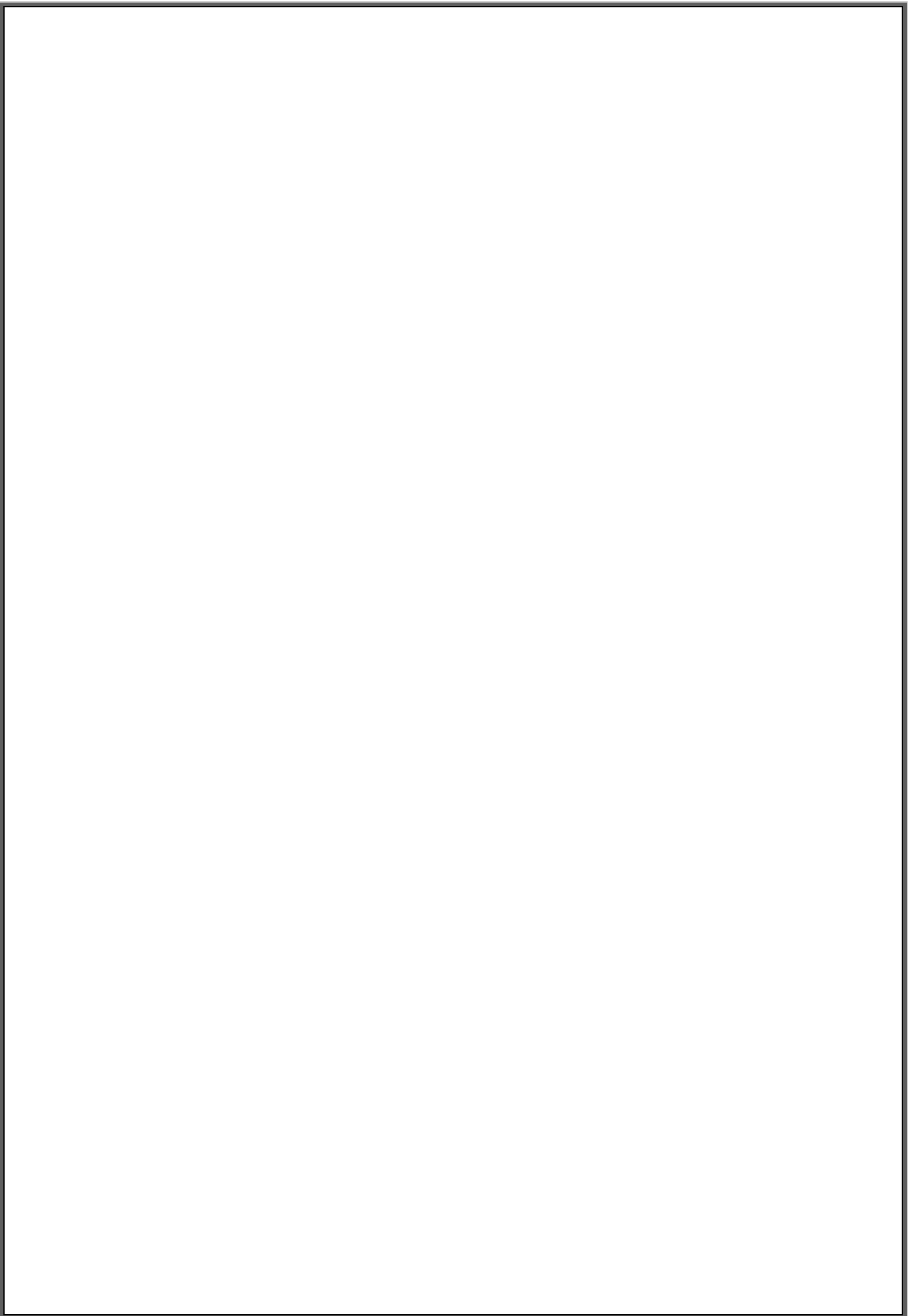
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 2

Insatisfeito 1

Não se aplica/ Sem opinião 0

6	Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	3	2	1	0
11	Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital	3	2	1	0
16	Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos	3	2	1	0
17	Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados (não o destapar, ou quando é necessário colocar biombos,...)	3	2	1	0
20	Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	3	2	1	0
28	Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	3	2	1	0

Muito Obrigado pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito.



SUCEH₂₁ ~ Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos **cuidados de enfermagem** durante a sua estadia no **hospital**

Se estes factos aconteciam:

Faça um círculo no

Sempre 3

Às vezes 2

Nunca 1

Sem opinião 0

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| • Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário fazê-los)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Quando esteve internado, e necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes? | 3 | 2 | 1 | 0 |

Se está:

Faça um círculo no

Satisfeito 3

Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 2

Insatisfeito 1

Sem opinião 0

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| • Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido) | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados (não o destapar, ou quando é necessário colocar biombos,...) | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço) | 3 | 2 | 1 | 0 |
| • Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava | 3 | 2 | 1 | 0 |

Muito Obrigado pelo tempo e apoio dispensado ao responder a este inquérito.

Factor / Dimensão	Questões				
Eficácia na comunicação	6	7	8		
Utilidade da informação	1	2	5	9	10
Qualidade no atendimento	18	24	11	17	28
Prontidão na assistência	15	16			
Manutenção do Ambiente terapêutico	19	23	25	20	
Promoção da continuidade de cuidados	3	4			

NOTA EXPLICATIVA DAS DIMENSÕES da SUCEH

Eficácia na comunicação

Estes itens parecem reflectir o modo como os indivíduos perceberam o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles. Na generalidade, o conteúdo dos itens refere-se ao comportamento adoptado pelo enfermeiro na transmissão da informação. Está subjacente a ideia de que, mais do que a transmissão da informação, é fundamental que o *feedback* se estabeleça, tornando assim o processo mais eficaz. O enfermeiro promove estratégias para melhorar o nível de compreensão da informação que transmite e, simultaneamente, tem a preocupação de saber se as mesmas foram eficazes.

Utilidade da informação

Estes itens parecem expressar a ideia geral de que mais importante do que o conteúdo da informação que se transmite, é o modo como o indivíduo a rentabiliza. Parece tratar-se de um conjunto de informação que expressa uma acção consequente dos conteúdos apreendidos no momento em que o enfermeiro, por necessidades específicas daquele indivíduo, tem de desenvolver um ensino adequado à situação. Neste sentido, o doente manifesta opinião favorável ao pressuposto de que a informação fornecida pelo enfermeiro tem um objectivo prático que, em última análise, deve servir para obter por parte do doente um melhor nível de colaboração, tendo em vista melhorar os resultados. A informação transmitida ao doente tem subjacente uma adequada utilização que promova, naturalmente, uma maior competência para lidar com as novas situações de saúde.

Qualidade no atendimento

Estes itens parecem reflectir a ideia geral de que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve todo um trabalho centrado nas necessidades e características pessoais de cada utente. O enfermeiro desenvolve a sua actividade centrada naquela pessoa, face às suas circunstâncias de contexto e situação clínica. O modo como o enfermeiro personaliza os cuidados que presta situa-se em todo o processo terapêutico, desde o momento da admissão do doente até aos cuidados que recebe durante o internamento.

Prontidão na assistência

Os itens parecem reflectir a ideia geral de relação entre a disponibilidade e a capacidade de resposta às situações, ou seja, o facto dos enfermeiros se mostrarem disponíveis quando o doente necessitava de apoio e de resposta, em tempo útil.

Manutenção do Ambiente terapêutico

Os itens parecem reflectir a ideia de que os indivíduos se encontravam satisfeitos com a atitude do enfermeiro no processo de relação e de comunicação que se estabelece na unidade de internamento, nomeadamente, pela capacidade do enfermeiro criar um ambiente que proporcionasse ao indivíduo doente bem estar nível relacional, como suporte básico para que o processo de cuidar se torne mais fácil e eficaz.

Promoção da continuidade de cuidados

Os itens parecem expressar a ideia da preocupação de envolvimento da família ou pessoas mais próximas do doente para que compreendam e colaborem com os serviços e com o doente no processo de cuidados. A ideia geral é de que a ajuda e apoio ao indivíduo doente não se esgotam no interior dos serviços de internamento, implicando continuidade de cuidados, realçando a necessidade de preparação do doente/prestador de cuidados para a alta hospitalar, numa perspectiva de continuidade dos cuidados.

Anexo n.º 3 – Parecer da Comissão de Ética e autorização do Conselho de Administração do CHLN.

Directora Clínica do Serviço de Urgência
Central do Hospital de Santa Maria.

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação no Serviço de Urgência Central sobre a temática do efeito dos cuidados de enfermagem na pessoa em contexto de urgência.

Eu, Telmo Farinha Ramos Fernandes de Carvalho, aluno do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, venho por este meio solicitar autorização para aplicação de um questionário de satisfação dos cuidados de enfermagem devidamente validado (SUCEH) aos utentes considerados urgentes que recorrem ao Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria.

Os profissionais de saúde são os agentes directos na prestação de um serviço que depende da sua capacidade técnica e dos recursos existentes na instituição, exigindo uma estrutura de suporte adequada às necessidades do cliente e capacidade de gerir as interdependências existentes entre os diferentes grupos profissionais. Perante a Pessoa, a acção passa pelo estabelecimento de uma relação de confiança assente nas relações humanas e na capacidade técnica evidenciada no desempenho dos serviços prestados. Nesta perspectiva, a percepção da *performance* destes profissionais relativamente ao seu desempenho assume uma relação directa com a *performance* da instituição.

Com o objectivo de alargar o campo de acção na minha área de investigação, considero fundamental identificar os aspectos que a Pessoa valoriza mais quando tem um contacto directo com o enfermeiro durante um episódio crítico de doença. Estes dados podem ser relevantes, na identificação de características determinantes para os profissionais desempenharem funções no serviço de urgência e a nível organizacional na definição de prioridades para o desenvolvimento de competências dos seus profissionais. Este estudo irá decorrer no âmbito do estágio que me encontro a realizar no Serviço de Urgência com a orientação do Sr. Enfermeiro Chefe Carlos Neto e tutorado pela Professora Doutora Helena José, que tem como objectivo principal desenvolver competências

técnico-científicas e relacionais no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica, prestando cuidados especializados à Pessoa/Família no SUC e de forma mais específica compreender o papel do Enfermeiro no estabelecimento da interacção com a Pessoa e/ou Família e quais as estratégias utilizadas para minimização ou eliminação de eventuais barreiras.

Os resultados obtidos serão trabalhados e apresentados à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Central no âmbito da Formação em Serviço e disponibilizados à Direcção de Enfermagem, garantindo desde já o cumprimento de todas as regras e compromissos éticos definidos para a execução de trabalhos científicos. O relatório de estágio apresentará a discussão e conclusões relativamente aos resultados encontrados.

O questionário será preenchido pela Pessoa voluntariamente, podendo abandonar o estudo a qualquer momento. O questionário é anónimo e será garantida toda a confidencialidade dos dados obtidos. Todo este processo irá desenvolver-se sem prejudicar o normal funcionamento do serviço.

Pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 15 de Janeiro de 2012

Telmo Farinha Ramos Fernandes de Carvalho



Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

Vice-Presidente

Prof.^a. Doutora Maria Luísa Figueira /CHLN)

Membros

Dra. Elisa Pedro (CHLN)

Padre Fernando Sampaio (CHLN)

Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN)

Dra. Graça Nogueira (CHLN)

Mestre Enf.^a. Isabel Côrte-Real (CHLN)

Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)

Prof. Doutor António Barbosa (FML)

Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)

Prof. Doutor João Lavinha (FML)

Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)

Prof. Doutor José Barata Moura (FML)

Prof.^a. Doutora Maria Do Céu Rueff (FML)

Exmo. Senhor

Enf.^o. Telmo Farinha Ramos Fernandes de Carvalho

Av. Amália Rodrigues, Lote 6 - 3.^o Esq.^o

2675-623 ODIVELAS

Lisboa, 8 de Fevereiro de 2012

Assunto: Projecto de Investigação "O efeito dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa", no âmbito do Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,

Relator - Mestre Enf.^a. Isabel Côrte-Real

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião realizada em 25 de Janeiro de 2012, parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido Estudo foi enviado ao Director Clínico, Prof. Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE
ÉTICA CHLN/FML**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215



Exmo. Senhor
Enf. Telmo de Carvalho
Av. Amália Rodrigues, Lote 6 - 3º Esq.
2675 - 623 ODIVELAS

Refª PCA - 09.MAR.2012 - 0168

Assunto: Projecto de Investigação "O efeito dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa".

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto de investigação em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 8 de Março de 2012.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 - Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

www.chln.pt