



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE PRÁTICA CLÍNICA

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 Daniel Lanzas Martin

LISBOA, Março de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE PRÁTICA CLÍNICA

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 Daniel Lanzas Martin

Sob orientação da Professora Patrícia Pontífice

LISBOA, Março de 2011

## **Resumo**

O presente relatório de prática clínica integra-se no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no ano lectivo de 2009/2011. Fundamenta o percurso de aprendizagem que favorece o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica mediante uma prática reflexiva.

A temática transversal desenvolvida nos vários contextos esteve relacionada com a prestação de cuidados especializados ao cliente de médio e alto risco e a sua família, em especial ao cliente do foro nefrológico. O interesse de abordar a temática partiu de uma reflexão crítica sobre o meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto enfermeiro num serviço de hemodiálise. A doença renal pode estar associada a uma lesão aguda, onde o enfermeiro tem como foco de cuidados o cliente em situação aguda.

Quando a lesão renal apresenta-se com uma sintomatologia aguda, o enfermeiro especialista tem como foco a prestação de cuidados que visam preservar a vida do cliente.

Dependendo da forma de instalação da doença renal, o cliente pode necessitar de cuidados imediatos que visam preservar a vida, como ocorre na doença renal aguda, ou de acompanhamento num processo de mudança de hábitos vida, como sucede na doença renal crónica.

Os diferentes módulos de prática clínica, permitiram acompanhar a problemática de cada realidade, identificar necessidades de intervenção e sugerir mudanças que contribuam na melhoria dos cuidados. Na Unidade de Urgência Médica foram abordadas as necessidades da família do ponto de vista dos enfermeiros do serviço, foi elaborada uma lista de verificação nos procedimentos com hemodiálise, foi revista a norma de heparinização do cateter centrais para hemodiálise e foi proposta uma alteração à folha de registo nas modalidades contínuas de diálise. No Bloco Operatório foi aprofundada a temática relacionada com a segurança do cliente cirúrgico, foi elaborada uma carta de alta/transferência de enfermagem para procedimentos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise e foi elaborada uma listagem para o controlo de stocks e prazos de validade na farmácia do bloco. Por último, no Serviço de Urgência, colaborou-se com a avaliação da satisfação dos familiares com o acompanhamento, foi proposto um questionário de satisfação para o cliente face ao atendimento e foi elaborada uma norma de procedimento nas situações emergentes que envolvam clientes renais portadores de cateter venoso central tunelizado como acesso vascular.

Este percurso permitiu desenvolver competências nas áreas de gestão de cuidados, formação ou investigação. Os principais contributos apontam para a melhoria da prestação de cuidados, a sua continuidade entre diferentes níveis de saúde e a possibilidade de avaliar a qualidade dos cuidados prestados mediante inquéritos de satisfação do utente e familiar.

## **Summary**

This report bases the learning process that favours the development of skills for specialist nurse in medical-surgery specialty nursing, through reflective practice.

The cross-theme developed in this context was related with the provision of specialized care to the medium and high risk patient and family, specially the nephrological patient. The interest in approaching this thematic, came from a critic reflection about the personal and professional development as a nurse in a haemodialysis service. The renal disease can be associated to a acute injury, where the nurse care has its focus in caring for the patient in acute situation and cooperates when the kidney injury presents itself as acute sintomatology. The specialist nurse has its focus in healing care aimed at preserving the life of the patient. In chronic renal disease, accompanying the patient and its family and promoting self-care it's the aim of the nurse's attention.

Depending in the way the kidney disease settles, the patient may need immediate care that are aimed at preserving the life, as occurs in acute renal disease.

The different stage modules allowed to accompany the problematic in each reality, identify needs to intervene and suggest changes that contribute to the improving of care. In the Medical Emergency Unit, were approached the needs of the family from the nursing point of view, was elaborated a checklist in the haemodialysis procedures, was reviewed the heparinization standard for central haemodialysis catheter and was proposed a change to the continuous dialysis modalities register sheet. In the Operating Room, was deepened the theme related with the surgical patient safety, was elaborated a nursing discharge/transfer sheet for procedures related with dialysis vascular accesses and was elaborated a checklist for stock control and expiration dates for the OR pharmacy. For last, in the Emergency Service, there was cooperation with the study in patient accompanying satisfaction evaluation; it was proposed a questionnaire to evaluate the attendance user satisfaction and was elaborated a standard procedure rule for the use of central catheter as vascular access in renal patients.

This route allowed the development of skills in the areas of managed care, training or research. The main contributors point to the improvement of care, continuity between different levels of health and the possibility of evaluating the quality of nurse care through surveys of user satisfaction and family.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Pedro, pela felicidade que nos trouxe e pelos momentos que vamos partilhar.

À Vera, pelo seu amor incondicional, pelo seu apoio nos momentos mais stressantes, pelo seu  
carinho.

À minha família, pela tolerância e compreensão nas minhas longas ausências.

À Professora Patrícia Pontífice e Professora Paula Batista, pela orientação e disponibilidade.

Aos meus amigos, pela compreensão, apoio e amizade.

À Maria Saraiva pela motivação para os grandes desafios.

A todos aqueles, que tornaram realidade este projecto.

## **LISTA DE SIGLAS**

**AESOP** – Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portugueses

**BO** – Bloco Operatório

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DRA** – Doença Renal Aguda

**EMC** – Enfermagem Médico-Cirúrgica

**E.P.E.** – Empresa Pública do Estado

**HSFX** – Hospital de São Francisco Xavier

**HSC** – Hospital de Santa Cruz

**HSJ** – Hospital São José

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SPN** – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

**SUG** – Serviço de Urgência Geral

**TSFR** – Terapêutica Substitutiva da função renal

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UUM** – Unidade de Urgência Médica

## ÍNDICE

0.- INTRODUÇÃO .....	10
1.- JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	12
2.- DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS .....	16
2.1.- Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José. ....	16
2.2.- Bloco Operatório Central do Hospital de Santa Cruz. ....	28
2.3.- Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Francisco Xavier. ....	36
4.- CONCLUSÕES .....	45
BIBLIOGRAFIA.....	48
ANEXOS .....	54
ANEXO I.- Fundamentação teórica da lista de verificação em hemodiálise.....	56
ANEXO II.- Lista de verificação em hemodiálise.....	66
ANEXO III.- Fundamentação teórica da norma de heparinização de CVC para hemodiálise .....	70
ANEXO IV.- Proposta da norma de heparinização de CVC para hemodiálise .....	80
ANEXO V.- Parâmetros indispensáveis e frequência mínima de registo nas técnicas dialíticas contínuas .....	86
ANEXO VI.- Termo de consentimento livre e esclarecido “Monitorização e registo do tratamento dialítico contínuo” .....	100
ANEXO VII.- Questionário utilizado na monitorização e registo do tratamento dialítico contínuo .....	104
ANEXO VIII.- Proposta de folha de registo do tratamento dialítico contínuo.....	108
ANEXO IX.- Trabalho: As necessidades dos familiares do cliente crítico internado numa UCI; perspectiva do enfermeiro.....	112
ANEXO X.- Autorização da Enfermeira Chefe para a realização do questionário aos enfermeiros.....	138
ANEXO XI.- Termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes.....	142
ANEXO XII.- Questionário: “A família do cliente internado na Unidade de Cuidados Intensivos” .....	146
ANEXO XIII.- Plano de sessão: “As necessidades dos familiares do cliente crítico internado numa UCI; percepção do enfermeiro” .....	152
ANEXO XIV.- Sessão de formação: “As necessidades dos familiares do cliente crítico internado numa UCI; percepção do enfermeiro” .....	160
ANEXO XV.- As necessidades dos familiares do cliente crítico internado numa UCI; percepção do enfermeiro: avaliação da formação .....	168
ANEXO XVI.- Carta de Alta/Transferência de Enfermagem nos procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise .....	172
ANEXO XVII.- Pedido de autorização para aplicação dos questionários .....	193
ANEXO XVIII.- Termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes.....	197

ANEXO XIX.- Questionário: “Folha de transferência de enfermagem nos procedimentos cirúrgicos em acessos vasculares para hemodiálise” .....	201
ANEXO XX.- Modelo de carta de alta/transferência em enfermagem nos procedimentos cirúrgicos em acessos vasculares para hemodiálise .....	207
ANEXO XXI.- Procedimento para o preenchimento do modelo de alta/transferência em enfermagem nos procedimentos cirúrgicos em acessos vasculares para hemodiálise ..	211
ANEXO XXII.- Lista para contagens de stock e controlo de datas de validade aplicável à farmácia do BO.....	217
ANEXO XXIII.- Fundamentação: Lista de verificação de segurança cirúrgica .....	225
ANEXO XXIV.- Plano de sessão: Papel do enfermeiro perioperatório na gestão do risco para o cliente cirúrgico.....	241
ANEXO XXV.- Papel do enfermeiro perioperatório na gestão do risco para o cliente cirúrgico .....	249
ANEXO XXVI.- Papel do enfermeiro perioperatório na gestão do risco para o cliente cirúrgico: Avaliação da sessão de formação.....	255
ANEXO XXVII.- Norma de procedimento: O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência .....	259
ANEXO XXVIII.- O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência: Fluxograma de actuação .....	267
ANEXO XXIX.- Plano de Sessão: O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência .....	271
ANEXO XXX.- Sessão de formação: O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência .....	279
ANEXO XXXI.- Avaliação da formação: O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência .....	285
ANEXO XXXII.- Questionário de Avaliação Satisfação dos clientes .....	289
ANEXO XXXIII.- Questionário de Avaliação Satisfação do Acompanhamento Familiar/pessoa significativa.....	293
ANEXO XXXIV.- Pedido de autorização para a realização do Questionário de Avaliação Satisfação do Acompanhamento Familiar/pessoa significativa .....	297
ANEXO XXXV.- Trabalho: Avaliação Satisfação com o Acompanhamento do Familiar/pessoa significativa.....	301

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Requisitos mínimos para os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos e as Unidades Intermédias. Adaptado de: Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. ....	18
--	----



## 0.- INTRODUÇÃO

O presente relatório de prática clínica integra-se no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no ano lectivo de 2009/2011. Tem como objectivos principais: apresentar o percurso de formação realizado através dos três módulos de prática clínica; reflectir sobre a problemática relacionada com o cliente renal; justificar a escolha dos objectivos traçados, actividades realizadas e competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas durante o processo de aprendizagem. Ainda, poderá ser objecto de discussão pública para a obtenção do grau de Mestre.

Devido aos módulos não serem precedentes entre si, o primeiro período correspondeu ao módulo II e teve lugar na UUM do HSJ de 19 de Março de 2010 até 19 de Junho de 2010. O segundo período, o módulo III, decorreu no BO central do HSC entre 27 de Setembro de 2010 e 19 de Novembro de 2010. Por último, o terceiro período correspondeu ao módulo I realizado no SUG do HSFX entre 22 de Dezembro de 2010 e 06 de Fevereiro de 2011. Todos os módulos tiveram uma carga horária de 180 horas.

A questão abordada no relatório alude à prestação de cuidados especializados ao cliente de médio e alto risco e à sua família e em especial ao cliente do foro nefrológico. A escolha dos locais de prática clínica está relacionada com a pertinência e importância do tema, e com a experiência oferecida pelas diferentes realidades, na prestação de cuidados de enfermagem ao cliente de médio e alto risco e à sua família, no sentido de desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais específicas do enfermeiro especialista.

A escolha da UUM do HSJ como primeiro módulo de prática clínica deve-se a vários factores, tais como: colaboração com Escolas Superiores de Enfermagem desempenhando um relevante papel na formação básica e pós-graduada de enfermeiros; capacidade para prestar cuidados especializados ao cliente de médio e alto risco do foro médico, cirúrgico, traumatológico e por dispor de terapêutica substitutiva da função renal contínua para clientes agudos e intermitente para clientes crónicos. A opção do BO central do HSC para o segundo módulo prende-se com a relevância deste hospital no que respeita à construção de acessos vasculares para hemodiálise, e a vasta experiência em cirurgia cardíaca e transplante renal de dador cadáver e vivo. Por último, a escolha do SUG do HSFX como local de prática clínica para o terceiro módulo, relacionou-se principalmente com a possibilidade de encontrar no serviço de urgência, uma maior diversidade de especialidades médicas e cirúrgicas. Outros factores que influíram na escolha relacionam-se com a reconhecida experiência do serviço na abordagem do cliente em situação emergente, e por apresentar recentes reestruturações físicas e organizacionais, projectadas para dar resposta às necessidades populacionais (aumento do número de clientes admitidos) e legais, nomeadamente a Lei de acompanhamento familiar no serviço de urgência.

Para Saraiva (2000), o enfermeiro que cuida da pessoa com alteração da função renal pode desenvolver a sua actividade em diferentes áreas da nefrologia, entre outras: centros de HD, unidades de DP ou domiciliária, unidades de transplante, UCI, pediatria, escolas de enfermagem, etc. No desempenho das suas funções, o enfermeiro deve participar na definição dos objectivos no serviço onde se encontra integrado, delinear estratégias para os atingir e co-responsabilizar-se pela respectiva implementação (Nunes, Amaral, Gonçalves 2005 p.154).

O presente relatório inicia-se com a contextualização do tema, apresentando conceitos gerais sobre a doença renal e o seu tratamento. Continua com o desenvolvimento, onde em cada módulo justifica-se a pertinência dos objectivos traçados, analisam-se as actividades desenvolvidas para os atingir mediante uma metodologia reflexiva e crítica. Ainda, são descritas as competências desenvolvidas. Prossegue com a exposição das principais conclusões e contributos conseguidos. Por último, serão apresentadas as sugestões para os serviços e comentadas as dificuldades e limitações encontradas.

A metodologia utilizada na elaboração do relatório teve como base a pesquisa bibliográfica, a descrição das actividades desenvolvidas na unidade curricular de prática clínica e, principalmente, a análise crítica e reflexiva do percurso de aprendizagem.

## 1.- JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

A escolha do tema relaciona-se com o grande interesse do autor nesta temática, e com o propósito de desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao cliente do foro nefrológico e à sua família. Assim, a alínea 3, do Artigo 7.º da Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro define: *“o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”*. Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente de médio e alto risco e à sua família, sendo conhecedor da percepção destes sobre o conceito de saúde e doença.

Ainda, a alínea 4 do Artigo 7.º da Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro defende que *“o título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização...”* (Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro). A especialidade em EMC é essencialmente prática. A avaliação do processo de aprendizagem, torna possível documentar todas as actividades desenvolvidas nos campos de prática clínica para atingir os objectivos propostos. A reflexão sobre a prática de forma crítica, visa clarificar os conceitos abordados numa determinada área no sentido de certificar as competências adquiridas.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2003, p.16) a competência refere-se a *“um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”*. De acordo com esta afirmação, na aquisição de novas competências ou aperfeiçoamento de competências já adquiridas, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve associar os conhecimentos teóricos à prática clínica. Esta conjugação permite conceber a prestação de cuidados como um processo circular, onde o cliente e a família interpretam um papel fundamental no que diz respeito à promoção da autonomia e participação nos cuidados. Neste sentido, numa fase inicial, a prestação de cuidados visa o levantamento de necessidades, e o planeamento de actividades direccionadas à resolução dos problemas detectados. No fim do processo avalia-se a adequação das medidas implementadas, e realiza-se a análise reflexiva e crítica que facilitam a integração das novas experiências.

Como refere Benner (2001, p.33), citando Dreyfus, *“...a enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai directamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis”*. Ou seja, o enfermeiro especialista deve ser perito na sua área de cuidados integrando uma dupla função, por um lado um elemento de referência para o cliente e a sua família, por outro lado, modelo e líder para outros profissionais da equipa. A aquisição de competências torna-se assim um processo paulatino influenciado por numerosos factores.

Ainda, o Modelo de desenvolvimento profissional da OE (2009), defende que a prática clínica é a principal actividade do enfermeiro especialista e implica, para além das competências do enfermeiro de cuidados gerais, capacidades específicas adequadas às necessidades da pessoa nas suas diferentes etapas do ciclo vital garantindo respostas organizativas e inovadoras. Como substrato para o desenvolvimento de competências de enfermeiros especialista, torna-se necessário possuir um core de conhecimentos que facilite o processo de reflexão.

Baseado na experiência precedente com clientes do foro nefrológico, decide-se explorar esta temática nos diferentes contextos de prática clínica, no sentido de acompanhar o desenvolvimento de competências específicas.

O rim é um órgão par situado na cavidade retroperitoneal em ambos os lados do fim da coluna dorsal e início da coluna lombar. De acordo com Andreu e Force (2002), são responsáveis pelo mantimento dos processos homeostáticos do organismo, sendo as suas principais funções a regulação hidroelectrolítica e ácido-base, a excreção de produtos tóxicos e a colaboração na síntese de algumas hormonas. Porém, apenas a produção de urina e a excreção de produtos resultado do metabolismo são funções exclusivas do rim (Baptista, Silva e Neves 2008 p.63).

Na opinião de Andreu e Force (2002) a lesão renal pode ter origem numa doença grave de instalação súbita com falência de um ou vários órgãos, incluindo o rim (ex. sépsis); ser provocada por uma doença que tenha impacto directo no rim (ex. doenças infecciosas renais: glomerulonefrite, pielonefrite, entre outras); ou resultante de uma doença sistémica que tenha como alvo o rim (ex. a diabetes ou a amiloidose). A sintomatologia da doença renal pode estar directamente relacionada ao rim, ou apresentar sinais e sintomas extra-renais (edemas, hipertensão...). Segundo Baptista, Silva e Neves (2008) e Andreu e Force (2002), os sinais extra-renais podem passar despercebidos para o cliente ou não serem relacionados directamente com a doença renal. Os sinais mais frequentes nos clientes com alteração da função renal podem ser: acumulação de líquidos, hipercaliemia, acidose metabólica e síndrome urémica (Armstrong e Bircher 2002 p.119). De acordo com o Gabinete de Registo da SPN (2009), a diabetes é apontada como a etiologia mais frequente de DRC com necessidade de hemodiálise em 32% do total de clientes incidentes em 2009. Dependendo da forma de instalação da doença renal, o cliente pode necessitar de cuidados imediatos que visam preservar a vida, como ocorre na doença renal aguda, ou de acompanhamento num processo de mudança de hábitos vida, como sucede na doença renal crónica.

Na opinião de Vinokur e Bueno (2002), a doença resulta no fracasso dos mecanismos de adaptação em todas as suas dimensões, e numa alteração do papel do cliente na sociedade. Para estes autores, a doença é vivenciada pelo temor à gravidade e pela incapacidade, visto encontrar-se privado da sua independência. Ou seja, toda a sintomatologia associada à experiência da doença afecta ao indivíduo na sua totalidade, condicionado o desempenho do seu papel social e familiar.

Para Orem (Taylor 2004), a doença resulta na incapacidade do cliente para satisfazer as suas necessidades auto-cuidado, não sendo capaz de dar resposta de forma autónoma as suas

necessidades. A complexidade na satisfação do auto-cuidado, pode desbordar as capacidades do agente de cuidados dependente não sendo capaz de dar resposta às exigências de desvio de saúde num tempo específico. Os cuidados de enfermagem surgem para satisfazer os requisitos de auto-cuidado, proteger e regular o desenvolvimento da actividade do auto-cuidado dos clientes. O enfermeiro especialista reconhece o indivíduo como um ser único e utiliza um ou mais sistemas de enfermagem para substituir, compensar, apoiar ou promover o cliente na satisfação das necessidades de auto-cuidado.

Numa situação de internamento, os cuidados de enfermagem ao cliente com doença renal aguda, devem ser direccionados num sentido de satisfação do auto-cuidado, assumindo que a experiência de internamento pode ser altamente stressante, geradora de ansiedade e conflitos para o cliente e os seus familiares. O enfermeiro, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, cliente ou saudável ao longo do ciclo vital; assim como ao grupo social onde se encontra integrado, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde tão rapidamente quanto possível (alínea 1 do Artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996).

Para Betrinelli e Erdmann (2009), o internamento numa unidade hospitalar é retratado pelo cliente e a família como um lugar frio, agressivo, traumatizante e gerador de stress, com risco da perda do ente querido. De acordo com Torres e Morales (2004), o cliente e os seus familiares encontram na UCI uma diminuição da sua autonomia e uma dependência dos profissionais para a satisfação de necessidades. Para estes autores, o enfermeiro deve sistematizar a prestação de cuidados e transitar para modelos onde a implicação familiar seja abordada como uma filosofia de cuidados. Ou seja, durante a prestação de cuidados ao cliente de médio e alto risco e aos seus familiares, o enfermeiro especialista procura estabelecer uma relação terapêutica baseada na comunicação e na confiança. Ainda, deve promover e valorizar o acompanhamento familiar e introduzir mudanças organizacionais, dentro da sua área de competência para dar resposta às novas exigências sociais relativas aos cuidados de saúde, nomeadamente a Lei 33/2009 de 14 de Julho e a Lei 106/2009 de 14 de Setembro. Neste sentido Girardon-Perlini e Pilato (2008), afirmam que a possibilidade de construção de uma relação entre profissionais de saúde e familiares possibilita à família aprender a lidar com as situações utilizando os seus próprios recursos.

O processo de comunicação deve ser considerado um recurso fundamental no levantamento das necessidades. Na construção da relação enfermeiro-cliente, este processo deve responder a uma única finalidade partilha de informações, sentimentos, e opiniões que permitam ao enfermeiro especialista transformar os dados colhidos na entrevista, em informação útil que facilitem o processo de tomada de decisão Nunes (2007, p.8). A finalidade do processo de tomada de decisão é a prestação de cuidados de enfermagem especializados de acordo com a situação de vida, com especial ênfase na relação interpessoal entre o enfermeiro, o cliente e a família, dando resposta às necessidades que daí advêm. Deste modo, torna-se possível caracterizar os cuidados de enfermagem nos moldes do Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996 que profere, no artigo 5º na 1ª e 2ª alínea: "*Tem por fundamento uma*

*interacção entre enfermeiro e cliente, indivíduo, família, grupos e comunidade (...). Estabelecem uma relação de ajuda com o cliente”.*

Durante a prestação de cuidados ao cliente de médio e alto risco submetido a TSFR, o enfermeiro especialista desempenha um papel relevante no que diz respeito à colaboração com a equipa médica na vigilância do cliente e o desenvolvimento de cuidados de enfermagem autónomos para uma abordagem centrada na família (Armstrong e Bircher 2002 p.112-113). Esta afirmação vai ao encontro do exposto no Artigo 91º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro onde o enfermeiro é considerado como membro da equipa de saúde devendo: *“actuar responsabilmente na sua área de competência...”, “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” e “colaborar com a responsabilidade que lhe é própria nas decisões sobre (...) o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”.* Deste modo, e na opinião de Pacheco (2008), a prestação de cuidados de enfermagem deve ir direccionada para a monitorização rigorosa do cliente, de forma a prevenir complicações intradiálise e avaliar a evolução do tratamento instituído, seja ela terapêutica de substituição da função renal contínua ou descontínua (hemodiálise). A um nível mais técnico, os cuidados ao cliente submetido a terapêutica substitutiva da função renal são remetidos para o registo de sinais vitais de acordo com o estado hemodinâmico do cliente, o registo e controlo das pressões do monitor de diálise, os tempos de hemostase, o estado do acesso vascular, a prevenção de episódios hipotensivo, entre outras.

Neste sentido, os registos de enfermagem ganham especial relevância pois formam parte do processo clínico do cliente, reflectem o agir do enfermeiro enquanto profissional e constituem um meio de comunicação dos enfermeiros entre si e com outros profissionais de saúde. Simultaneamente, são frequentemente utilizados como provas em processos legais, por gestores para adequar os recursos às necessidades e pelos investigadores como fontes de dados (Hernández, [et al.] 2007 p.16). Por este motivo, a qualidade da informação registada reflecte a efectividade da prática profissional. Os registos de enfermagem devem responder a requisitos mínimos que favoreçam a eficácia dos cuidados às pessoas e dêem visibilidade à actuação do enfermeiro (García, [et al.] 2007 sem p.). Na opinião de Moita, [et al.] (2007) os registos de enfermagem estão relacionados com o domínio de um corpo de conhecimentos científicos e técnicos. Para estas autoras, o registo de enfermagem transmite a responsabilidade e natureza das intervenções dos enfermeiros e, simultaneamente, revela capacidade de análise, decisão, acção e avaliação nas diferentes situações.

Nos próximos capítulos descrever-se-á as actividades delineadas para atingir os objectivos traçados para cada campo de prática clínica. Pretende-se reflectir sobre a prática profissional de uma forma fundamentada e crítica, descrevendo as competências adquiridas no processo de aprendizagem.

## 2.- DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS

No presente capítulo apresentar-se-á os diferentes módulos de prática clínica realizados. Serão desenvolvidos de acordo com a data cronológica de realização de forma a justificar as competências adquiridas. Tais competências foram extraídas do Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional do ICS da UCP e do Modelo de Desenvolvimento Profissional preconizado pela Ordem dos Enfermeiros para a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para uma melhor percepção da realidade, em primeiro lugar é realizada uma descrição sumária do serviço. Para cada objectivo, encontram-se definidas as actividades realizadas e as competências adquiridas.

Assumindo a natureza profissional do Mestrado e tendo a prática clínica como matriz para o desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista, como objectivo geral transversal a todo os módulos de prática clínica foi traçado o seguinte: “Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente de médio e alto risco em especial ao cliente do foro nefrológico”.

### 2.1.- Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José.

O módulo II teve lugar na UUM do HSJ de 19 de Março de 2010 até 19 de Junho de 2010. Para Ramos, [et al.] (2006), a UCI caracteriza-se por prestar cuidados diferenciados a clientes com disfunção ou falência de um ou mais órgãos, no contexto de situações agudas potencialmente reversíveis.

A abordagem multidisciplinar do cliente crítico permite suportar e recuperar funções vitais e criar condições para tratar a doença subjacente e subseqüentemente salvar e prolongar a vida de muitas pessoas, proporcionando oportunidade de uma vida futura com qualidade (Ministério da Saúde 2003 p.5). De acordo com esta Entidade Pública, a UCI é reconhecida por três critérios major:

- **A prática:** determina um contínuo de acções e procedimentos, quer humanos bem como instrumentais, de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados 24 horas por dias e de acordo às necessidades do cliente.
- **A avaliação:** a análise de variáveis como a natureza dos clientes admitidos, a taxa de sobrevivência, a capacidade de recuperação das funções vitais, entre outras, permite definir os recursos necessários para cada UCI, bem como a avaliação do respectivo desempenho.
- **A investigação:** a monitorização contínua e multidisciplinar do cliente, permite compreender melhor a doença, acumular experiência, avaliar os resultados, sistematizar a “memória da UCI” e enriquecer saberes de forma a promover a qualificação dos desempenhos organizacionais.

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, como entidade pública empresarial foi criado a luz do Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro e abrange os hospitais Santa Marta, Dona Estefânia, S. António dos Capuchos e São José. Neste último, situada no primeiro andar, encontra-se a Unidade de Urgência Médica (UUM). Integrada no departamento de medicina, a unidade está preparada para prestar cuidados especializados ao cliente de médio e alto risco do foro médico, cirúrgico ou traumatológico. A missão da UUM, reestruturada em 2009 por um médico e por um enfermeiro, defende:

*“... A prestação de cuidados de saúde de qualidade, a clientes cuja gravidade do seu estado de clínico determina a necessidade de internamento em cuidados intensivos. Assegura igualmente, a prestação de cuidados ao doente em falência renal, designadamente a execução de técnicas de depuração renal, de doentes internados na unidade ou no hospital, assim como a colocação de estimuladores cardíacos externos, a realização de broncofibroscopias e de gastrostomias percutâneas endoscópicas. A UUM é uma unidade de referência na formação pós graduada de médicos, quer através da realização do “ciclo de estudos especiais em cuidados intensivos” quer, ainda, nas actividades de ensino pós-graduada integradas no plano de formação de internatos da especialidade. Desempenha também papel de realce na colaboração com as Escolas Superiores de Enfermagem na formação básica e pós-graduada de enfermeiros”*

Deste modo, e de acordo com a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva referenciada pelo Ministério da Saúde (2003), a UUM é considerada como uma unidade de cuidados intensivos de nível III. Ou seja, a unidade consta de uma equipa médica, qualificada, com presença física durante as 24h do dia e uma equipa de enfermagem qualificada e treinada com presença 24 horas por dia. Existe a possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos adequados à missão que lhes é confiada. Ainda dispõe de medidas de controlo da qualidade, programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

Um aspecto relevante da unidade foi que todas as salas possuem janela com luz natural. A importância da luz natural prende-se com a manutenção do equilíbrio sensorial e propioceptivo dos clientes em situação crítica. Para Barrie-Shevlin (1988), os clientes de cuidados intensivos são os que tem maior risco de perda do equilíbrio sensorial e propioceptiva apresentam devido ao seu estado clínico. Esta autora realça a importância da luz solar na libertação de melatonina no organismo, situação que não ocorre perante a luz artificial. Neste sentido, o enfermeiro especialista em EMC entende a importância de manter a alternância dia e noite, diminuindo a estimulação durante a noite, favorecendo fontes de iluminação naturais durante o dia.

A equipa de Enfermagem está liderada pela Enfermeira Chefe TC. A UUM consta de 53 enfermeiros distribuídos em cinco equipas com dez elementos, incluindo o chefe de equipa que não assume clientes. Ainda existem quatro enfermeiros fixos no turno da Manhã que assumem funções de gestão, prestam cuidados ao cliente na sala de diálise e apoio nos cuidados de enfermagem.

A organização vigente na UUM defende a metodologia de cuidados de enfermeiro responsável, onde a cada enfermeiro escalado no turno é atribuída a responsabilidade de prestar cuidados

de enfermagem, acompanhar e servir de figura de referência, durante todo o internamento, a um máximo de dois clientes nas salas de cuidados intensivos, e um máximo de 4 clientes nas salas de cuidados intermédios e suas famílias. Esta distribuição enfermeiro – cliente corresponde as recomendações do Ministério da Saúde (2003 p.17) resumidas no quadro 1.

<b>Requisitos mínimos para os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos e as Unidades Intermédias</b>		
	<b>Presença do enfermeiro</b>	<b>Nível mínimo de intervenção</b>
<b>Serviços /Unidades de Cuidados Intensivos</b>	No mínimo, um Enfermeiro com treino específico por cada duas camas, nas 24 h	Enfermeiros preparados para trabalhar em cuidados intensivos / emergência médica, em número proporcional à dimensão do Serviço de Medicina Interna/Unidade de Cuidados Intensivos.
<b>Unidade Intermédia de nível II</b>	Um Enfermeiro por cada 4 a 6 camas, nas 24 horas	Capacidade para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reanimação (integrada na organização institucional)</li> <li>• Monitorização contínua de ECG, oximetria de pulso e pressão arterial invasiva</li> <li>• Cateterização venosa central</li> <li>• Ventilação não invasiva</li> <li>• Administração e manejo de fármacos vasoactivos e trombólise</li> </ul>

Quadro 1. Requisitos mínimos para os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos e as Unidades Intermédias. Adaptado de: Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.

A possibilidade de visita por um familiar encontra-se sujeito ao estado clínico do mesmo. A unidade dispõe de um guia de acolhimento para a família e visitas onde explicita um horário para visitar o cliente internado na UCI. Este guia pretende facilitar o acompanhamento da pessoa junto do seu familiar permitindo flexibilidade de horários e contactos telefónicos. No entanto não dispõe de informação referente à possibilidade de acompanhamento nos termos da Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro ou sobre a participação familiar. Os projectos decorrentes durante o período de prática clínica estavam direccionados para a revisão da norma de acolhimento e o folheto entregue aos familiares na admissão do cliente na unidade. Resultado da problematização em áreas específicas do cliente crítico e à sua família, e em especial ao cliente com necessidade de diálise, os objectivos planeados para este módulo de prática clínica surgiram no sentido de dar resposta às necessidades do serviço identificadas nesta temática e posteriormente validadas com o enfermeiro orientador. Foram delineados para este módulo os seguintes objectivos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente crítico internado na UCI e em especial ao cliente do foro renal e à sua família.

- Identificar a percepção dos enfermeiros do serviço sobre necessidades dos familiares dos clientes internado na UCI, em especial do cliente com alteração da função renal submetido a técnicas dialíticas;

Para atingir tais objectivos foram traçadas diferentes actividades que foram efectuadas dentro do prazo atribuído à prática clínica.

**Objectivo 1.-** Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente crítico internado na UCI e em especial ao cliente do foro renal e a sua família.

Durante o período de prática clínica, surgiu a oportunidade de participar na sala de hemodiálise. Considerando a formação anterior e experiência acumulada nesta área, foi pertinente analisar o manual de integração do enfermeiro nesta sala. Segundo o manual, o processo de integração deve estar concluído em cinco turnos onde o enfermeiro deve apresentar competências específicas na área da nefrologia. No entanto, o período de integração pode constituir um processo de experiências curtas e descontínuas que podem dificultar a aquisição de competências na administração das técnicas dialíticas. O enfermeiro sem experiência em hemodiálise necessita que as situações sejam descritas em termos objectivos para poder desenvolver competências (Benner 2001 p.49). É importante que lhe seja ministrado regras que permitam orientar os actos. Para a autora, a experiência: *“...não faz só referência à passagem do tempo. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria”* (Benner 2001 p.61). Ou seja, a aquisição de competências encontra-se intimamente ligada à prática de enfermagem perante situações reais.

O modelo de aquisição de competências proposto por Benner, baseado no confronto com situações reais, deve estar associado à procura e actualização de conhecimentos específicos na área da nefrologia. Neste sentido, como exposto na *alínea c* no artigo 88.º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o enfermeiro em todo o acto profissional deve *“...manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias...”*. Deste modo para dar resposta ao objectivo planeado, foi proposta a:

- Elaboração de um documento que permita uniformizar os cuidados de enfermagem ao cliente submetido a TSFR.

Mediante pesquisa bibliográfica e a elaboração de uma fundamentação teórica (Anexo I), pretendeu-se identificar pontos-chave de prestação de cuidados ao cliente durante uma sessão de hemodiálise. Com esta actividade foi possível desenvolver competências, como tomar a iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização. Com o desenho da denominada “lista de verificação” (Anexo II), pretendeu-se aumentar a segurança para o cliente na realização da técnica com hemodiálise. A interpretação do

Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de Setembro, no seu artigo 9º, advoga que enfermeiro especialista tem competência e autonomia para “*planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização; identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar*”. A experiência profissional anterior como enfermeiro na área da nefrologia, permitiu utilizar de forma adequada a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada no desenvolvimento desta actividade.

Por outro lado, o programa promovido pela OMS intitulado “A cirurgia segura salva vidas”, introduz uma lista de verificação com o objectivo de reforçar as práticas seguras no BO. Para a OMS, o uso das listas de verificação associa-se a uma diminuição significativa da morbilidade e mortalidade e a uma maior adesão às normas básicas de atenção (OMS, 2005).

A lista de verificação foi formulada por distintos momentos, coincidentes com as diferentes actuações do enfermeiro na administração da terapêutica com hemodiálise. A cada momento, corresponde determinados itens considerados relevantes e que oferecem uma visão global da técnica. Cada item deve ser validado pelo enfermeiro em integração ou pelo supervisor, procurando articular os conhecimentos adquiridos com a leitura do manual de integração e a experiência prática. Reflectiu-se sobre a aplicabilidade da “lista de verificação” na sala de hemodiálise. Para o enfermeiro em integração, resulta num instrumento que facilita a validação de actos relacionados com a execução da técnica hemodialítica. Para o enfermeiro supervisor, segundo Alarcão e Rua (2005), facilita o papel deste, nos processos de orientação e avaliação das capacidades e competências do supervisionado de uma forma mais objectiva. Com a elaboração desta lista de verificação, pretendeu-se conjugar uma serie de práticas seguras para o enfermeiro e para o cliente como beneficiário dos cuidados. A realização desta actividade, permitiu desenvolver competências inerentes ao enfermeiro especialista permitindo a análise de problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica. Ainda, possibilitou a colaboração no processo de integração de novos elementos e simultaneamente zelar pelos cuidados prestados.

A prestação de cuidados especializados, ao cliente de médio e alto risco com falência de um ou vários órgãos levantou a questão relacionada com a doença renal. A reflexão sobre a prática de forma crítica levou a considerar as diferentes modalidades terapêuticas de substituição renal de forma contínua e o tipo de acesso vascular que utilizavam. Este exercício de reflexão proporciona a matriz necessária para promover uma mudança de comportamentos que objectiva adquirir e desenvolver novas competências de acordo com o perfil definido para o enfermeiro especialista. Segundo Santos e Fernandes (2004, p.60) “...a reflexão envolve uma acção voluntária e intencional (...) promove a possibilidade de mudança”. A prática reflexiva associada a um “core” de conhecimentos específicos na área de especialização, permite ao enfermeiro melhorar a compreensão da realidade. Assim, o Royal College of Nursing citado por Atkinson (1990) defende que o enfermeiro especialista é o profissional de enfermagem que demonstra uma prática clínica aperfeiçoada como resultado de uma larga experiência,

conhecimentos de perito ou conhecimentos numa determinada área de enfermagem especializada.

O tratamento da DRA com diálise requer a colocação de um cateter venoso central de duplo lúmen, específico para técnicas dialíticas, inserido numa veia de grande calibre. A veia jugular ou femoral são a primeira opção (Sigler, [et al.] 2003 p.214). A inserção e manutenção de um CVC para hemodiálise não são procedimentos isentos de riscos, sendo as suas complicações numerosas (Fernández, [et al.] 2005 p.153). Para estes autores, a infecção e a trombose do cateter são as mais frequentes.

Considerando a necessidade de manter o cateter permeável nos períodos em que não se realiza a diálise, a UUM dispunha de uma norma de procedimento para a heparinização do CVC para hemodiálise. A norma tinha sido elaborada em 2005, estando a sua revisão prevista para Março de 2009. Por este motivo, por se encontrar desactualizada, foi proposta a:

- Revisão da norma de Heparinização de Cateteres Venosos Centrais para Hemodiálise.

A reflexão sobre a prática e a pesquisa bibliografia consultada resultaram na elaboração de um trabalho que fundamentou a necessidade de alteração da norma de heparinização do CVC para hemodiálise até à data utilizada (Anexo III). Desta forma, foram propostas alterações à norma de procedimento (Anexo IV) na heparinização pós-diálise dos lúmenes do CVC para hemodiálise. Cabe ao enfermeiro especialista liderar equipas na prestação de cuidados especializados ao cliente crítico portador de CVC para hemodiálise. Com a revisão da norma, o enfermeiro especialista pretende uniformizar comportamentos dentro da unidade perante um determinado procedimento. A apropriada heparinização do cateter minimiza e previne possíveis complicações associadas à sua manutenção, garantindo a permeabilidade durante o tratamento, aumentando a sua duração e eficácia. Também, previne o risco de complicações no decurso da sessão de hemodiálise, otimizando a qualidade do processo. O enfermeiro, durante a prestação de cuidados, toma decisões adequadas, de forma autónoma ou interdependente, e assume a responsabilidade das suas intervenções (Nunes 2007 p.8).

A realização desta actividade levantou outras questões relacionadas com a concentração de anticoagulante para manter a permeabilidade dos lúmenes do cateter. Está descrito que as concentrações elevadas de heparina (5000UI/ml) podem causar um aumento anormal da aPPT e dos tempos de hemorragia após a colocação do cateter (Yevzlin, [et al.] 2007 p.353-4). Por este motivo, a utilização deste medicamento a baixas concentrações (1000UI/ml), pode ser eficaz para manter os lúmenes permeáveis e reduzir o risco de hemorragia pós-diálise. No entanto, e considerando as alterações da heparina nos processos de coagulação do cliente crítico, sugeriu-se registar os incidentes relacionados com a heparinização do cateter mediante os instrumentos de notificação de incidentes existentes na unidade e adequar a concentração às necessidades do serviço. A identificação dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência e a referenciação das situações problemáticas para outros profissionais de saúde são, entre outros, elementos importantes face à prevenção de complicações enunciadas pela OE como indicadores de qualidade (OE 2001 p.12).

Durante a prestação de cuidados ao cliente de médio e alto risco surgiram diversas dúvidas no momento de realizar os registos relacionados com a administração de TSFR com diálise, nomeadamente nas modalidades veno-venosas contínuas. De acordo com a alínea a do Artigo 88º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o enfermeiro procura, em todo acto profissional...*“analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”*. Para este tipo de tratamento, a UUM dispunha de um modelo de folha de registo que avalia diferentes parâmetros de forma horária. Contudo, nem todos os parâmetros existentes na folha eram avaliados com a mesma frequência. Os mais frequentemente registados estavam relacionados com os balanços de entradas de líquido de reposição e efluente. No entanto, para ter uma apreciação global do tratamento com diálise e numa perspectiva de cuidados de enfermagem, é importante o registo de todos os parâmetros com a mesma frequência para prevenir ou minimizar complicações durante o tratamento. Nota-se que a folha de registo não incluía outros itens relacionados com a eficácia da diálise, nomeadamente, débito de sangue. Considerando que este último parâmetro exerce pressões sobre o acesso vascular, de acordo com a taxa de débito, faz sentido avaliar a pressão venosa, arterial e transmembrana durante o tratamento. Embora estes dados estejam acessíveis no monitor durante o período de tratamento, os mesmos desaparecem após o início de um novo tratamento.

De acordo com os relatos de diferentes enfermeiros da unidade acerca da utilidade da folha em uso e com o aval do enfermeiro orientador, foi identificada a necessidade de validar os dados que seriam indispensáveis e qual a frequência mínima do seu registo. Com a finalidade de promover o desenvolvimento de novas competências, de acordo com o perfil definido para o enfermeiro especialista, foi proposta a:

- Identificação, mediante painel de peritos da UUM, de parâmetros de monitorização e frequência de registo indispensáveis na administração da TSFR.

A pesquisa bibliográfica permitiu avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada. Deste modo, foi elaborado um suporte escrito (Anexo V) que orientou a actividade tendo sido escolhida a metodologia que formatasse a abordagem do problema.

Com a colaboração do enfermeiro orientador, foi determinado um painel de peritos na UUM. Considerou-se perito o enfermeiro com mais de cinco anos de exercício profissional em cuidados intensivos e com experiência na administração de TSFR nas modalidades contínuas. Após obtenção do consentimento livre e esclarecido por escrito (Anexo VI) dos participantes, foi solicitado que identificassem, num questionário autoadministrado (Anexo VII), os parâmetros indispensáveis na monitorização do tratamento dialítico contínuo e a sua frequência mínima de registo, tendo sido sublinhada a importância de seleccionar os itens que ofereçam uma apreciação global da eficácia do tratamento. Com estas informações, foram distribuídos 7 questionários na totalidade. A taxa de resposta situou-se nos 71.4%.

Os resultados apontaram para dados que já existiam no registo utilizado regularmente (volume de reposição, volume de efluente, balanço hídrico, entre outros), contudo foram identificados

novos itens relacionados com a eficácia de diálise, nomeadamente pressão arterial, pressão venosa, pressão transmembrana e débito de sangue. Para Ramos, [et al.] (2006), o tipo de acesso vascular, débito de sangue, ultra-filtração programada, líquido de reposição, dialisante, dialisador e anticoagulação revelam-se determinantes da eficácia da TSFR.

Nesta lógica de pensamento, e considerando que as pressões encontram-se influenciadas directamente pelo débito de sangue, a permeabilidade do cateter, o estado de coagulabilidade do circuito e, indirectamente pela taxa de ultrafiltração, faz sentido associar à folha de registo das modalidades contínuas da UUM dados relativos às pressões.

O processo de tomada de decisão sobre que parâmetros registar e a sua frequência mínima, conduziu à reflexão sobre a prática de forma crítica. Para uma percepção global do tratamento com as modalidades contínuas de diálise, o enfermeiro especialista não só reconhece a importância dos parâmetros de eficácia do tratamento e determina a sua frequência de registo, como também considera importante o registo dos itens relacionados o débito de sangue ou a permeabilidade do cateter. Ainda, na administração da terapêutica substitutiva da função renal mediante as modalidades contínuas, o enfermeiro especialista reconhece a importância dos registos como parte da história clínica do cliente, como detentores de valor legal e como espelho da qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2003, sem p.) refere que os registos de enfermagem determinam: *“...o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compila as informações resultantes do diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro de prescrições de outros profissionais e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados...”*.

Desta forma foi elaborada uma nova folha de registo de técnicas contínuas (Anexo VIII) que incluiu itens da folha anterior, e os novos itens identificados pela equipa de peritos que participou na actividade. As alterações realizadas tiveram como finalidade a substituição do actual registo de monitorização da terapêutica. A realização desta actividade, justificou o processo de autodesenvolvimento, pessoal e profissional de forma contínua e autónoma e permitiu demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área de especialização.

O contexto de prática clínica, ofereceu outras situações que favoreceram a reflexão. O cliente ventilado apresenta uma alteração na capacidade de comunicar-se verbalmente, relacionada com a prótese ventilatória e a não emissão de sons (Silva, Martinho, Ferreira, Serralheiro e Paciência 2006, p.49). Com a introdução do tubo na traqueia para permeabilizar a via aérea, as cordas vogais estão impedidas de realizem a sua função; a pessoa apresenta-se impossibilitada de comunicar-se mediante a língua falada, por outras palavras, o estabelecimento de uma relação enfermeiro-cliente pode estar condicionada. Por outro lado, o tubo na boca é considerado por Ayllon, Álvarez e González (2007) como um dos factores mais stressantes para o cliente. Os métodos existentes como alternativa à comunicação verbal, incluem a visualização de gravuras, a linguagem gestual ou a linguagem escrita (Silva, Martinho, Ferreira, Serralheiro e Paciência 2006, p.53). No processo de comunicação com o cliente ventilado, o enfermeiro especialista deve avaliar as suas necessidades comunicativas,

assim como analisar o contexto, ou seja, situação clínica e estado neurológico, a disponibilidade e a capacidades do cliente para comunicar ou a existência no serviço de métodos alternativos. Conhecer estas variáveis, permite adequar a mensagem ao receptor e seleccionar o método mais adequado para que o cliente possa exprimir os seus sentimentos, no sentido de estabelecer uma relação enfermeiro-cliente baseada nas necessidades deste.

**Objectivo 2.-** Identificar a percepção dos enfermeiros do serviço sobre as necessidades dos familiares dos clientes internado na UCI, em especial do cliente com alteração da função renal submetido a técnicas dialíticas.

A responsabilidade de cuidar dos mais dependentes no seio familiar atribui-lhe o estatuto de cuidador informal. Para Vieira (2007, p.83): *“A família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou clientes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados”*. O internamento numa UCI, resulta da instauração de uma doença grave e inesperada, pelo que a maior parte dos clientes e seus familiares não foram preparados para esta experiência (Plowright 1996, p.30). Desta forma, o papel de cuidador informal desempenhado pela família encontra-se alterado devido ao internamento na unidade e constitui uma situação imbuída de stress para o cliente e a sua família, não só pela gravidade da doença, mas também pelo compromisso da independência (Torres e Morales 2004, p.18). Ainda Betrinelli e Erdmann (2009) afirmam que a família sem experiências prévias, pode sentir dificuldades em lidar com situações que dizem respeito à tomada de decisão em relação ao cuidado do seu familiar cliente. Como resultado, podem aparecer estados de ansiedade ou depressão dando origem a desestruturação nas actividades diárias da família.

O cliente em estado crítico, normalmente apresenta-se com numerosos dispositivos de monitorização e manutenção dos sinais vitais, que podem causar um importante impacto visual no familiar sem experiências prévias. Como consequência, durante a prestação de cuidados, defrontaram-se situações de familiares que pedem licença para tocar, acarinhar ou falar com o cliente em situação crítica. A Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro, consagra no seu artigo 5º que: *“Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada”*. O enfermeiro especialista deve estar atento às informações provenientes do cliente e dos seus familiares (através da comunicação verbal e não verbal) no sentido de identificar qual o papel do familiar no seio da família e promover a participação nos cuidados.

Na perspectiva de Orem (Taylor, 2004), a Teoria do Autocuidado refere que o agente de cuidado dependente aceita e assume a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes. Ou

seja, o familiar ou familiares que acompanham o cliente durante o processo de internamento constituem um elemento de referência para o cliente na unidade, e desempenham um importante papel como elo de ligação entre o cliente e a equipa de cuidados. De acordo com a autora, o agente de cuidados dependente conhece e colmata as necessidades de autocuidado ou regula o desenvolvimento do autocuidado dos mais dependentes. Neste sentido, a família pode colaborar na prestação de cuidados em parceria com o enfermeiro. Cabe ao enfermeiro especialista orientar e supervisionar a família para assumirem diferentes actividades, nomeadamente, higiene, cuidados da pele e mucosas, alimentação, posicionamentos, entre outras. Desta forma, o enfermeiro especialista valoriza o familiar enquanto cuidador informal, contribuindo para diminuir o impacto do internamento. A prestação de cuidados e a observação participante com os enfermeiros e familiares, foi determinante para demonstrar capacidades e conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, e no estabelecimento de uma relação terapêutica respeitando as suas crenças e cultura.

Uma das limitações que podem surgir está relacionada com a complexidade dos cuidados dos clientes admitidos na UUM. Observa-se que a patologia do cliente admitido na unidade comporta uma grande complexidade de cuidados e de técnicas específicas. O cliente e família são alvos dos cuidados no entanto, em determinados momentos, o cliente pode apresentar uma carga de trabalho que excede o enfermeiro. Esta situação pode conduzir a uma diminuição da disponibilidade para estabelecer a relação terapêutica de qualidade com o familiar que facilite a definição de papéis, ou seja, são relegados a um segundo plano, neste sentido, durante o período de prática clínica, foi uma prioridade desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente que permitisse abordar a família, definir papéis, articular e supervisionar cuidados em parceria com o familiar.

Para os clientes do foro nefrológico, Ashwanden (2002) defende que o equipamento utilizado pode ser fonte de ansiedade para o familiar sem experiência nesta área. As modalidades de diálise propostas para o tratamento da DRA em cuidados intensivos diferenciam-se em dois grandes grupos: as intermitentes (hemodiálise intermitente, a diálise de baixa eficiência e a diálise prolongada ao longo do dia) e as contínuas (a hemofiltração veno-venosa contínua como a mais utilizada, e outras modalidades veno-venosas e arterio-venosas). O transporte convectivo e a ultrafiltração são os métodos de remoção de produtos tóxicos resultantes do metabolismo e excesso de volume comum às modalidades contínuas. Ramos, [et al.] (2006, p.84).

De acordo com o tipo de terapêutica instituída, o enfermeiro especialista, deve investigar os conhecimentos do familiar acerca deste tratamento e a capacidade de compreensão, podendo disponibilizar informações adequadas à pessoa que questiona. O contexto de prática clínica proporcionou experiência para o desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão e interpretação, de forma adequada, da informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e da formação pós-graduada.

As sugestões apresentadas num trabalho desenvolvido na UUM sobre as necessidades da família dos clientes internados numa UCI por enfermeiras do serviço, justificou a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área. Neste sentido, surgiu a necessidade de identificar a percepção dos enfermeiros da unidade face às necessidades da família, neste contexto pretendia-se analisar a realidade actual da UUM, promover a reflexão sobre a prática e sugerir mudanças nos cuidados com base nos resultados obtidos.

Para dar resposta ao objectivo proposto, foram delineadas a:

- Pesquisa bibliográfica sobre as necessidades dos familiares dos clientes internados em UCI;
- Desenho e administração do questionário para o efeito;
- Análise dos resultados;
- Divulgação mediante uma sessão de formação a equipa de enfermagem.

Foi desenvolvido um trabalho (Anexo IX) que espelha a problemática da família na UCI e utilizada a metodologia de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2009) para análise dos dados. Foi solicitada autorização à Enfermeira Chefe (Anexo X), o consentimento livre e esclarecido dos participantes (Anexo XI) e foi distribuído um questionário anónimo, auto-administrado, com cinco questões abertas (Anexo XII).

Destas questões emergiram cinco categorias: Necessidades dos familiares; mudanças nos cuidados; dificuldades em conhecer as necessidades dos familiares; necessidades dos familiares do cliente em diálise.

Os resultados obtidos sugerem que, na percepção do enfermeiro, a principal necessidade dos familiares estava relacionada com a informação médica, de enfermagem e acerca do funcionamento da unidade. A falta de informação ocasiona incerteza e ansiedade no familiar. O enfermeiro reconhece esta necessidade, avalia a capacidade do familiar em compreender a mensagem e mostra-se disponível para iniciar uma relação terapêutica eficaz que facilite o esclarecimento de dúvidas (Maruiti e Galdeano 2007 p.40). Outras necessidades identificadas prenderam-se com a dificuldade na comunicação, apoio emocional; participação nos cuidados e visitas. Os participantes no trabalho reconheceram a participação da família nos cuidados como a principal mudança nos cuidados. O horário das visitas, a melhoria da comunicação e a formação dos profissionais são outros pontos de interesse apontados para a mudança. As principais dificuldades encontradas pelos participantes em conhecer as necessidades dos familiares relacionam-se com a dificuldade em falar com a família, o estabelecimento de uma relação terapêutica e a dificuldade na comunicação e na participação familiar nos clientes mais graves. Na opinião de Mauriti e Galdeano (2007), a importância atribuída a manter a estabilidade hemodinâmica do cliente crítico, pode descuidar as necessidades dos familiares. Por último, os inquiridos referiram que a principal necessidade do familiar do cliente em diálise recaí sobre a informação sobre o funcionamento e a finalidade do mesmo. O enfermeiro que presta cuidados ao cliente renal em diálise, admite que o monitor pode ser fonte de stress para o familiar sem experiência nesta área, pelo que resulta importante identificar essa necessidade e oferecer informações sem dar falsas esperanças (Ashwanden 2002 p.64).

Conhecer a opinião dos enfermeiros da unidade permitiu demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o cliente e a sua família internado na UUM. Para a divulgação dos resultados e a sensibilização dos enfermeiros do serviço, foi agendada uma formação em serviço conforme plano de sessão no Anexo XIII e vinculada ao trabalho. A formação (Anexo XIV) foi agendada para o 17 de Junho de 2010 às 16 horas. Tinha como objectivo:

- Conhecer a percepção do enfermeiro da UUM, sobre as necessidades dos familiares dos clientes internados na unidade.

Na formação foram apresentados os resultados do questionário e foram sugeridas mudanças para a melhoria dos cuidados. No final da sessão foi criado um espaço para discussão e reflexão dos principais aspectos abordados. A taxa de assistência foi de 22,6% dos enfermeiros da UUM. A formação foi avaliada de forma positiva pelos participantes (Anexo XV). Com esta formação pretendeu-se adquirir competências na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. A realização deste trabalho facilitou a reflexão sobre a prática de uma forma crítica e a abordagem de questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização.

## 2.2.- Bloco Operatório Central do Hospital de Santa Cruz.

No módulo III que correspondeu ao prática clínica de opção onde existia a possibilidade de escolher as áreas de actuação. De entre as oferecidas decidi desenvolver competências de enfermeiro especialista em EMC no BO central do HSC.

De acordo com Bilbao, (2006, p.20) o BO, é considerado “...*uma unidade orgânico – funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a clientes total ou parcialmente dependentes, com o objectivos de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida. É constituído pelo conjunto de várias Salas de Operações ou Suites Operatórias reunidas numa mesma unidade imobiliária e que funciona de forma autónoma.*” A situação de dependência em que o indivíduo cliente se encontra, requer a presença de profissionais de enfermagem altamente qualificados que consigam dar resposta às necessidades, que parcial ou totalmente não podem ser por si satisfeitas, num período mais ou menos curto, consoante a sua condição (AESOP). O desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista no perioperatório integra na prática conhecimentos e competências específicas das diferentes áreas funcionais desempenhadas no bloco. Concebe o BO como um ambiente restrito e desconhecido. Por este motivo empenha-se em compreender a realidade do cliente e da sua família, o que possibilita direccionar a prestação de cuidados para satisfazer as necessidades sentidas em cada um dos momentos da experiência anestésica e cirúrgica do cliente.

Durante o período perioperatório, o enfermeiro assume o papel de “advogado do cliente” assegurando um ambiente cirúrgico seguro e mantendo os padrões de “boa prática”. Por outro lado, actua como líder promovendo o desenvolvimento de outros profissionais. Ainda, adopta o papel de educador, quer dos clientes e seus familiares bem como dos seus pares. E por último, mantém actualizado os seus conhecimentos mediante a investigação científica, promovendo o desenvolvimento da profissão. Assim, o modelo de formação e da prática da enfermagem Perioperatória apresenta-se como processo circular, sendo que cada secção da roda representa as características e a interacção de funções relativas a esta mesma prática (AESOP 2006 p.7). Este processo circular, na integração das competências, sugere um perfil dinâmico, com capacidade para aceitar novos desafios, flexível para a mudança e reflexivo sobre a sua prática clínica.

O HSC iniciou a sua actividade a 23 de Abril de 1980, para dar resposta a procedimentos altamente diferenciados nas áreas de cardiologia (médica e cirúrgica) e nefrologia. Na história deste hospital, destacam-se a realização da primeira angioplastia coronária em 1984 e do primeiro transplante cardíaco em Portugal em 1986. Em 1985, iniciou o programa de Transplantação Renal com Rim de Cadáver e em finais de 1995, o programa de Transplante Renal de Dador Vivo. Em 2007 foi notícia por efectuar o primeiro Transplante Renal de Dador Vivo, em Portugal, entre pares não relacionados. Desde 1998 que dispõe de uma equipa de Colheita de Órgãos, actualmente limitada ao Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, que permitiu

augmentar o número total de transplantes efectuados anualmente. O Bloco Operatório tem uma casuística de 780 transplantes renais, dos quais 104 são de dador vivo. Possui uma larga experiência na realização dos acessos vasculares para Hemodiálise e no tratamento das suas complicações, ultimamente partilhadas com a Nefrologia que realiza as angiografias de intervenção. Em Dezembro de 2002, o hospital transformou-se numa sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, o Hospital de Santa Cruz, S.A. Em Dezembro de 2005, o Decreto-Lei nº 233/2005 estabelece, no artigo 1º, a fusão do HSC juntamente com o Hospital de Egas Moniz e o HSFX para integrar o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental)

As especialidades cirúrgicas do BO correspondem à cirurgia do foro cardíaco em adultos e crianças (efectuadas nas salas operatórias 1, 2 e 5) e à cirurgia geral, com especialização na construção de acessos vasculares para hemodiálise, colheita de órgãos e transplante renal de dador cadáver e vivo.

A coordenação da equipa de Enfermagem é realizada pelo Enfermeiro Chefe e pelo enfermeiro responsável, ambos enfermeiros especialistas. O Bloco Operatório consta de 28 enfermeiros distribuídos em turnos rotativos de manhã e tarde. Ainda existe um sistema de prevenções durante a noite, feriados e fins-de-semana que permitem o funcionamento do Bloco 24 horas por dia, 365 dias do ano. Os enfermeiros escalados no turno da manhã e de tarde são distribuídos nas 5 salas de cirurgia de acordo com um plano semanal definido pela equipa de coordenação. O plano é mudado semanalmente ou quando necessário e define a valência para cada enfermeiro. Por norma, os enfermeiros não ficam mais de uma semana na mesma valência.

Um dos projectos existentes no BO, objectiva o desenvolvimento e implementação de uma consulta pré-operatória no serviço, Nessa consulta, o enfermeiro de anestesia acompanha o cliente em todo o período perioperatório, ou seja, efectua a visita pré-operatória no serviço, realiza o acolhimento e participa na experiência anestésica do cliente e por último visita o cliente no período pós-operatório.

No contexto de bloco, o papel do enfermeiro desenvolve-se em quatro níveis diferentes de actuação: o enfermeiro circulante, o enfermeiro instrumentista, o enfermeiro de anestesia e o enfermeiro de cuidados pós-anestésicos. Embora estas funções sejam diferentes, é necessário salientar a importância em adquirir e desenvolver competências específicas para o desempenho de cada uma delas (AESOP 2006, p.105). Segundo a alínea 1 do Artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996, o enfermeiro especialista, no desenvolvimento das suas competências tem como objectivo: *“prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, cliente ou saudável ao longo do ciclo vital; assim como ao grupo social onde se encontra integrado, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde tão rapidamente quanto possível”*. A realização desta prática clínica foi de grande interesse no sentido de desenvolver competências de enfermeiro especialista na área cirúrgica e concretamente na participação na construção de acessos vasculares para hemodiálise, dando continuidade ao tema central.

Reconhecer a relevância do HSC no que respeita à construção de acessos vasculares para hemodiálise e a larga experiência em cirurgia cardíaca e Transplante Renal de dador cadáver e vivo, foi determinante na escolha do BO como o contexto ideal para desenvolver competências enquanto enfermeiro especialista nesta área específica de intervenção. Os objectivos traçados para esta prática clínica, emergem de necessidades do serviço e pretendem dar continuidade ao tema do projecto, o cliente renal do foro nefrológico. Para este módulo foram delineados os seguintes objectivos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente cirúrgico e em especial ao cliente do foro renal e à sua família;
- Participar como membro do grupo de trabalho na implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica.

Para atingir tais objectivos, foram realizadas diferentes actividades no decorrer do prática clínica que serão descritos em seguida.

**Objectivo 1.-** Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente cirúrgico em ambiente de BO e em especial ao cliente do foro renal e sua família;

Acompanhar o cliente durante todo o processo perioperatório facilitou a interacção e comunicação com este, contribuindo para o estabelecimento de uma relação de ajuda. Deste modo, foi possível caracterizar os cuidados de enfermagem de acordo com o Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996 que profere, no artigo 5º na 1ª e 2ª alínea: “*Tem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e cliente, indivíduo, família, grupos e comunidade (...). Estabelecem uma relação de ajuda com o cliente*”. Participar na prestação de cuidados ao cliente cirúrgico, permitiu desenvolver técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente cirúrgico, e o estabelecimento de uma relação terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados no período pós-operatório, colaborou-se com o enfermeiro orientador na transferência do cliente para a unidade de internamento, descrevendo à enfermeira o procedimento realizado e os cuidados pós-cirúrgicos. De acordo com o Artigo 4º da Carta dos Direitos dos Clientes Internados (DGS) o cliente internado tem direito à continuidade de cuidados. Com a transferência da responsabilidade dos cuidados, surgiu a oportunidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista na realização da gestão do cuidado na área perioperatória.

Nos actos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise, evidencia-se que na sua maior parte eram realizados sob anestesia local ou mediante bloqueio do plexo braquial. Ou seja, a maior parte das cirurgias eram em ambulatório, sendo o período pós-operatório breve, tendo alta poucas horas após do procedimento. No retorno ao centro os

clientes por norma trazem a carta de alta médica com o tipo de intervenção e a data de retirada dos pontos. No entanto, muito raramente, fazem-se acompanhar da carta de alta/transferência de enfermagem que permite ao enfermeiro de hemodiálise dar continuidade aos cuidados iniciados no BO, com a construção ou revisão do acesso vascular. De acordo com o Artigo 83º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, na sua alínea “d)” advoga que o enfermeiro, no respeito pelo direito ao cuidado na saúde e na doença deve: “*assegurar a continuidade de cuidados, registando fielmente as observações e as intervenções realizadas*”. Cabe ao enfermeiro especialista, conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria da qualidade.

Atendendo à necessidade identificada, que salvaguarda a garantia da continuidade de cuidados, sugere-se a possibilidade de implementação de um instrumento de articulação entre o BO e outros níveis de cuidados. Assumindo a complexidade das cirurgias realizadas neste serviço, a validação com o enfermeiro orientador foi determinante para direccionar o objectivo para o grupo de clientes submetidos a cirurgia relacionada com os acessos vasculares para hemodiálise. A abordagem deste problema, permitiu desenvolver consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, nos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Para dar resposta ao objectivo proposto, foram delineadas as seguintes actividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre continuidade de cuidados e alta/transferência em enfermagem;
- Aplicação dos questionários;
- Análise dos resultados;
- Elaboração de um documento que permita garantir a continuidade de cuidados entre diferentes níveis de cuidados de saúde no cliente submetido a procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise.

Sierra, [et al.] (2007) reconhecem a utilidade da folha de alta/transferência de enfermagem como elemento potenciador da coordenação entre serviços e como instrumento propulsor da autonomia, do reconhecimento social e profissional. Quanto ao seu conteúdo, Navarro, Haro, Orgiler (2004) advogam à missão deste documento, como uma forma eficaz de compilar informação suficiente, actualizada, clara e precisa. Deste modo facilita que outros profissionais de enfermagem assumam sem dificuldade, a responsabilidade do cuidado do cliente e que seja elemento coadjuvante na reavaliação das necessidades de cuidados de enfermagem. Ainda Moita, [et al.] (2007) defendem que a carta de alta/transferência representa uma prova legal e um instrumento legítimo da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A finalidade na realização desta actividade assenta em vários aspectos que vão de encontro à bibliografia. Por um lado, promove a continuidade de cuidados mediante a melhoria dos canais de comunicação entre o BO, o serviço de hemodiálise hospitalar ou o centro de diálise. Por outro lado, facilita a monitorização do acesso vascular; ou seja, mediante este registo, o enfermeiro pode averiguar quando foi construído, que cirurgião o operou, se necessitou de alguma intervenção adicional (radiologia de intervenção, angioplastia ou outras), sendo possível incluir um desenho do

acesso que auxilia na inserção das agulhas pela primeira vez, ou o identificar o sentido do sangue nos enxertos arterio-venosos em ansa.

A pesquisa bibliográfica acerca da importância da carta de alta/transferência em enfermagem, contribuiu para avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas seguindo uma perspectiva académica avançada.

Para dar resposta à temática, foi elaborado um trabalho que pretendeu reunir a opinião de enfermeiros de diferentes serviços (BO, dois serviços de hemodiálise hospitalar e um centro de hemodiálise periférico (Anexo XVI). Foi solicitada autorização por escrito aos serviços (Anexo XVII) para aplicação dos questionários. Através do modelo em anexo (Anexo XVIII), foi solicitado o consentimento por escrito de todos os participantes. O instrumento utilizado foi a aplicação de um questionário autoadministrado, constituído por duas questões de resposta fechada e uma questão aberta (Anexo XIX). Para a análise dos resultados, foi aplicada a metodologia de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2009).

Os inquiridos apontaram para três categorias: momento cirúrgico, medicação e acesso vascular. Para a primeira, os aspectos mais relevantes relacionavam-se com o tipo de cirurgia, o tipo de acesso vascular, as ocorrências intraoperatórias e os intervenientes. Para a segunda categoria, foram a administração de antibioterapia e a necessidade de anticoagulante os parâmetros mais frequentemente citados. Por último, o desenho do acesso vascular, os locais de punção, a data da primeira punção e a ferida cirúrgica foram os itens que mais ressaltaram os participantes.

Com os resultados obtidos, foi desenhada uma folha de alta/transferência em enfermagem nos procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise (Anexo XX) e uma norma de procedimento (Anexo XXI) que facilita o preenchimento da carta de alta. A carta de transferência foi organizada num suporte informatizado, tipo formulário, e pode ser incluída no aplicativo do hospital e no processo electrónico do cliente. Para facilitar a continuidade do projecto, o modelo de alta/transferência de enfermagem foi implementado na prática diária dos enfermeiros para a sua validação. As alterações sugeridas por quatro enfermeiros do BO, com experiência na construção e manutenção de acessos vasculares para hemodiálise, foram adicionadas para uma melhor adaptação à realidade do BO. A norma de procedimento também foi adaptada de acordo com as alterações. A necessidade de abordar a temática de um ponto de vista interdisciplinar, demonstra um nível aprofundado de conhecimentos na área perioperatória.

Os últimos dias de prática clínica proporcionaram a oportunidade de conhecer alguns aspectos relacionados com a gestão de stocks. Na farmácia do BO, verificou-se que não existia o controlo sistemático dos prazos de validade dos medicamentos existentes, nem supervisão dos medicamentos dispensados pela farmácia hospitalar. De acordo com a alínea “b)” do Artigo 91 da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o enfermeiro como membro da equipa de saúde deve: *“trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”*. A gestão do medicamento na farmácia do BO era efectuada diariamente de acordo com consumos gerados pelas cirurgias e após a verificação dos níveis. Porém, não existia

sistematização das encomendas nem verificação das validades dos medicamentos. Nesse sentido, registei todos os prazos de validade dos medicamentos, notifiquei os que estavam fora do prazo e identifiquei aqueles com a proximidade do fim da validade para serem utilizados primeiro. Surgiu então a necessidade de desenvolver um instrumento que sistematizasse o controlo de custos e prazos de validade.

Para esta actividade foi proposta a:

- Pesquisa dos fármacos mais utilizados na cirurgia geral e cirurgia cardiorácica;
- Elaboração de uma lista para contagens de stock e controlo de datas de validade aplicável a farmácia do BO.

Desta forma, foi elaborada uma tabela onde documentou-se a listagem dos fármacos existentes na farmácia do BO. Ao lado de cada medicamento, foi adicionado um sistema de verificação das encomendas feitas aos serviços farmacêuticos e prazo de validade. Ainda, para manter um controlo nos custos, a listagem exigia a separação das encomendas tendo como base o tipo de cirurgia (cardio-torácica ou geral). Para dinamizar o instrumento (Anexo XXII), foram verificadas todas as datas de validade dos medicamentos existentes e, com o aval do enfermeiro chefe, foi implementada a folha na gestão de stocks dos medicamentos. Esta actividade contribuiu para o desenvolvimento de competências como supervisor do exercício profissional no controlo de stocks.

**Objectivo 2.-** Participar como membro do grupo de trabalho na implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica;

Face às funções desempenhadas pelo enfermeiro perioperatório, a que despertou maior interesse foi a prestação de cuidados como enfermeiro de anestesia, destacando-se a realização da visita pré-operatória. Como já foi referido anteriormente, a visita pre-operatória era um projecto em desenvolvimento por uma equipa de enfermeiros, estando vigente o acolhimento ao cliente. Realizar o acolhimento, permite a possibilidade de estabelecer o primeiro contacto com o cliente cirúrgico, apresentar cada profissional, confirmar a sua identidade e, simultaneamente, validar com a enfermeira do internamento a existência de meios auxiliares diagnósticos e do requerimento de hemoderivados, verificar se o consentimento cirúrgico se encontra assinado, entre outros. Durante este período, surge a oportunidade para responder às dúvidas e questões relativas aos cuidados de enfermagem, defender, respeitar e promover o direito ao consentimento, atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação solicitada pelo cliente e informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a forma de os obter (Artigo 84º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro). Colaborar no acolhimento foi uma experiência enriquecedora que contribuiu para o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Neste sentido, Silva, Oliveira, Costa e Sousa (2006), consideram que, na ausência de visita pré-operatória, um bom acolhimento do cliente no BO é um excelente início para promover o seu bem-estar e o estabelecimento de uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente durante a sua estância neste serviço, tendo como suporte a humanização e personificação dos cuidados. Estas autoras defendem que existe uma grande preocupação por parte dos enfermeiros em melhorar a qualidade dos cuidados prestados em todos os níveis, sendo a humanização dos cuidados, atendimento personalizado e a segurança importantes linhas de reflexão.

As funções desempenhadas, durante a prestação de cuidados de enfermagem no período intra-operatório como enfermeiro de anestesia, incluíram assegurar a preparação e acompanhamento da experiência anestésica do cliente durante o acto cirúrgico. A Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica relativa às atribuições do enfermeiro circulante assente no Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.359), enuncia que o BO é uma unidade onde se concentram riscos de diversa ordem, devido à especificidade de cuidados prestados. Para a Comissão, a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico, resulta no conjunto de intervenções que garantem a observância de todas as medidas ambientais e de segurança, quer para o cliente como para o profissional de saúde. Na opinião de Pinheiro (2007), o conceito dos cuidados de enfermagem perioperatório, estão intimamente relacionados com o conceito de segurança. Para a autora, a segurança abrange

“segurança moral e mental”, “segurança fisiológica e física” e “segurança nos cuidados de enfermagem”. Ainda Pinheiro (2007) refere que a segurança deve ser uma actividade partilhada entre a instituição e cada funcionário. A importância do papel do enfermeiro perioperatório durante a experiência anestésica e cirúrgica é garantir um ambiente seguro para o cliente, assumindo que estes se encontram mais vulneráveis aos riscos, sendo que o enfermeiro, e em especial o enfermeiro circulante, tenha que funcionar como “advogado do cliente”, prevenindo quaisquer acidentes que possa ocorrer (Martins e Pinheiro 2006 p.61).

Durante a prestação de cuidados, no período intraoperatório, verifica-se que não se aplicava de forma sistemática e objectiva procedimentos que visem aumentar a segurança cirúrgica do cliente. Esta necessidade foi validada com o enfermeiro orientador e foi sugerida a intervenção a este nível. Assim, ficou decidido colaborar com o grupo responsável pela implementação da lista de verificação cirúrgica da OMS.

Para este objectivo, foram propostas as seguintes actividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre o papel do enfermeiro perioperatório e as listas de verificação cirúrgicas;
- Elaboração de uma sessão de formação com aspectos relacionados com a importância do papel do enfermeiro perioperatório na promoção de uma cultura de segurança para o cliente;
- Sensibilização da equipa de enfermagem mediante uma sessão de formação;
- Análise da avaliação da formação.

Mediante a pesquisa sobre o tema, foi elaborado um trabalho (Anexo XXIII) que visa fundamentar a importância do papel do enfermeiro perioperatório na segurança do cliente cirúrgico. Como constava no plano de sessão do Anexo XXIV, no dia 13 de Outubro, foi apresentado, aos enfermeiros do BO, os resultados da pesquisa mediante uma acção de sensibilização (Anexo XXV). Como objectivo geral foi proposto:

- Sensibilizar a equipa para a importância do papel do enfermeiro perioperatório na promoção de uma cultura de segurança cirúrgica.

A temática abordada alude ao papel do enfermeiro perioperatório na gestão de risco no cliente cirúrgico, a visão sobre os factores de risco no BO, os objectivos da política de gestão de risco, o papel do enfermeiro perioperatório para melhorar a segurança do cliente e a importância da implementação na prática do “*check-list*” da OMS. A assistência à formação foi de 35,7% dos enfermeiros do BO. No final da sessão foi criado um espaço para discussão e reflexão dos principais aspectos abordados. A avaliação da formação foi positiva, encontrando-se a análise no Anexo XXVI. No processo de implementação da lista de verificação cirúrgica, o enfermeiro especialista perioperatório deve ser gestor de mudança. Ou seja, contribuir de forma exemplar na melhoria da comunicação interdisciplinar, promover o trabalho em conjunto de toda a equipa cirúrgica na introdução da lista de verificação de segurança cirúrgica, de forma a prevenir ou minimizar riscos evitáveis e garantir a segurança e o bem-estar dos clientes cirúrgicos.

Como defende Cambotas [*et al.*] (2006), a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área facilitam a orientação e coordenação da prestação de cuidados, a gestão de recursos

humanos e materiais, a gestão das relações humanas e a formação de outros profissionais. A participação com o grupo responsável pela implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, representou uma profunda pesquisa sobre o tema. Como ponto de partida para esta abordagem, demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional actuais, relacionado com a segurança do cliente, facilitou a selecção dos conteúdos e a adaptação à realidade do BO do HSC. A apresentação das principais linhas orientadoras desta temática à equipa de enfermagem, nomeadamente na área da gestão de risco, contribuiu para desenvolver competências de comunicação dos resultados da prática clínicas e de investigação para audiências especializadas. Por ser uma equipa muito experiente, foi imprescindível abordar a temática da gestão do risco e o papel do enfermeiro perioperatório desde um ponto de vista sistemático e criativo, apresentando fragmentos de um filme. A avaliação positiva da formação espelha um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre a problemática da gestão de risco e a importância de implementar a lista de verificação de segurança cirúrgica. Durante a formação sugeriram-se estratégias para melhorar a segurança do cliente cirúrgico e foi lançado o desafio da implementação da lista de segurança cirúrgica da OMS.

### **2.3.- Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Francisco Xavier.**

O terceiro período correspondeu ao módulo I, realizado no SUG do HSFIX entre 22 de Dezembro de 2010 e 06 de Fevereiro de 2011.

As unidades de urgência hospitalares descrevem o local destinado para o atendimento a pessoas que necessitam de atendimento urgente em situações críticas para evitar a morte, prolongar a vida ou prevenir consequências prejudiciais para a saúde (Girardon-Perlini e Pilato 2008 p.722). Em Portugal, os serviços de urgência transformaram-se ao longo dos anos na porta de entrada para o SNS e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando o funcionamento regular dos serviços de diagnóstico complementar e terapêutico, assim como os serviços de internamento e ambulatórios (DGS 2001, p.6). Durante os últimos 20 anos, estes serviços foram alvo de inúmeras reformas na sua organização e distribuição devido à grande afluência de pessoas que recorrem a este serviço. No entanto, ainda se verificam grandes disfunções difíceis de resolver (Idem).

Segundo a DGS (2001, p.7) “são **Urgentes** todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. São **Emergentes** todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”. A prestação de cuidados no SU geral, corresponde a uma área onde o enfermeiro especialista deve mobilizar os conhecimentos com agilidade de modo a realizar uma triagem das situações, estabelecer prioridades e tomar decisões acertadas para dar resposta às necessidades do cliente admitido e seus familiares.

De acordo com o Despacho nº 727/2007, diferenciam-se três níveis de Urgência. O primeiro nível de acolhimento a situações de urgência de cariz médico (não cirúrgico), excepto pequena cirurgia corresponde com o **SU básica**. O segundo nível faz referência aos **SU Médico-cirúrgica** e integra o atendimento de episódios de urgência e emergência dentro da sua área de influência que não excedam os sessenta minutos entre o local da ocorrência e o hospital. Estes serviços estão obrigatoriamente articulados com os SU básica e os SU Polivalente e devem dispor de:

- Medicina Interna;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia;
- Anestesiologia;
- Cardiologia;
- Neurologia;
- Oftalmologia;
- ORL;
- Urologia;
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;
- Bloco Operatório (24 horas);
- Imuno-hemoterapia;
- Diálise para situações agudas;
- Imagiologia (Radiologia convencional, Ecografia simples, TAC);
- Patologia Clínica (devendo assegurar todos os exames básicos).

O nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência são representados pelos **SU Polivalentes** e estão localizadas nos hospitais gerais centrais. Estes serviços funcionam como urgência Médico-cirúrgica dentro da sua área de influência e devem garantir a articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria. Para além de todas as especialidades referidas nos hospitais com urgência Médico-cirúrgica ainda devem possuir:

- Gastrenterologia (com endoscopia);
- Cardiologia de Intervenção;
- Pneumologia (com endoscopia);
- Cirurgia Plástica e Reconstructiva;
- Cirurgia Maxilo-facial;
- Cirurgia Vascular;
- Cirurgia cardiotorácica;
- Neurocirurgia;
- Imagiologia com Angiografia Digital e RMN;
- Patologia Clínica com Toxicologia.

Nem todos os hospitais com urgências polivalentes possuem todas as especialidades, pelo que não garantem o atendimento a todas as situações. Estes hospitais estão articulados funcionalmente com outros que desfrutam destas áreas de cuidados, sendo que a sua localização não exceda uma hora de transporte terrestre em circunstâncias normais (DGS 2001).

Segundo a DGS (2001) o SU Geral do Hospital de São Francisco Xavier é considerado um serviço de urgência polivalente em articulação directa com o Hospital de Egas Moniz e HSC. O Hospital de S. Francisco Xavier, E.P.E., é um hospital geral, central, onde estão sediadas a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da Zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes. A missão do SU é: *“Prestar cuidados de saúde*

*integrados e globais, urgentes e programados, com respostas personalizadas, flexíveis e adequadas a cada situação clínica”.*

A equipa de enfermagem está coordenada pela Enfermeira Chefe e uma equipa de composta por quatro enfermeiras assumindo diferentes papéis de gestão. Existem cinco equipas de enfermagem constituídas por 14 elementos distribuídos nos diferentes sectores do serviço em horário rotativo para dar atendimento as 24 horas. O enfermeiro chefe de equipa, não tem sector atribuído sendo o coordenador da equipa de trabalho. A patologia mais frequente do SU relaciona-se com clientes do foro médico, cirúrgico e traumatológico, nomeadamente cliente com alterações cardíacas, neurológica (incluindo neurocirurgia), politraumatizados, clientes com patologia urológica ou cliente psiquiátricos, entre outros. A metodologia de trabalho instituída no SU era o método individual de trabalho.

De acordo com Alminhas (2007) a enfermagem de urgência representa a prestação de cuidados a indivíduos, de forma transversal ao seu ciclo vital, que apresentem alterações de saúde físicas ou psíquicas, percebidas ou reais, não diagnosticada ou que necessitem de outras intervenções. Para esta Alminhas (2007, p.57), a enfermagem de urgência é *“um misto complexo de capacidades, experiência, saber personalizado”.*

Durante o período de prática clínica, o relacionamento com os profissionais que integram a equipa do SU facilitou a integração na equipa e promoveu a prestação de cuidados de forma autónoma. O SU foi um local muito rico e intenso em experiências. A conjugação destes factores permitiu demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e proporcionou a matriz necessária para a aquisição e desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista.

Durante o levantamento das necessidades do serviço, para dar resposta aos objectivos planeados para o período de prática clínica, evidencia-se que o SU deste hospital articula-se com o HSC na organização e planeamento na administração da hemodiálise. Por outras palavras, todos os clientes do foro nefrológico com necessidade de hemodiálise, eram transferidos para o HSC ou uma equipa deste hospital deslocava-se para administrar a terapêutica. Deste modo, foi necessário modificar os objectivos traçados para esta realidade. Porém, a experiência em mudar de direcção sem perder o fio condutor, durante o período de prática clínica, demonstrou capacidades de reagir perante situações imprevistas e complexas.

O desafio era identificar novas necessidades sentidas neste contexto. Tendo como ponto de partida as alterações introduzidas pela Lei nº 33/2009 de 14 de Junho sobre o direito de acompanhamento dos clientes dos SU do SNS, dois meses antes da sua entrada em vigor, houve uma formação específica para os profissionais, nomeadamente, para os enfermeiros na área da família e mediação familiar e foi elaborada uma norma interna de regulamentação do acompanhamento. Para o serviço, a avaliação da satisfação dos familiares dos clientes em relação ao acompanhamento seis meses depois da sua implementação, tornou-se numa necessidade. Após partilhar esta reflexão com a Enfermeira Chefe, a enfermeira orientadora e a enfermeira envolvida nas formações, a necessidade foi validada e comecei a dinamizar o projecto.

Os objectivos traçados para esta prática clínica, emergem da nova realidade encontrada e correspondem às necessidades do serviço:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente urgente/emergente e em especial ao cliente do foro renal e à sua família;
- Colaborar com o serviço na avaliação do grau de satisfação dos familiares face ao acompanhamento no SU.

O objectivo nuclear do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica é prestar cuidados, pelo que este objectivo caracteriza a sua actuação. Foram as seguintes actividades:

- Participação nos cuidados de enfermagem nos diferentes sectores do SU de forma autónoma.
- Pesquisa bibliográfica sobre diferentes patologias no SU.
- Elaboração de uma norma de procedimento relacionada com a utilização do cateter venoso central tunelizado para hemodiálise em situação emergente (“*life saving*”).

**Objectivo 1.-** Prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente urgente/emergente e em especial ao cliente do foro renal no SU.

O SU hospitalar nos dias de hoje, parece ser sinónimo de um lugar desconhecido, barulhento, frio, onde a companhia familiar está parcialmente limitada, os tempos de espera costumam ser prolongados, em contínuas reformas estruturais para adequar os serviços as novas exigências da sociedade, recorrência de idosos que procuram companhia, acesso directo a exames complementares de forma rápida, entre outros. Neste sentido Neto [et al.] (2003) descrevem-no como um lugar desconhecido para o cliente que pode ocasionar conflitos interiores na procura de referências que lhe permitam encontrar estabilidade e auto-controle. Por estes motivos, os autores asseguram que, este serviço exige uma grande capacidade de adaptação a nível mental e emocional.

Considerando o SU como uma porta aberta às necessidades da sociedade, o enfermeiro no exercício da sua profissão, observa os valores humanos pelos quais se regem os indivíduos e os grupos em que este se integra e assume o dever de cuidar-los, salvaguardá-los e respeitá-los, abstendo-se de fazer julgamentos de valor ou imposição dos próprios valores (Artigo 81º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro). A variedade de situações vivenciadas durante a prestação de cuidados como enfermeiro especialista, e consciente deste labor, promoveu o desenvolvimento de competências no zelar pelos cuidados prestados no SU e promover a autonomia do cliente neste contexto. Neste sentido, o enfermeiro não deve descurar a capacidade de criar um clima de confiança, escutar o outro em vez de discursar, compreender e reformular em tempo oportuno os comentários do cliente Neto [et al.] (2003 p.218).

A prestação de cuidados nos diferentes sectores que compõem o SU, permitiu identificar necessidades de aprendizagem em contexto de urgência, reflectindo sobre a prática de forma crítica. O enfermeiro do SU deve possuir um core de conhecimentos científico-técnico alargado que permita dar resposta ao perfil do cliente admitido (do foro médico, cirúrgico, psiquiátrico, traumatológico, pediátrico...). Assim, durante o módulo de prática clínica, tive a necessidade de realizar pesquisas acerca de diferentes estados patológicos. Por outras palavras, manter de forma contínua e autónoma o meu próprio processo de auto-desenvolvimento no sentido de participar mais activamente na prestação de cuidados a clientes encaixados neste perfil, com excepção do cliente pediátrico. No SU, o enfermeiro especialista no desenvolvimento das suas competências, deve realizar as suas intervenções com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (Artigo 78º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro).

Para muitos clientes, o SU é a porta de entrada para o primeiro contacto com uma unidade de saúde hospitalar. Na opinião de Alminhas (2007), o SU é particularmente despersonalizante sendo que por vezes, na admissão, o cliente pouco pode decidir sobre os cuidados a receber, a privacidade, a socialização, ou aceitação de alguma intervenção. Para esta autora, o cliente no serviço de urgência pode sentir-se privado do seu papel social, pelo que a actuação do enfermeiro para dar continuidade a esses relacionamentos torna-se fundamental. Durante a prestação de cuidados, o enfermeiro especialista, deve demonstrar disponibilidade em estabelecer uma relação terapêutica tendo como principais pilares a confiança, a privacidade do outro e a preservação da dignidade. O cimento utilizado para consolidar a relação é a promoção da autonomia do cliente durante o atendimento. Para Oliveira e Fortes (1999), citado por Martins (2007), o respeito pela autonomia implica valorizar o outro em si, mesmo que as suas crenças sejam diferentes daqueles com opiniões e escolhas dominantes. No entanto, Martins (2007) defende que o perfeito exercício da autonomia requer uma vida consciente e integridade corporal e física. Neste sentido, o enfermeiro especialista no SU, demonstra uma tomada de decisão ética procurando defender e incentivar a autonomia do cliente de acordo ao seu estado de saúde e, se as condições não o permitirem, recorre à família como pedra angular no cuidado facilitando o acompanhamento familiar e oferecendo informações dentro da área de competência e actuação. O tipo de relação que se estabelece pode ser determinante na satisfação do cliente, da sua família e na qualidade percebida pelos serviços prestados.

Durante a prestação de cuidados ao cliente urgente/emergente, e tendo como fio condutor do projecto o cliente do foro nefrológico, levou a levantar questões complexas sobre a sua abordagem no SU. Este tipo de cliente pode necessitar de cuidados relacionados ou não com a sua patologia. Por norma, os clientes renais que necessitam de diálise intermitente são derivados para o Hospital de Santa Cruz. As outras situações não relacionadas directamente com a doença renal podem ser atendidas no SU, por exemplo, um traumatismo, uma dor torácica, entre outras. Nesta linha de pensamento, o cliente renal crónico em diálise pode necessitar cuidados com carácter emergente, sendo o SU o local apropriado para esse efeito. Depois de escutar com atenção relatos de enfermeiros sobre este tema e, considerando

apenas o cliente renal crónico portador de cateter venoso central tunelizado como acesso vascular para HD, coloca-se a questão se é possível utilizar o cateter como acesso venoso para situações emergentes. A partilha desta questão com peritos na área e mediante a reflexão fundamentada sobre a prática como método de análise de situações complexas, cheguei a conclusão que a finalidade do cateter é exclusivamente o tratamento com HD, sendo qualquer outra utilização fora deste contexto desaconselhada. Porém, numa situação emergente, onde a prioridade é a vida do cliente, é possível utilizar o cateter venoso central para HD como acesso venoso para administrar fluidos e drogas. Assim, foi proposta uma norma de procedimento para a utilização do cateter venoso central para HD nas situações emergentes (Anexo XXVII). O método escolhido para sensibilização dos enfermeiros foi mediante a divulgação de um fluxograma de actuação (Anexo XXVIII) e uma acção de sensibilização. O plano de sessão encontra-se no Anexo XXIX. De acordo com a disponibilidade do SU, a data prevista para a formação foi no dia 23 e 25 de Fevereiro. Esta data foi sujeita a discussão com a enfermeira orientadora por encontrar-se fora do período de prática clínica. Com o parecer positivo da enfermeira orientadora, foi solicitada autorização à Enfermeira Chefe e a professora que aprovaram a formação. A sessão de formação Anexo XXX decorreu nos dias 23 e 25 de fevereiro num total de quatro sessões. Como objectivo geral foi proposto:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para aspectos importantes relacionados com a utilização do CVC para hemodiálise no SU.

A taxa de assistência foi de 30,95%. No final da sessão foi criado um espaço para discussão e reflexão dos principais aspectos abordados. Finalmente, foi realizada uma avaliação da formação. A análise dos resultados obtidos pode encontrar-se no Anexo XXXI

A realização desta actividade possibilitou demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais e novos, relacionados com o cliente e família, abordando uma questão complexa de forma sistemática e criativa e a gestão e interpretação, de forma adequada, da informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e da sua formação pós-graduada. Com a realização da norma de procedimento, pretende-se capacitar os enfermeiros na utilização do cateter venoso central tunelizado para hemodiálise em situações emergentes maximizando a eficácia do procedimento e diminuindo riscos e complicações.

**Objectivo 2.-** Colaborar com o serviço na avaliação do grau de satisfação dos familiares face ao acompanhamento no SU.

Os familiares que acompanham o cliente durante a sua experiência no SU, erguem-se como um dos principais pilares no atendimento. Na opinião de Neto *[et al.]* (2003), a família sente-se relegada pela falta de informação, pelo medo e a angústia do prognóstico. Para a família, existe a sensação de que no conteúdo da informação há qualquer coisa que não está bem e, o pouco tempo dispensado para esclarecer dúvidas origina sentimentos de ansiedade e stress entre os seus membros. Por outro lado, Liberardo (2004) reconhece que a doença de um dos seus membros vai converter-se em doença familiar, surgindo preocupações com a gravidade da doença, o sofrimento e a possível morte. Este autor salienta a importância de não menosprezar as necessidades dos familiares durante o atendimento ao cliente.

Como enfermeiro especialista, acredita-se que a família percebida como parceiro no papel de prestador de cuidados informais revela-se uma importante fonte de informação. Por este motivo, as necessidades da família do cliente admitido no SU, não podem ser desatendidas. Estas atitudes com a família facilitaram o desenvolvimento de conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e, relacionamento de forma terapêutica no respeito pelas crenças e pela sua cultura. Para (Girardon-Perlini e Pilato 2008), a possibilidade de construção de uma relação entre profissionais de saúde e familiares possibilita à família aprender a lidar com as situações utilizando os seus próprios recursos. Neste sentido, Hidalgo, *[et al.]* (2007), defendem que os enfermeiros podem ser uma grande influência na satisfação rápida e eficaz das necessidades da família, visto que são os profissionais que permanecem mais tempo junto a eles, sendo especialmente importante no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.

A satisfação, refere-se a um conceito subjectivo e continuamente sujeito a mutações (Falcão, *[et al.]* 2004 p.45). Por este motivo, torna-se um elemento de difícil definição dada a sua natureza multidimensional, altamente influenciado pelas experiências anteriores, pelos valores e pelas crenças de cada pessoa. Assim, Cuñado, *[et al.]* (2002) e, posteriormente, Ribeiro (2005) defendem que quando tomamos por área de atenção a satisfação dos clientes e se relaciona com os cuidados de enfermagem, aparece a satisfação como um relevante indicador da qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro. A qualidade de cuidados é o resultado da satisfação das necessidades e expectativas dos clientes e o adequado funcionamento dos processos (Miguel e Pereira, 2007 p.62). A importância da reflexão sobre as práticas contribui para identificar indicadores susceptíveis aos cuidados de enfermagem e a possibilidade de intervenção nos desvios.

A Lei nº 33/2009 de 14 de Julho regula, reconhece e garante o direito de acompanhamento dos clientes admitido no SU do SNS por uma pessoa por ele indicada. O exercício do direito ao acompanhamento, deve ser solicitado na admissão e desde esse momento, pode permanecer

junto ao cliente salvo momentos em que os profissionais de saúde solicitem a sua saída nos termos previstos na Lei. Por outro lado, a Lei também faz referência aos deveres do cliente enquanto acompanhante. O Artigo 4º advoga: *"2.- O acompanhante deve comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço"*. Esta afirmação vai ao encontro do exposto nos artigos 4º e 5º da carta dos direitos e deveres dos clientes, divulgada pela DGS: *"Artigo 4.- O cliente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites. Artigo 5.- O cliente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde"*. A equipa de enfermagem do SU, tem demonstrado uma grande preocupação em divulgar e promover o direito ao acompanhamento entre os clientes, mediante a distribuição de panfletos informativos, placards na parede contendo fragmentos da lei, entre outros.

Neste sentido, parece relevante avaliar o grau de satisfação dos acompanhantes relativamente ao acompanhamento no SU e simultaneamente demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente no SU.

Para atingir o objectivo marcado, foram propostas as seguintes actividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre o a avaliação da satisfação do cliente e a sua família, especialmente no serviço de urgência e face aos cuidados de enfermagem e ao atendimento;
- Elaboração de um instrumento de avaliação da satisfação do cliente face ao atendimento no serviço de urgência;
- Análise da Lei nº 33/2009 de 14 de Julho;
- Elaboração de um instrumento de avaliação da satisfação do familiar face ao acompanhamento no serviço de urgência;
- Colaboração na administração dos questionários aos familiares no SU;
- Colaboração na análise dos resultados;
- Colaboração na elaboração da sessão de formação.

A pesquisa bibliográfica facilitou a elaboração de um trabalho de fundamentação sobre satisfação e acompanhamento familiar que também serviria de apoio a uma outra necessidade que emergiu de forma simultânea à anterior. O serviço também identificou com uma necessidade, avaliar a satisfação do cliente perante os serviços prestados pelos profissionais implicados no atendimento ao cliente admitido no SU. Do objectivo proposto, surgiram duas ramificações. A primeira direccionada a abordagem da família e a outra direccionada ao cliente. Neste sentido, foram elaborados dois instrumentos de medida baseados na bibliografia, na análise da Lei nº 33/2009 de 14 de Julho e adaptado às necessidades do serviço. O primeiro visa a avaliação da satisfação dos clientes admitidos face ao atendimento no SU (Anexo XXXII) e, o segundo objectiva analisar o grau de satisfação dos familiares face ao acompanhamento familiar no SU (Anexo XXXIII). Considerando o tempo disponível para o prática clínica, desenvolver ambas as temáticas, estava fora das possibilidades. Por este motivo, ficou definido

trabalhar a satisfação do familiar face ao acompanhamento, por ser um objectivo mais prioritário para o serviço. O instrumento de avaliação da satisfação do cliente em relação ao atendimento, poderá fazer parte de um projecto futuro a desenvolver pelo serviço numa outra fase. Planificar estas actividades, contribuiu para aprofundar conhecimentos na área da satisfação, desenvolver competências na participação e promoção da investigação em serviço, e incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes. Com a autorização da Enfermeira Chefe (Anexo XXXIV) foi aplicado no SU o questionário dirigido ao familiar ou pessoa significativa que faz uso do acompanhamento. Como colaborador e dinamizador, assume-se a responsabilidade de contribuir em todas as fases do trabalho, pelo que a participação estendeu-se à recolha dos questionários, introdução dos mesmos na aplicação informática SPSS, na análise descritiva dos dados e na elaboração de uma acção de formação como meio de divulgação à restante equipa, promovendo a formação em serviço. No fim do processo, foi elaborado um documento onde reúne-se o trabalho de pesquisa e apresentam-se os principais resultados (Anexo XXXV).

À luz dos resultados obtidos, confirma-se a preocupação da equipa de enfermagem em divulgar o direito ao acompanhamento e das medidas utilizadas para divulgar a lei. Porém, sugere-se a possibilidade de melhorar os canais de comunicação para tornar mais eficiente essa divulgação. Apesar de a maior parte dos inquiridos terem conhecimento da lei, cerca de metade dos mesmos classificaram a informação acessível e disponibilizada como boa ou muito boa.

Em relação ao grau de satisfação com as instalações, os inquiridos sugeriram a melhoria de algumas infra-estruturas, nomeadamente a disponibilidade de cadeiras ou a limpeza das instalações. A privacidade para estar com o familiar representa um outro ponto que pode ser melhorado. Cerca de metade da amostra refere que as instalações são pouco adequadas e aceitáveis para estar com o familiar.

#### 4.- CONCLUSÕES

O presente relatório fundamenta o percurso de aprendizagens que favoreceram o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em EMC mediante uma prática reflexiva.

A prestação de cuidados especializados ao cliente de médio e alto risco e à sua família, em especial ao cliente do foro renal, nos diferentes módulos de prática clínica, permitiu acompanhar a problemática de cada realidade, identificar necessidades de intervenção e sugerir mudanças que contribuam na melhoria dos cuidados.

Durante a prestação de cuidados, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem como foco o cliente em estado crítico e a sua família. Trabalhar a percepção dos enfermeiros da UUM sobre as necessidades da família facilitou a reflexão dos participantes para a mudança na filosofia de cuidados. A promoção da participação do familiar como elo de ligação entre o cliente e a equipa de cuidados abrem novos caminhos para uma abordagem centrada no cliente e família. No cliente do foro nefrológico, as actividades realizadas partiram de necessidades sentidas pelo serviço e foram direccionadas para a melhoria na prestação de cuidados.

No BO, a preocupação com a segurança do cliente cirúrgico foi uma das áreas de maior interesse para o serviço. O enfermeiro especialista como gestor de cuidados e consciente das suas competências, tem por responsabilidade dinamizar a equipa de enfermagem na promoção de comportamentos de adesão às novas recomendações para a segurança. Ainda, acompanhar o cliente durante a experiência anestésica e cirúrgica, em especial o cliente do foro nefrológico, na construção e manutenção de acessos vasculares para hemodiálise, permite reconhecer a importância dos registos de enfermagem e toma iniciativa em elaborar instrumentos que facilitem a articulação e a coordenação com outros níveis de cuidados no atendimento ao cliente.

O SU geral corresponde a uma área onde o enfermeiro especialista mobiliza os conhecimentos com agilidade, de modo a perceber as situações com que se depara como um todo, estabelecer prioridades e tomar decisões para dar resposta às necessidades do cliente admitido sem esquecer os familiares. As mudanças introduzidas pela lei de acompanhamento familiar no SU promoveram mudanças na sua estrutura e na organização do atendimento. A avaliação do grau de satisfação dos clientes face ao atendimento, e dos familiares face ao acompanhamento tornou-se fundamental para conhecer em que grau estas mudanças foram eficazes. No entanto, considerando a prioridade do serviço, foi avaliado o grau de satisfação do familiar face ao acompanhamento. Uma das dificuldades sentidas neste serviço esteve relacionada com a prestação de cuidados ao cliente do foro nefrológico. Contudo, e baseado numa necessidade do serviço, foi elaborada a norma de utilização do cateter venoso central para hemodiálise em situações emergentes e divulgada aos enfermeiros mediante um fluxograma de actuação e uma formação em serviço.

Durante o percurso de aprendizagem, os diferentes locais de prática clínica foram o substrato para o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e promoveram a integração de novos conhecimentos. Porém, considera-se a interacção nestes contextos como um processo bidireccional de aprendizagem. Desde o ponto de vista de enfermeiro especialista, surgiram novos desafios à prática clínica do enfermeiro e foram deixadas sugestões que poderão melhorar a qualidade dos cuidados.

Para dar continuidade ao trabalho realizado na UUM sobre a percepção dos enfermeiros das necessidades da família do cliente crítico internado na UCI, e baseado na intenção de mudança manifestada pelos enfermeiros no questionário, as sugestões oferecidas apontam para modelos de cuidados onde o cliente e família sejam o alvo dos cuidados. Tendo como finalidade a sistematização na actuação, foi proposto numa fase inicial a definição de critérios de participação familiar e uniformização na aplicação dos mesmos, elaboração de normas de actuação para os enfermeiros, e planificação de formações para resolver dúvidas. Numa segunda fase, estratificar a participação do familiar de referência e, de acordo com as suas experiências prévias, atribuir um nível de participação. Para estes familiares, é fundamental ter acesso livre ao cliente. Um modelo de cuidados baseado na Teoria de Sistemas de Enfermagem de Orem pode ser útil para este tipo de abordagem. A responsabilidade do enfermeiro em cada sistema varia em função da capacidade de auto-cuidado do cliente ou da sua família.

Também, sugeriu-se a organização de reuniões multidisciplinares com os familiares onde a partilha de experiências seja o ponto de partida. A equipa pode estar composta por dois profissionais de diferentes disciplinas (enfermagem, medicina, psicologia, assistente social, fisioterapia...), definir temas comuns a todos os clientes e partilhar com os familiares. A articulação de ambas as propostas é possível e recomendável, no entanto, podem ser implementadas independentemente.

Por outro lado, sugeriu-se a implementação da lista de verificação no procedimento com hemodiálise para auxiliar o enfermeiro na integração e o supervisor na avaliação objectiva, melhorando a qualidade do processo e oferecendo cuidados em segurança ao cliente.

No BO, a carta de alta/transferência de enfermagem pode resultar numa ferramenta vantajosa na comunicação com outros níveis de cuidados. A sua relevância prende-se com a necessidade sentida nos centros de diálise periféricos em obter informações consideradas “chave” que facilitem a continuidade de cuidados. Devido à proximidade do final do prática clínica, não foi possível avaliar a eficácia da carta de alta/transferência de enfermagem nos procedimentos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise. Foi sugerida a sua implementação na prática clínica em formato papel ou em formato electrónico no aplicativo. Relativamente à gestão do risco e a implementação da lista de segurança cirúrgica proposta pela OMS, sugeriram-se estratégias para melhorar a segurança do cliente cirúrgico e foi lançado o desafio da implementação da lista de verificação cirúrgica da OMS.

O SU geral ofereceu uma interessante perspectiva sobre a satisfação dos familiares face ao acompanhamento. Embora tenha sido uma amostra reduzida, que não permitiu correlacionar

dados, representou uma percepção que até à data não se encontrava documentada. Deste modo, sugeriu-se intervir nos itens que apresentaram menor grau de satisfação no sentido de melhorar a qualidade de cuidados. Sugeriu-se a avaliação do grau de satisfação de uma forma periódica para garantir um atendimento de qualidade e identificar possíveis lacunas. Uma das principais limitações encontradas na elaboração deste trabalho prende-se com a grande quantidade de questionários preenchidos de forma inapropriada o que enviesou a amostra final e os resultados pouco significativos.

O desenvolvimento de competências específicas para enfermeiro especialista em EMC que este curso motivou permitirão, a nível profissional, continuar com a prestação de cuidados tendo a pesquisa científica e a prática mais reflexiva como matriz para a melhoria contínua dos cuidados. Também, iniciar um projecto relacionado com acompanhamento do cliente do foro nefrológico em programa regular de hemodiálise, introduzindo o conceito de enfermeiro de referência na unidade onde exerço funções.

A nível pessoal pretendo continuar a colaboração com associações científicas e revistas de enfermagem mediante a divulgação e participação em congressos. Ainda, ambiciono formar parte da estrutura organizativa de uma associação científica na área da enfermagem nefrológica. Por último, tenciono transitar para estudos de doutoramento e aprofundar conhecimentos na área do cliente do foro nefrológico.

## BIBLIOGRAFIA

- AESOP. As funções do enfermeiro perioperatório. In: Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas. **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos cuidados**. Loures: Ed. Lusodidacta, Lda. 2006. ISBN: 972-8930-16-X.
- ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília. Interdisciplinaridade, prática clínicas clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto Contexto Enferm**. ISSN: 0104-0707. Vol 14, nº 3 (Julho-Setembro 2005), p. 373-82.
- ALMINHAS, Silvia. Cuidar da pessoa no serviço de urgência. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. 75 (Novembro 2007), p. 57-60.
- ANDREU, Lola; FORCE, Enriqueta. Patologia Renal. In: Andreu, L; Force, E. **500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal**. 2ª Edición. Barcelona. Masson, 2001. ISBN: 84-458-1082-0, p.11-33.
- ANDREU, Lola; FORCE, Enriqueta. Anatomofisiologia renal. In: Andreu, L; Force, E. **500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal**. 2ª Edición. Barcelona. Masson, 2001. ISBN: 84-458-1082-0, p.1-10.
- ASHWANDEN, Cordelia. Efectos de la Insuficiencia Renal Aguda en la Familia. **Journal of Renal Care**. ISSN: 1755-6678. Suplemento 2 (2002), p.63-65.
- ATKINSON, Belinda. O enfermeiro clínico especialista nos cuidados intensivos. **Revista Nursing**. ISSN 0871-6196. - Ano 3, nº 31 (Agosto 1990), p. 28-31.
- ARMSTRONG, Tim; BIRCHER, Gemma. Insuficiência Renal Aguda. In: Thomas, N. **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª Edição. Loures. Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-85-1, p.111-131.
- Ayllon, N; Álvarez, M; González, M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. **Enferm Intensiva**. ISSN: 1130-2399. Vol. 18, nº 4. (2007);18(4), p.159-67.
- BAPTISTA, Alexandre; SILVA, Ana; NEVES, Pedro. Insuficiência Renal Aguda: “O Estado da Arte. **Medicina Interna**. Hospital distrital de Faro. ISSN: 0872-671X. Vol. 15, Nº 1 Jan./Mar. (2008), p. 61-7.
- BARRIE-SHEVLIN, Patsi. Manutenção do equilíbrio sensorial no cliente em estado crítico. **Revista Nursing**. ISSN 0871-6196. – Ano I, nº 2 (Março 1988), p.8-14.
- BENNER, Patrícia - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- BETTINELLI, Luiz; ERDMANN, Alacoque. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. **Avances en enfermería**. ISSN: 0121-4500. Vol. 27, Nº 1 (2009), p. 15-21.
- BILBAO, Mercedes. O Bloco Operatório/Departamento Cirúrgico. In: Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas. **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos cuidados**. Loures: Ed. Lusodidacta, Lda. 2006. ISBN: 972-8930-16-X.

- CAMBOTAS, Carla; FERREIRA, Deolinda; MARTINS, Maria Helena; PINHEIRO, Maria José; BILBAO, Mercedes; ROLA, Paula. Competências do enfermeiro perioperatório. In: Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas. **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos cuidados**. Loures: Ed. Lusodidacta, Lda. 2006. ISBN: 972-8930-16-X.
- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL. [Consult. 05 Outubro 2010]. Disponível em: [http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/Historia/default.htm#faq\\_2](http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/Historia/default.htm#faq_2)
- CUÑADO, Ascensión; BERNARDO, Consuelo; RIAL, Carmen; MARCO, Ana; GARCÍA, Fernando. Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). **Enfermería Clínica**. ISSN: 1130-8621, Vol. 12, nº 5 (2002), p.273-80.
- DECRETO-LEI nº 50-A/2007. **D.R. I Série**. 42. (2007- 02-28) 1414 (26) -1414(29).
- DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Acedido a: 12/11/2009 as 12h. Disponível em:[Http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/RelacionamentoOE/Membros/18\\_REPE-vf.pdf](Http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/RelacionamentoOE/Membros/18_REPE-vf.pdf) .
- DECRETO-LEI nº 233/2005 de 29 de Dezembro. **D.R. I Série** (2005-12-29) 249. 7323 – 7333.
- DECRETO-LEI nº 247/2009. **D.R. I Série**. 184 (2009-09-22) 6758-6761.
- DESPACHO nº 727/2007 de 15 de Janeiro de 2007. D.R., 2.<sup>a</sup> serie. Nº.1º (1123-1124).
- Direcção Geral de Saúde. Carta dos Direitos do Cliente Internado. [Consult. 05 Maio 2010]. Disponível em: [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf)
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Carta dos Direitos e Deveres do Cliente. [Consult. 20 Dezembro 2010] Disponível em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA>.
- FALCÃO, Fátima; TRINDADE, Alice; CRUZ, Ana; LARANJEIRA, Ana; NOGUEIRA, Arminda; SIMÕES, Gaudino; FREITAS, Isabel; SANTOS, Isilda; LOPES, Jose Maria; ANTUNES, Lígia; BAIÁ, Luísa; MARTINS, Margarida; SEQUEIRA, Marta; MEIRA, Raquel; SOARES, Rui; CORADO, Susana. Satisfação na relação Enfermeiro-Cliente. **Revista Investigação em Enfermagem**. ISSN 0874-7695, nº 9 (Fevereiro 2004), p. 45-50.
- FERNÁNDEZ, F; ROS, R; RODRÍGUEZ, A; SELLES, F; LARA, MJ; CUENCA, J; ROS, E. Catéteres centrales para hemodiálisis. **Angiología**. ISSN: 0003-3170. Vol. 57, Supl. 2 (Maio 2005), p. 145-157.
- GARCÍA, Silvia; NAVÍO, Ana María; VALENTIN, Laura. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. **Nure Investigación**. ISSN: 1697-218X. Nº 28. (Maio – Junho 2007).
- GIRARDON-PERLINI, Nara; PILATO, Marisa. Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. **Revista Electrónica de Enfermagem**. ISSN: 1518 – 1944. Vol. 10, nº 3; (2008), p.721-32.

- HERNÁNDEZ, Daniel; RODRÍGUEZ, Miguel Ángel; GUITIÉRREZ, María José; BOLAÑOS, Gregorio. Elaboración de un registro enfermero para hemodiálisis según la norma ISO 9001:2005. **Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.** ISSN: 1988-8864. Vol. 10, Nº 1 (2007), p.15-22.
- HIDALGO I; VÉLEZ, Y; PUEYO, E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. **Enfermería Intensiva.** ISSN: 1130-2399. Vol. 18, nº 3 (2007), p.106-114.
- LEI nº 33/2009. D.R. 1 Série. 134 (2009-07-14) 4467.
- LEI nº 106/2009. D.R. I Série. 178 (2009-09-14) 6254-6255.
- LEI 111/2009 de 16 de Setembro. **ORDEM DOS ENFERMEIROS.** [Consult. 23 Mar. 2010]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=564&version=1>.
- LIBERARDO, João. A informação aos familiares e acompanhantes. Avaliação do grau de satisfação. **Revista Sinais Vitais.** ISSN: 0872-8844. Nº 52 (Janeiro 2004), p.19-24.
- MARTINS, JC. A autonomia do cliente em contexto de urgência/emergência. **Revista Portuguesa de Bioética.** ISSN: 1646-8082. Nº 2 (Setembro 2007), p.195-206.
- MARTINS, MH; PINHEIRO, MJ. Gestão do Risco. In: Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas. **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos cuidados.** Loures: Ed. Lusodidacta, Lda. 2006. ISBN: 972-8930-16-X.
- MARUITI, Marina; GALDEANO, Luzia. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista Enfermagem.** ISSN: 0103-2100. Vol. 20, nº 1 (2007), p. 37-43.
- MIGUEL, CP; PEREIRA, M. Satisfação dos clientes do centro de saúde de Mogadouro, face aos cuidados de enfermagem. **Revista Sinais Vitais.** ISSN: 0872-8844. Nº 7 (Março 2007), p.61-66.
- MOITA, Augusta; NUNES, Cristina; COSTA E SILVA, Isabel; SOVERAL, Manuela; POTRA, Teresa. Nota de alta/transfêrencia de enfermagem. Retrato de uma prática. **Pensar Enfermagem.** ISSN: 0873-8904. Vol. 11, nº 2 (2º semestre 2007), p.12-24.
- NAVARRO, J; ORGILER, P; DE HARO, S. Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis. **Enfermería Intensiva.** ISSN: 1130-2399. Vol.16, nº 2 (2005), p.62-72.
- NETO, António Jaime; RIBEIRO, Luísa Maria; MAGALHÃES, Luísa Maria; TORRES, Madalena Fernanda, MENDES, Maria José. Grau de satisfação do cliente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. **Revista Servir.** ISSN: 0871-2379. Vol. 51, Nº 5 (Setembro/Outubro 2003), p. 214-227.
- NUNES, Fernando Manuel. Tomada de decisão de enfermagem em emergência. **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196. Vol. 17, Nº 219. (Março 2007), p. 7-11.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. **Ordem dos Enfermeiros.** Lisboa. ISBN 972-99646-0-2. (2005), p. 154.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. La cirugía segura salva vidas. Ginebra. ISBN 978 92 4 359859 8, (2005).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Caderno temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Individualização e Reconhecimento de Especialidades clínicas em enfermagem. Perfil de Competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Conselho de Enfermagem , Dezembro 2001.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS.** Parecer CJ- 67/2003. Problemática da assinatura dos alunos de Enfermagem, nos impressos de registo clínico de Enfermagem. [Consult. 25 Mar. 2010]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CJ\\_67-2003.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_67-2003.pdf)
- PACHECO, Esmeralda. A insuficiência renal aguda e o cliente crítico. Intervenções de enfermagem. **Nephro's.** Vol XII, Nº 1 (Dezembro 2008), p.7-13.
- PLOWRIGHT, Catherine. Necessidades das visitas na Unidade de Cuidados Intensivos. **Nursing.** Lisboa. ISSN: 0871-6196. Ano 9, nº 102, (Julho/Agosto 1996), p. 30-32.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. ISBN: 972-675-097-0. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003 – 72 p.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência. ISBN 972-9425-99-X. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001 – 24 p.
- RAMOS, A; SOUSA, AC; MOURA, F; GOUVEIA, J; NUNES, A. Técnicas de substituição renal em cuidados intensivos. **Boletim do HPV.** ISSN: 0870-8363. Vol 19, Nº 2 (Abril/Junho 2006), p. 84-9.
- RIBEIRO, Ana Leonor. O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos clientes em relação aos cuidados de enfermagem. **Revista da Ordem dos Enfermeiros.** ISSN: 1646-2629. Nº 16, (Março 2005), p.53-60.
- SANTOS, Elvira; FERNANDES, Amanda. Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. **Revista Referência.** Coimbra. ISSN 0874.0283. 11 (Março 2004), p.59-62.
- SARAIVA, Maria. Perfil de la Enfermera de Nefrologia. **EDTNA/ERCA Journal.** ISSN: 1019-0872. Vol XXVI, Nº 4 (2000), p. 47.
- SIERRA, C; SAYAS, V; FAMOSO, MJ; MUÑOZ, A; PEIRÓ, A; GARRIGÓS, E; ALMELA, M. Continuidad de cuidados; alta de enfermería. **Enfermería en Cardiología.** ISSN: 1575-4146. Vol. XIV, nº 41. (2007), p. 35-40.

- SIGLER, Miles; TEEHAN, Brendan; DAUGIRDAS, John; ING, Tood. Terapias lentas contínuas. In: Daugirdas, Blake, Ing, **Manual de diálisis**. 2ª Edição espanhola. Barcelona. Masson, 2003. ISBN: 84-458-1124-7, p.209-239.
- Silva, A; Martinho, AM; Ferreira, G; Serralheiro, JI; Paciência, J. Técnicas de comunicação com o cliente ventilado. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. 68, (Setembro 2006), p. 49-53.
- SILVA, Maria de Fátima; OLIVEIRA, João Pedro; COSTA, Márcia Sofia; SOUSA, Renata. Acolhimento do cliente no bloco operatório. **Nursing**. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Ano 16Nº 208 Mar/2006, (Março 2006), p. 36-41.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA; Gabinete de Registo. Relatório anual 2009. [Consult. 25 Mar. 2010]. Disponível em: [http://www.spnefro.pt/comissoes\\_gabinetes/gabinete\\_de\\_registo.asp](http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/gabinete_de_registo.asp).
- TAYLOR, SG. Teoria do défice de auto-cuidados de enfermagem. IN: Tomey, AM; Alligood, MR. **Teóricas de Enfermagem e a sua obra; (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Ed. Lusociência; 2004. ISBN: 972-8383-74-6, p. 211-236.
- TORRES, L; MORALES, JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. **Revista Tempus Vitalis**. ISSN: 1578-5963. Vol 4, Nº 1 (2004), p.18-25.
- VIEIRA, Margarida. (2007). *Ser Enfermeiro, da Compaixão à Proficiência*. 2ª ed. Lisboa ISBN: 978-972-54-0195-8. Universidade Católica Editora Unipessoal, (2008), 158p.
- VINOKUR E; BUENO D. Aspecto psicológico del paciente renal. **Rev. Nefrol. Diál. Y Transpl.** Argentina. ISSN: 0326-3428. Nº 56, (Marzo / Junio de 2002), p. 11-4.
- YEVZLIN, Alexander; SANCHEZ, Robert; HIATT, Jeanne; WASHINGTON, Marilyn; WAKEEN, Maureen; HOFMANN, R Michael; BECKERT, Yolanda. Concentrated heparin lock is associated with major bleeding complications after tunneled hemodialysis catheter placement. **Seminars in dialysis**. Online ISSN: 1525-139X. Vol. 20, Nº 4 (Julho-Agosto 2007), p. 351-354.



---

# **ANEXOS**





# **ANEXO I**

Fundamentação teórica da lista de verificação em hemodiálise



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDICO CIRÚRGICA**

### **Proposta de introdução de uma lista de verificação em hemodiálise**

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin Nº 192009045

**Sob Coordenação de:** Professora Patrícia Pontífice

**Sob tutoria de:** Professora Paula Batista

**Sob orientação de:** Enf. Paulo Baltazar

**Sintra, Junho de 2010**

## **Introdução**

O enfermeiro, no desenvolvimento das suas competências, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, doente ou saudável ao longo do ciclo vital; assim ao grupo social onde se encontra integrado, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde tão rapidamente quanto possível (alínea 1 do Artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996).

Durante o período de integração na sala de hemodiálise da Unidade de Urgência Médica (UUM), o enfermeiro sem experiência nesta área necessita que as situações sejam descritas em termos objectivos para poder desenvolver competências, isto é, que lhes sejam ministradas regras que permitam orientar os actos (Benner, 2001, p.49). Para a experiência, *“...não faz só referência à passagem do tempo. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria”* (Benner, p.61). Para esta autora, a aquisição de competências encontra-se intimamente ligada à prática e elucidam cuidados de enfermagem em situações reais.

O confronto com situações reais deve estar associado à procura e actualização do nível de conhecimento. A mobilização destes conhecimentos para a prática clínica, mediante uma prática reflexiva, facilita a aquisição e aperfeiçoamento de competências específicas. O desenvolvimento de tais capacidades confere a base para uma assistência de enfermagem avançada.

Como defende Vieira (2008, p115) *“...Para cuidar não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos específicos...”* Assim, o enfermeiro iniciado na sala de hemodiálise, deve incorporar à prática profissional, conhecimentos específicos em enfermagem nefrológica. Neste sentido, a alínea c, do artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro defende que o enfermeiro em todo acto profissional deve *“...manter a actualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias...”*. (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p.133).

Segundo a alínea 1, do Artigo 1º do Decreto-Lei nº 505/99 de 20 Novembro, a UUM pode ser considerada uma Unidade de Saúde onde se efectuam técnicas de depuração extra-corporal, nomeadamente hemodiálise e outras modalidades contínuas de diálise, a doentes do hospital e internados na unidade com doença renal aguda, doença renal crónica em programa regular ou doentes crónicos agudizados. Este diploma afirma, na alínea 2, do Artigo 38º, que o enfermeiro que executa as técnicas dialíticas deve possuir prática clínica não inferior a três meses. Por este

motivo, o enfermeiro iniciado na sala de hemodiálise deve realizar um processo de integração que permita adquirir competências específicas.

A Unidade de Urgência Médica possui um manual para a integração do enfermeiro na sala de diálise. Segundo o manual, o processo de integração deve estar concluído em cinco turnos onde o enfermeiro deve apresentar competências específicas do enfermeiro de nefrologia. No entanto, o período de integração pode constituir um processo de experiências curtas e descontínuas que podem dificultar a aquisição de competências na administração das técnicas dialíticas.

Para facilitar este processo de integração, este trabalho objectiva a criação de uma lista de verificação ou “*check-list*” que permita ao enfermeiro iniciado validar os actos associados à execução da técnica hemodialítica. Por outro lado, esta ferramenta pode facilitar a supervisão dos cuidados. Como refere Alarcão e Rua (2005, p.380), o papel do supervisor procura facilitar a leitura compreensiva da realidade, apoiar o supervisionado na inserção na vida profissional e na avaliação das suas capacidades e competências. Assim sendo, a lista de verificação pode ser útil para orientar e avaliar todo o processo de uma forma objectiva. Determina aspectos chaves que podem ser reforçados, aumentando a segurança do doente em todo o procedimento.

### **A “*check-list*”**

Para Hales, Terblanche, Fowler e Sibbald (2008, p.24), uma “*check-list*” é um conjunto de acções, tarefas ou comportamentos organizados de forma coerente que permite a um avaliador registar a presença ou ausência dos itens listados. Para estes autores (idem), a utilização de listas de verificação assiste o usuário a não esquecer actos importantes, aumenta a objectividade de uma avaliação e permite uma actividade reprodutível. Cada item deve ser registado logo que a actividade é concluída, verificada, identificada ou respondida e destaca pontos essenciais num determinado procedimento. Ainda Hales, Terblanche, Fowler e Sibbald (2008, p.25) afirmam que a construção de uma lista de verificação deve responder a uma série de critérios:

- Contextualização: direccionada para a técnica de diálise intermitente;
- Conteúdo: os itens determinados estão de acordo ao manual de hemodiálise que a unidade utiliza para a integração de enfermeiros;
- Estrutura: responde a uma ordem lógica baseada na sequência de procedimentos decorrentes na sessão de hemodiálise;

- Imagens: apresenta-se de uma forma simples, com ênfase em determinadas palavras que implicam risco para o doente;
- Utilidade: preenchimento pouco moroso, porque pode ser feito quer pelo enfermeiro em integração bem como pelo enfermeiro supervisor.

Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) no programa “a cirurgia segura salva vidas”<sup>1</sup> implementa uma lista de verificação com o objectivo de reforçar as práticas seguras estabelecidas e promover a comunicação e o trabalho em equipa entre disciplinas clínicas. Para a OMS, o uso das listas de verificação associa-se a uma diminuição significativa da morbilidade e mortalidade e a uma maior adesão às normas básicas de atenção (OMS, 2009, p.4). O “*check-list*” proposto para o tratamento com hemodiálise, define um conjunto de questões destinadas a minimizar riscos evitáveis derivados das intervenções autónomas e interdependentes na execução de técnicas dialíticas, ou seja, constitui um documento que tem por finalidade aumentar a segurança para o doente. Ainda a OMS (2009, p.4-5), defende que a lista de verificação não deve ser um documento estático e pode ser modificada de acordo as necessidades de cada serviço.

### **Componentes da “*check-list*”**

O documento proposto reporta um conjunto de parâmetros em que, o enfermeiro em integração, deve validar a adequabilidade para cada doente antes, durante e depois de cada tratamento com hemodiálise.

Assim, a lista de verificação está composta por diferentes momentos de avaliação: antes do tratamento, no início, durante e no final do mesmo. Cada momento de validação corresponde a uma série de itens considerados relevantes na monitorização de uma sessão de hemodiálise em segurança para o doente. Simultaneamente, confere um conjunto de práticas seguras para o enfermeiro. Cada item deve ser validado pelo próprio enfermeiro em integração, ou pelo enfermeiro supervisor, de forma a obter uma apreciação objectiva do processo. O anexo 1 corresponde ao modelo proposto para análise.

---

<sup>1</sup> Disponível: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html))

## **Conclusão**

No seguimento deste trabalho, foi elaborada uma lista de verificação ou “*check-list*” que visa auxiliar o enfermeiro em integração na sala de hemodiálise para validar actos relacionados com a execução da técnica hemodialítica. Simultaneamente, pode ser um instrumento útil para o enfermeiro supervisor na orientação e avaliação do processo de integração de uma forma mais objectiva. A lista de verificação não deve ser um documento estático e pode ser modificada de acordo as necessidades de cada serviço.

## **Limitações**

A principal limitação do trabalho prende-se com a impossibilidade de implementação da “*check-list*” em tempo útil de estágio e verificar a utilidade da folha.

## Bibliografia

- Alarcão, I; Rua, M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto Contexto Enferm.** ISSN: 0104-0707. Vol 14, nº 3 (Julho-Setembro 2005), p. 373-82.
- BENNER, Patrícia - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem.** Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Disponível em: [Http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/RelacionamentoOE/Membros/18\\_REPE-vf.pdf](Http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/RelacionamentoOE/Membros/18_REPE-vf.pdf). Acedido a: 12/11/2009 as 12h.
- Decreto-Lei nº 505/99 de 20 de Novembro. Regime Jurídico do Licenciamento e Fiscalização do exercício da actividade das Unidades Privadas de Diálise. Disponível em: [http://www.ers.pt/legislacao\\_atualizada/unidades-privadas-de-saude/822945.pdf/view](http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/unidades-privadas-de-saude/822945.pdf/view). Acedido a 12/11/2009 as 12h.
- Hales, B; Terblanche, M; Fowler, R; Sibbald, W. Development of medical checklists for improved quality of patient care. **International Journal for Quality in Health Care.** ISSN: 1464-3677. Vol. 20, nº 1 (2008), p. 22-30.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. **Ordem dos Enfermeiros.** Lisboa. ISBN 972-99646-0-2. (2005).
- Organização Mundial da Saúde. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. La cirugía segura salva vidas. Ginebra. ISBN 978 92 4 359859 8, (2005).
- Vieira, M. Ser Enfermeiro, da Compaixão à Proficiência. 2ª ed. Lisboa: UCE. (2008) ISBN: 978-972-54-0195-8.



---

## **ANEXO II**

Lista de verificação em hemodiálise

	Data:	Sim	Não
Identificação do doente			
<b>Antes do tratamento</b>			
<b>Monitorização Hemodinâmica</b>			
Alarmes e Pressão Arterial ligados e ajustados			
Rampa de pressões correctamente niveladas (pressão Arterial/PVC)			
Identificação de seringas em curso			
<b>Verificação - Monitor de hemodiálise</b>			
Sistema de tratamento de águas funcional			
Monitor HD de acordo com as características do doente/técnica			
Escolha do dialisador adequada			
Linhas do circuito no detector de "priming"			
Transdutores de pressão conectados			
Dialisador em posição adequada para o "priming"			
"Priming" do circuito com débito de bomba baixo $\leq 150$ ml/min			
Detector de ar activado			
Monitor calibrado – conectores no dialisador			
<b>Avaliação do doente: O Acesso Vascular</b>			
Presença de frémio/sopro; se <b>não</b> , avisar o médico			
Sinais inflamatórios; se <b>sim</b> , avisar o médico			
Existe dificuldade na punção; se <b>sim</b> , avisar um enfermeiro mais experiente			
Permeabilidade da FAV ou PTFE			
Identificação do ramo arterial e venoso			
Existe fixação segura das agulhas			
Se CVC, colocar máscara no profissional/doente			
Avaliação do local de inserção; se <b>sinais inflamatórios</b> , avisar o médico			
Permeabilidade Cateter Venoso Central; se <b>não permeável</b> avisar o médico			
Ramos invertidos			
<b>Avaliação do doente: Estado geral</b>			
Estado neurológico			
Avaliação e registo de sinais vitais			
<b>Ganho inter-dialítico</b>			
<b>Verificação – prescrição hemodiálise</b>			
Programação do volume de UF no monitor			
Condutividade seleccionada de acordo à prescrição			
Anticoagulação de acordo à prescrição			
Se não faz anticoagulante, tem programado lavagens do CEC?			
Programação de outros parâmetros de acordo à prescrição			

Recomenda-se alterações adequadas de acordo as necessidades da UUM.

**Lista de Verificação**

Tratamento com Hemodiálise

**Data de Elaboração: Maio 2010**

**Responsáveis: Enf.ª. Chefe Teresa Carneiro**

<b>Início do tratamento</b>		
Débito de bomba baixa $\leq 150$ ml/min		
Infusão do "priming"		
Pressões dentro dos parâmetros de segurança, <b>PA e PV <math>&lt; 150</math> mmHg</b>		
Validação da terapêutica prescrita		
<b>Durante o tratamento</b>		
Registo sinais vitais, temp <sup>a</sup> axilar: °C; <b>se febre</b> , avisar o médico		
Débito de bomba prescrito		
Pressões dentro dos parâmetros de segurança: PA $< -200$ mmHg; PV $< 250$ mmHg		
Problemas de débito/pressões		
Registo ocorrências intradialíticas		
<b>Final do tratamento</b>		
Se CVC colocar máscara no profissional/doente		
Débito de bomba baixa $\leq 200$ ml/min		
Registo Sinais vitais		
Administração terapêutica		
Registo Peso do doente à saída		
Desinfecção do monitor		

Rubrica do Enfermeiro:

--

---

## **ANEXO III**

Fundamentação teórica da norma de heparinização de CVC para hemodiálise



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA**

# **Protocolo de heparinização do catéter venoso central para hemodiálise.**

## **Proposta de mudança**

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin Nº 192009045

**Sob Coordenação de:** Professora Patrícia Pontífice

**Sob tutoria de:** Professora Paula Batista

**Sob Orientação de:** Enf. Paulo Baltazar

**Sintra, Maio de 2010**

## **Introdução**

A Doença Renal Aguda (DRA) pode definir-se como “...um síndrome clínico caracterizado por uma deterioração brusca da função renal com falha da homeostase, acompanhada de retenção de produtos terminais do metabolismo azotado, como a ureia e a creatinina” (Andreu e Force, 2001, p.22). Determina uma patologia frequente associada a uma elevada taxa de mortalidade nas unidades de cuidados intensivos, entre 50% a 80% dos doentes, e maiores necessidades de técnicas de depuração e suporte renal (Baptista, Silva e Neves, 2008, p.61).

Para corrigir as alterações que derivam da Doença Renal Aguda, torna-se necessário identificar qual a etiologia subjacente (pré-renal, renal ou pós-renal). Desta forma é possível instaurar o tratamento de acordo com as necessidades e instabilidade hemodinâmica do doente, ou seja, a utilização de medidas conservadoras ou implementar alguma modalidade de diálise.

De acordo com Ramos, Sousa, Moura, Gouveia e Nunes (2006, p.84), as modalidades de diálise propostas para o tratamento da DRA em cuidados intensivos diferenciam-se em dois grandes grupos. As intermitentes (hemodiálise intermitente, a diálise de baixa eficiência e a diálise prolongada ao longo do dia) e as contínuas (a hemofiltração veno-venosa contínua como a mais utilizada, e outras modalidades veno-venosas e arterio-venosas que utilizam a convecção como método de remoção de solutos e produtos azotados).

O tratamento da DRA mediante modalidades veno-venosas de diálise (impulsionadas por um corpo de bomba incorporada no monitor) requer a colocação de um catéter venoso central de duplo lúmen específico para técnicas dialíticas, inserido numa veia de grande calibre de preferência jugular ou femoral, não sendo a veia subclávia primeira opção (Sigler, Brendan, Teehan, Dauguidas, Ing, 2003, p.214).

Ainda Ramos *et al.* (2006, p.85-87) afirmam que todas as modalidades necessitam de aspectos técnicos comuns, o dialisador, o circuito extra-corpóreo, anticoagulação, líquido de reposição ou dialisante, etc... Igualmente, em ambas às técnicas, torna-se necessário estabelecer determinados aspectos que condicionam a eficácia da diálise, como são o tempo de tratamento, o débito de dialisante, tipo de dialisador e o débito de sangue. Todos estes aspectos conseguem-se gerir de forma eficaz excepto o débito de sangue, visto que este depende em grande medida do tipo de acesso vascular colocado e, particularmente, nas modalidades intermitentes da heparização interdiálise do catéter venoso central para hemodiálise.

Por este motivo, durante a prestação de cuidados especializados ao doente de médio e alto risco e família internado na Unidade de Urgência Medica (UUM) do Hospital São

José, foi identificada e validada com o orientador a necessidade de rever o protocolo de heparinização de cateter venoso central para hemodiálise da unidade. O mesmo devia ter sido revisto no ano anterior.

### **Justificação para a mudança de protocolo**

#### **Do Cateter Venoso Central**

O catéter venoso central para hemodiálise é considerado por Ponikvar (2005, p.218) como o acesso vascular de eleição para o tratamento da DRA com hemodiálise (e outras modalidades intermitentes), plasmaférese ou hemoperfusão. Podem ser classificados segundo o tempo de permanência (temporário ou definitivo, o número de lúmenes (um, dois ou três lúmenes) e a sua disposição (coaxial ou paralela) (Fernández, Ros, Rodríguez, Selles, Lara, Cuenca, 2005, p.146). Neste sentido, Van Waeleghem (2002, p.26), afirma que o catéter venoso central inserido nas veias femorais deve ter o suficiente comprimento para ficar situado na veia cava inferior, sendo recomendado cateteres de longitude entre 20-25cm e 13 French para obter assim fluxos de sangue otimizados.

Assim, Fernández *et al.* (2005, p.147) defendem que os fluxos ou débitos de sangue do catéter, aquando utilizados para hemodiálise, “...são muito variáveis e dependem tanto das características anatómicas, como posturais, da viscosidade sanguínea, da volémia do indivíduo. Nem sempre são iguais e modifica-se tanto de um indivíduo a outro como entre uma e outra diálise”. Para Van Waeleghem (2002, p.27), uma forma de avaliar a eficácia do fluxo do catéter é a resistência a entrada e saída de sangue. Pode-se constatar na prática diária que durante uma sessão de hemodiálise, esta eficácia traduz-se em pressões venosas e arteriais.

Os cuidados de enfermagem que advém da colocação e manutenção do catéter venoso central visam obter o melhor rendimento durante a hemodiálise, assim como a detecção precoce das complicações e minimizar impacto das mesmas no doente (Galera, Martínez e Ochando, 2005, p.165). Por este motivo e para garantir a continuidade de cuidados, estes autores defendem o registo, numa folha específica, de todos os dados relacionados com a data de inserção, o local, o tipo de catéter, o tamanho, volume de preenchimento dos lúmenes assim como quaisquer incidências com o mesmo.

### **Das complicações...**

Na opinião de Fernández *et al.* (2005, p.153) as complicações relacionadas com a inserção e manutenção do cateter venoso central para hemodiálise são numerosas. Entre as mais frequentes, e por estar relacionada com a justificação do tema, faz-se alusão à infecção do cateter e trombose do cateter.

### **A infecção...**

Para Besarab e Raja (2003:79) a infecção, pode resultar da migração da flora da pele do doente através do local de inserção, da contaminação das tampas e lúmen do cateter, através da infusão de soros ou a colonização do cateter durante uma bacteriemia. De uma forma geral, durante a execução da técnica de heparinização do catéter para hemodiálise, a aplicação das medidas universais de assépsia, como a colocação de máscara ou protector facial para doente e profissional de enfermagem, o uso de desinfectante aprovado pela instituição, respeitando os tempos de contacto de acordo as recomendações do fabricante e uso de material esterilizado (luvas, compressas, seringas, tampas), são suficientes para diminuir ou minimizar as infecções relacionadas com a técnica. Contudo, Besarab e Raja (2003, p.78) enfatizam a ideia de que nunca se deveria deixar a ponta do catéter em contacto com o ar, ou seja, colocar-se sempre uma tampa ou uma seringa neste local de forma a manter a esterilidade do lúmen do cateter.

### **A trombose do cateter**

Para Fernández *et al.* (2005, p.154) a formação do “Biofilm” e o depósito de fibrina na ponta e nos orifícios de saída do catéter são as principais causas de trombose. Para estes autores, uma inapropriada técnica de heparinização, entre outras, pode ser a causa de trombose. Assim, López (2001, p.101) afirma que, se a trombose do cateter não se resolver com a administração de fibrinolítico intraluminal, pode ser causa de retirada do mesmo. Por este motivo, uma adequada técnica de heparinização, ou seja, lavar o catéter com soro fisiológico e administração de anticoagulante ou juntamente com um medicamento, torna-se fundamental para evitar este tipo de complicação. Deste modo, Van Waelegheem (2002, p.27) recomenda a infusão em bólus rápido de soro fisiológico. Também sugere “...a infusão de 0.1 a 0.2 ml a mais de heparina de aquela indicada pelo fabricante para que preencha todo o lúmen do cateter, incluindo os orifícios laterais...”. (Van Waelegheem, 2002, p.27).

Por último, aconselha a não manipular os ramos do catéter após a infusão de heparina, pois a manipulação dos ramos desloca a heparina para fora da ponta do

catéter. Nesta linha de pensamento, Galera, Martínez e Ochando (2005, p.166) acrescentam que o “*clampe*” do lúmen do cateter durante a infusão de heparina deve ser de forma rápida e sob pressão positiva, para evitar o fluxo de retorno no interior do lúmen. Ainda recomendam que o volume de anticoagulante a introduzir no interior do lúmen deve ser equivalente ao volume indicado pelo fabricante.

Por último, uma concentração elevada de heparina (5000UI/ml), pode causar aumento anormal da aPPT e dos tempos de hemorragia após a colocação do cateter (Yevzlin, Sanchez, Hiatt, Washington, Wakeen, Hofmann, e Beckert 2007, p. 353-4). Por este motivo, a utilização de heparina a baixas concentrações (1000UI/ml), pode resultar eficaz para manter os lúmenes permeáveis e reduzir o risco de hemorragia pós-diálise.

### **Proposta de mudança**

A reflexão sobre a prática e a bibliografia consultada, sugere pequenas modificações ao protocolo utilizado actualmente na UUM para a heparinização pós-diálise dos lúmenes do catéter venoso central para hemodiálise. Estas sugestões podem ser encontradas na proposta de mudança ao protocolo em anexo a este documento. As modificações introduzidas, são baseadas na evidência e na reflexão, no entanto não são absolutas, sendo passíveis de novas modificações de acordo às necessidades e problemas identificados na prática pelos enfermeiros da UUM.

### **Conclusão**

Garantir a permeabilidade do catéter e prevenir ou minimizar o risco de complicações é responsabilidade do enfermeiro que executa a técnica de heparinização. A pesquisa contida neste trabalho pode contribuir para criar um espaço de reflexão sobre a prática. Este trabalho, permitiu introduzir alterações ao protocolo já existente, porém não são definitivas devido à constante investigação de novas formas de anticoagulação, nomeadamente infusão de citrato sódico intraluminal que, apesar de estarem presentes na literatura, não foram aqui descritas.

### **Limitações**

A principal limitação encontrada foi a diversidade de métodos de heparinização do cateter venoso central para hemodiálise, dependendo da realidade onde se efectua e dos recursos disponíveis. Torna-se mais difícil unificar critérios sem apontar numa direcção concreta. A evidência descrita neste trabalho permite, no entanto, identificar vários aspectos chave: mantimento da técnica asséptica, a lavagem dos ramos com a infusão rápida de soro fisiológico e administração da solução anticoagulante nos

ramos de acordo às indicações do fabricante e clampagem rápida sob pressão positiva.

## Bibliografia

- Andreu, L; Force, E. Patologia Renal. In: Andreu, L; Force, E. **500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal**. 2ª Edición. Barcelona. Masson, 2001. ISBN: 84-458-1082-0, p.11-33.
- Baptista, A; Silva, A; Neves, P. Insuficiência Renal Aguda: “O Estado da Arte. **Medicina Interna**. Hospital distrital de Faro. ISSN: 0872-671X. Vol. 15, Nº 1 Jan./Mar. (2008). P. 61-7.
- Besarab, A; Raja, R. Acceso vascular para la hemodiálisis. In: Daugirdas, Blake, Ing, **Manual de diálisis**. 2ª Edição espanhola. Barcelona. Masson, 2003. ISBN: 84-458-1124-7, p. 69-105.
- Fernández, F; Ros, R; Rodríguez, A; Selles, F; Lara, Mj; Cuenca, J; Ros, E. Catéteres centrales para hemodiálisis. **Angiología**. ISSN: 0003-3170. Vol. 57, Supl. 2 (Maio 2005), p. 145-157.
- Galera, A; Martínez, MT; Ochando, A. Acessos vasculares para hemodiálisis: cuidados de enfermería. **Angiología**. ISSN: 0003-3170. Vol. 57, Supl. 2 (Maio 2005), p.159-168.
- López, L. Accesos vasculares. In: Andreu, L; Force, E. **500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal**. 2ª Edición. Barcelona. Masson, 2001. ISBN: 84-458-1082-0, p.93-113.
- Ponikvar, R. Hemodialysis Catheters. **Therapeutic apheresis and dialysis**. ISSN online: 1744-9987. Vol. 9, Nº 3 (Junho 2005), p. 218-222.
- Ramos, A; Sousa, AC; Moura, F; Gouveia, J; Nunes, A. Técnicas de substituição renal em cuidados intensivos. **Boletim do HPV**. ISSN: 0870-8363. Vol 19, Nº 2 (Abril/Junho 2006), p. 84-9.
- Sigler, M; Teehan, B; Daugirdas, J; Ing, T. Terapias lentas contínuas. In: Daugirdas, Blake, Ing, **Manual de diálisis**. 2ª Edição espanhola. Barcelona. Masson, 2003. ISBN: 84-458-1124-7, p.209-239.
- Van Waeleghem, JP. Acceso vascular en la insuficiencia renal aguda. **Edtna/Erca Journal edición española**. ISSN: 1019-0872. Supl. 2 -82002), p.25-28.
- Yevzlin, A; Sanchez, R; Hiatt, J; Washington, M; Wakeen, M; hofmann, R; Beckert, Y. Concentrated heparin lock is associated with major bleeding complications after tunneled hemodialysis catheter placement. **Seminars in dialysis**. Online ISSN: 1525-139X. Vol. 20, Nº 4 (Julho-Agosto 2007), p. 351-354.

---

## **ANEXO IV**

Proposta da norma de heparinização de CVC para hemodiálise



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
ZONA CENTRAL

UNIDADE DE URGÊNCIA  
MÉDICA

**Norma de Procedimento**  
**Heparinização de Catéteres  
de Hemodiálise**

**Data de Elaboração: Junho 2010**

**Responsáveis:** Dr. Luís Bento

Enf.ª Chefe Teresa Carneiro

**Data de Revisão: Março de 2011**

**Definição:**

Consiste na introdução de uma substância anticoagulante (Heparina) nos ramos arterial e venoso de um catéter temporário para hemodiálise.

**Objectivos:**

- Garantir a permeabilidade do catéter, aumentando a sua duração e melhorando a sua eficácia.
- Prevenir o risco de complicações no decurso da sessão de hemodiálise, optimizando a qualidade do processo.

**Informações gerais:**

**A – Quem executa**

- O enfermeiro, de acordo com o protocolo da Unidade;

**B – Horário**

- Após cada sessão de hemodiálise
- Fora do programa regular de hemodiálise, todas as **tardes em dias pares**, ou seja, cada 48 horas.

**C – Orientações genéricas quanto à execução**

- Respeitar a individualidade do utente;
- Explicar o procedimento ao doente;
- Escolher o material e iluminação adequados;
- Verificar integridade do catéter;
- Vigiar as características do local de inserção do catéter;
- Ter em conta as indicações do fabricante e na sua ausência seguir o protocolo do serviço;
- Manter protegidas as ponteiras dos ramos do cateter;
- Verificar se existe alguma contra-indicação para a utilização de heparina sódica.

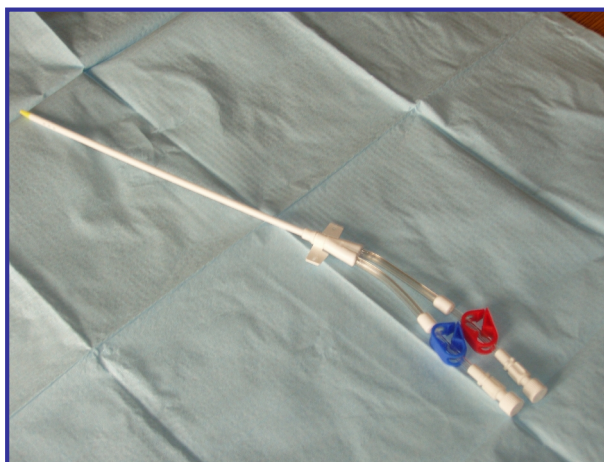
**D – Catéteres de Hemodiálise com lúmen de infusão**

- Proceder como descrito,

- O lúmen de infusão deve ser preenchido com soro fisiológico e colocado *bionector*.

### Material necessário:

- Máscara para o doente (se aplicável)
- Máscara para o profissional
- 1 Par de luvas esterilizadas;
- Compressas esterilizadas;
- 1 Seringa de 20cc;
- 1 Seringa de 10cc;
- 2 Seringa de 5cc;
- 1 Agulha;
- Taça esterilizada;
- Soro Fisiológico;
- Anti-séptico;
- Heparina;
- Tampas de catéter;



### Descrição e justificação do procedimento:

Acção	Justificação
1. Realize uma lavagem higiénica das mãos com água e sabão ou fricção anti-séptica com solução de base alcoólica durante 20-30 segundos	→ Eliminação da sujidade da pele → Redução dos microrganismos da pele → Prevenir a contaminação; → Devera ter atenção aos tempos que são diferentes para a lavagem higiénica e para a fricção com SABA;
2. Coloque a máscara (enfermeiro e doente) 3. Reúna todo o material necessário; 4. Determine a área estéril e abra todo o material; Deposite o Soro Fisiológico na taça esterilizada. 5. Calce as luvas esterilizadas preencha com soro fisiológico a seringa de 20cc e as seringas de 5cc com a diluição de heparina correspondente para cada ramo;	→ Economizar tempo e facilitar, posteriormente, a execução; → Manter a assepsia da técnica; → <b>A diluição de heparina deverá respeitar a proporção de 5000u de heparina diluídas em 4 ml de soro fisiológico.</b>
6. Antes do procedimento, envolva as pontas do catéter com compressa	

<p>embebida no anti-séptico instituído no serviço, o tempo mínimo necessário recomendado de acordo com a CCI</p>	
<p>7. Retire a tampa do ramo; 8. Adapte a seringa de 10cc; 9. Desclampe o ramo distal; 10. Aspire cerca de 3cc; 11. Clampe o ramo; 12. Adapte a seringa de 20cc com soro fisiológico;</p>	<p>→ Retirar a Heparina residual do cateter antes de heparinizar novamente o cateter (evitar “bólus”).</p>
<p>13. Desclampe o ramo e injecte 10cc de SF em <b>bólus rápido</b> (volume mínimo eficaz);</p>	<p>→ O bólus rápido permite lavar e preencher o cateter com soro fisiológico, mantendo a permeabilidade do acesso vascular;</p>
<p>14. Clampe o ramo <b>sob pressão positiva</b> antes de desadaptar a seringa;</p>	<p>→ Impedir a saída da solução de lavagem do cateter;</p>
<p>15. Adapte a seringa de 5cc com a diluição de heparina; 16. Desclampe o ramo; 17. Injecte a heparina no ramo do cateter de <b>forma rápida e sob pressão positiva</b> para evitar o fluxo de retorno no lúmen do cateter. <b>O preenchimento do ramo do catéter deve ser de acordo com as indicações do fabricante;</b> 18. Desadapte a seringa;</p>	<p>→ Garantir a permeabilidade do cateter para a próxima sessão de hemodiálise;  → Evitar acidentes;</p>
<p>19. Coloque a tampa na extremidade do cateter; 20. Repita o mesmo processo no ramo venoso;</p>	<p>→ Prevenir a contaminação / infecção;  → Evitar acidentes;</p>
<p>21. Efectue o registo da actividade na folha de enfermagem (no espaço identificado por “Outros cuidados/registos”) colocando sempre a <b>hora</b> em que foi realizado o procedimento e outras ocorrências que considere relevantes (trombose do cateter, resistências à entrada do soro, etc...)</p>	<p>→ Assegurar a continuidade dos cuidados;</p>

---

## **ANEXO V**

Parâmetros indispensáveis e frequência mínima de registo nas técnicas dialíticas contínuas



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDICO CIRÚRGICA**

**Parâmetros indispensáveis e frequência mínima  
de registo nas técnicas dialíticas contínuas**

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin Nº 192009045

**Sob Coordenação de:** Professora Patrícia Pontífice

**Sob tutoria de:** Professora Paula Batista

**Sob Orientação de:** Enf. Paulo Baltazar

**Sintra, Maio de 2010**

## **Nota Introdutória**

A prestação de cuidados especializados ao doente de médio e alto risco e família internado Unidade de Urgência Médica (UUM) do Hospital São José, determina um contexto de estágio muito diverso e rico em experiências. Durante a administração de terapêutica substitutiva da função renal de forma contínua, surgiram diversas dúvidas no momento de realizar os registos na folha específica. A folha avalia parâmetros de forma horária relacionados com a reposição e balanço hídrico, ou seja, as entradas e saídas programadas no monitor de diálise. Existem outros parâmetros que são avaliados uma vez por turno e por último outros itens que apenas são registados no momento de iniciar o tratamento ou quando existe alguma alteração do plano de prescrito pelo médico. Com a finalidade de promover o desenvolvimento de novas competências, de acordo com o perfil definido para o enfermeiro especialista, surgiu a necessidade de validar junto do enfermeiro orientador que dados seriam indispensáveis e qual a frequência mínima de registo destes.

De acordo ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na alínea número 3 do Artigo 7.º, *“O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”*. (Lei nº1111/2009, de 16 de Setembro). Por outro lado, as experiências anteriores com técnicas dialíticas contínuas e descontínuas aliciaram a pesquisa bibliográfica sobre o assunto. Assim, o Royal College of Nursing citado por Atkinson (1990, p.28) defende que o enfermeiro especialista é o profissional de enfermagem que demonstra uma prática clínica aperfeiçoada como resultado de uma larga experiência, conhecimentos de perito ou conhecimentos numa determinada área de enfermagem especializada.

## **Objectivo**

Pelas afirmações acima descritas foi proposto como objectivo para este trabalho: **“Identificar o conjunto de parâmetros indispensáveis e a frequência mínima de registo, que ofereça a informação necessária de forma a obter uma apreciação global da eficácia do tratamento nas terapêuticas de substituição da função renal contínuas”**.

## **A Doença Renal Aguda**

O rim intervém nos processos homeostáticos do organismo, no entanto apenas a produção de urina e excreção de produtos tóxicos provenientes do metabolismo são funções exclusivas (Baptista, Silva e Neves 2008, p.63). O doente crítico caracteriza-se pela falência de um ou vários órgãos associadas a situações agudas potencialmente reversíveis (Ramos, Sousa, Moura, Gouveia, Nunes 2006, p.84). Segundo Mateus, Lança, Mealha, Fernandes, Oliveira e Almeida (2007, p.49) a doença renal aguda nos doentes críticos encontra-se frequentemente associada a sépsis ou/e falência multiorgânica com instabilidade hemodinâmica, sendo também frequente a etiologia isquémica, tóxica, infecciosas ou obstrutivas. Os doentes com alteração na função renal apresentam acumulação de líquidos, hipercaliemia, acidose metabólica e síndrome urémico (Armstrong e Bircher, 2002, p.119). Para corrigir estas alterações, torna-se necessário identificar qual a etiologia da Doença Renal Aguda (DRA) subjacente (pré-renal, renal ou pós-renal) e instaurar o tratamento de acordo com as necessidades e instabilidade hemodinâmica do doente, ou seja, a utilização de medidas conservadoras ou implementar alguma modalidade de diálise.

## **O tratamento com Diálise**

De uma forma geral, Armstrong e Bircher (2002, p.117) afirmam que, o objectivo da diálise no doente crítico com doença renal aguda é prevenir a morbidade e suportar o rim na sua fase de recuperação. Por outras palavras, a terapêutica substitutiva da função renal neste tipo de doentes procura manter a homeostase do doente mediante a depuração de solutos, a remoção de líquidos (Ramos *et al.*, 2006, p.84). Por este motivo Andreu (2001, p.171) defende que as terapias lentas contínuas, as quais assentam o seu funcionamento no transporte convectivo e no aumento dos tempos de diálise, conseguem uma maior depuração de substâncias e uma melhor tolerância por parte do doente instável.

Segundo Ramos *et al.* (2006, p.86) as técnicas lentas contínuas realizam-se durante 24 horas. Para estes autores (*idem*), e como foi referido anteriormente, a remoção de solutos efectua-se mediante pressões exercidas pelo sangue na membrana do dialisador (pressões hidrostáticas ou osmóticas). Devido a estas pressões, as moléculas de água facilmente atravessam os poros da membrana semipermeável do dialisador “arrastando” pequenas moléculas para fora do compartimento sanguíneo, ou seja, para o lado do dialisante (Ramos *et al.* 2006, p.86; Daugirdas e Stone 2003, p.17).

O enfermeiro especialista desempenha um papel relevante no que diz respeito à colaboração com o médico na vigilância do doente e o desenvolvimento de intervenções autónomas para uma abordagem centrada na família (Armstrong e Bircher, 2002, p.112-113). Esta afirmação vai ao encontro do exposto no Artigo 91º do Código Deontológico onde o enfermeiro é considerado como membro da equipa de saúde devendo *“actuar responsabilmente na sua área de competência...”*, *“trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”* e *“colaborar com a responsabilidade que lhe é própria nas decisões sobre (...) o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”*. Deste modo, e, na opinião de Pacheco (2008, p.7), a prestação de cuidados de enfermagem deve ir direccionada para a monitorização rigorosa do doente, de forma a prevenir as complicações e avaliar a evolução do tratamento instituído. Os cuidados ao doente submetido a terapêutica substitutiva da função renal abrangem o registo de sinais vitais, registo e controlo dos fluxos, e pressões do monitor de diálise.

### **Dos registos de Enfermagem**

Na opinião de Hernández, Rodríguez, Guitiérrez e Bolaños (2007, p.16), os registos de enfermagem, formam parte da história clínica do doente, reflectem o agir do enfermeiro enquanto profissional e constituem um meio de comunicação dos enfermeiros entre si e outros profissionais de saúde. Simultaneamente, são frequentemente utilizados como provas em processos legais, por gestores para adequar os recursos às necessidades e pelos investigadores como fontes de dados. Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros (2003) refere que os registos de enfermagem determinam: *“...o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compila as informações resultantes do diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro de prescrições de outros profissionais e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados...”*.

Por outro lado, Pereira (2004, p13) destaca, no âmbito da saúde e das políticas de saúde, a importância de recolher o máximo de informação que contribua para uma melhoria da eficiência, da promoção contínua da qualidade dos cuidados controlando custos e otimizando recursos. Este autor (idem) refere a carência de indicadores específicos relativos ao exercício profissional dos enfermeiros, particularmente no que respeita aos resultados. Por este motivo, a qualidade da informação registada espelha a efectividade da prática profissional. Os registos de enfermagem devem responder a

requisitos mínimos que favoreçam a eficácia dos cuidados às pessoas e dêem visibilidade à actuação do enfermeiro (García, Navio, Valentin, 2007, s.p.).

### **Implicação na prática**

A Unidade de Urgência Médica, possui uma folha específica para realizar os registos da evolução das técnicas contínuas (Anexo 1), sendo os dados relacionados com os balanços de entradas de líquido de reposição e efluente os mais frequentemente registados. Desta forma, surgiram dúvidas sobre os restantes registos que dão uma apreciação geral da eficácia dialítica como por exemplo o débito de bomba, a pressões do filtro, a pressão do acesso ou as ocorrências relacionadas com a técnica. Estes parâmetros também considerados indispensáveis para a monitorização rigorosa do tratamento não são registados com a mesma frequência que os relacionados com o balanço hídrico. Como refere Ramos, *et al.* (2006, p.88) a dose de diálise parece influenciar o prognóstico do doente. Contudo é menos evidente em comparação com o doente crónico.

O monitor utilizado para a administração deste tipo de tratamento conserva, na memória, os registos do tratamento decorrente. Ou seja, possui um histórico com acesso a todos os dados relativos a todos os parâmetros desde que iniciou o tratamento (caso do monitor PrismaFlex® da Gambro). Este menu é útil para consulta e fornece uma informação completa. Contudo, o registo do monitor não é guardado num ficheiro individualizado para cada doente, ou seja, torna-se num registo “volátil”, que desaparece depois de aceitar e de apagar a programação anterior, por exemplo quando decide-se iniciar o tratamento a outro doente. Torna-se assim importante avaliar a necessidade de propor uma folha que dê resposta as necessidades de monitorização da técnica dialítica.

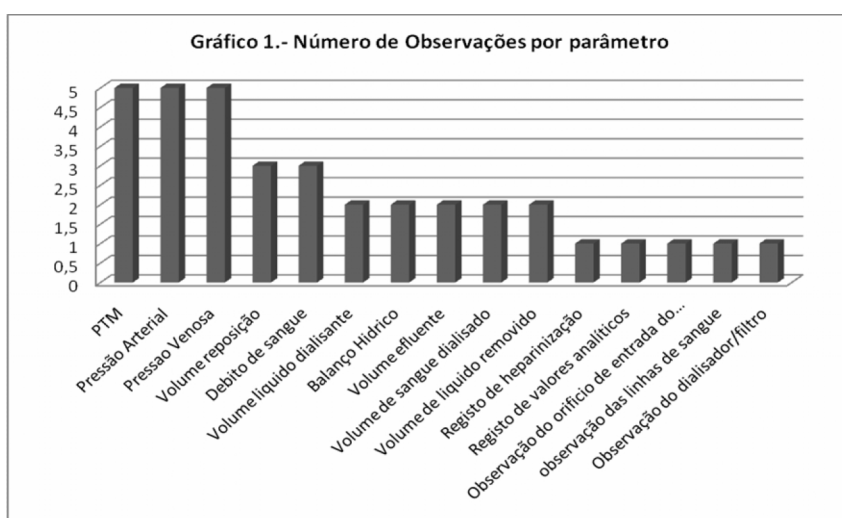
### **Método**

Com a colaboração do enfermeiro orientador, foi determinado um painel de peritos na Unidade de Urgência Médica. Considera-se perito o enfermeiro com mais de cinco anos de exercício profissional em cuidados intensivos com experiência na administração de terapêuticas substitutivas da função renal nas modalidades contínuas. O enfermeiro perito, também colabora como enfermeiro integrador e formador de novos profissionais. De forma individualizada, foi explicado o objectivo do trabalho e obteve-se por escrito o consentimento livre e esclarecido. Deste modo, foi solicitado que se identificasse na coluna da esquerda os parâmetros indispensáveis na

monitorização e registo do tratamento dialítico contínuo. Na coluna da direita, o perito, deveria colocar a frequência mínima de registo para cada parâmetro de forma a considerar uma apreciação global da eficácia do tratamento. Assim na sexta semana de estágio, foram distribuídos 7 questionários. A taxa de resposta foi de 71.4%.

## Resultados

Foi feita uma análise aos parâmetros e a sua frequência mínima de registo. Dos resultados obtidos, apenas se considerou aqueles relacionados directamente com a monitorização da técnica substitutiva da função renal. Foram descartados os dados que se relacionavam com a monitorização do doente, por serem registados na folha de cuidados de enfermagem. Assim, o gráfico 1 representa os parâmetros e a frequência de observação.



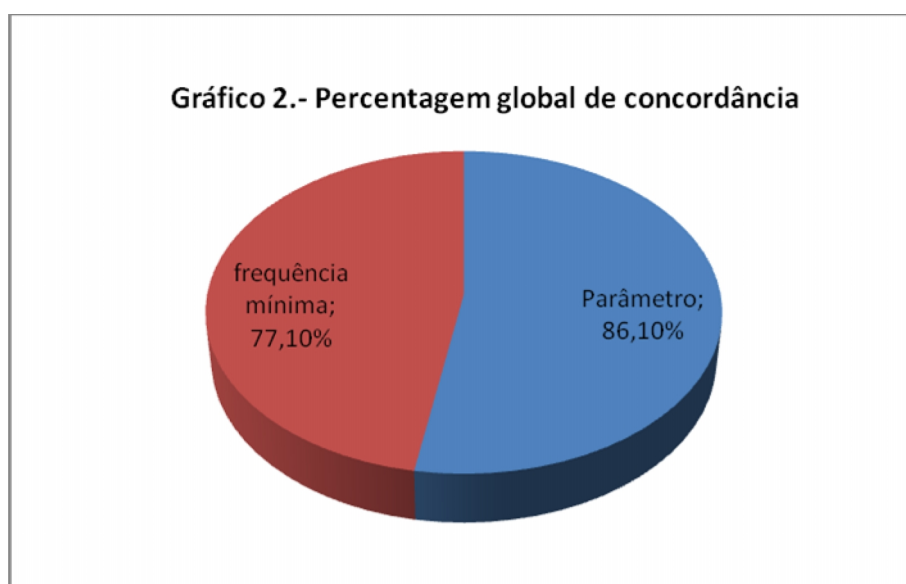
A frequência mínima de registo para cada parâmetro foi também analisada de acordo ao número de observações efectuadas pelos participantes. Neste sentido, a tabela 1 representa o número de observações para a frequência mínima de registo de cada parâmetro.

Parâmetro	Frequência mínima	Número de Observações
<b>PTM;</b>	Cada hora	5
<b>Pressão Arterial;</b>	Cada hora	5
<b>Pressão Venosa;</b>	Cada hora	5
<b>Volume reposição;</b>	Cada hora	3
<b>Débito de sangue;</b>	Cada hora	3
<b>Volume líquido dialisante;</b>	Cada hora	2

Balanço Hídrico;	Cada hora	2
Volume efluente;	Cada hora	2
Volume de sangue dialisado;	1 Vez por turno	1
Volume de líquido removido;	Cada hora	2
Registo de heparinização;	Cada hora	1
Registo de valores analíticos;	No início do método	1
Observação do orifício de entrada do catéter;	1 Vez por turno	1
Observação das linhas de sangue;	1 Vez por turno	1
Observação do dialisador/filtro;	1 Vez por turno	1

Tabela 1. - Número de observações para a frequência mínima de registo

Deste conjunto de parâmetros, foi calculado as variações inter-observador que oferece a percentagem global de concordância. Assim, pode-se considerar um elevado grau de concordância para o item “parâmetro” com 86,1%.



### Discussão e Conclusões

Os registos de enfermagem são uma importante fonte de informação e simultaneamente detentores de valor legal. Por este motivo, o enfermeiro deve ser minucioso e rigoroso no momento de decidir que parâmetros devem ser registados e a frequência dos mesmos. Estes registos evidenciam competências específicas do enfermeiro de nefrologia na unidade de cuidados intensivos. Como defende Martins *et al.* (2008, p.53): “se enquanto enfermeiros queremos que a nossa actividade seja autónoma e responsável, é imprescindível que justifiquemos todas as intervenções

*que se prendem directamente com os clientes, deixando de agir apenas por intuição ou por indicação médica, facto só possível através da investigação científica, na qual os registos de enfermagem assumem um papel fundamental”.*

Ramos *et al.* (2006, p.87) defendem que são determinantes da eficácia da Terapêutica Substitutiva da Função Renal: o tipo de acesso vascular, débito de sangue, ultrafiltração programada, líquido de reposição, dialisante, dialisador e anticoagulação. De acordo com estes autores e à luz dos principais resultados obtidos, pode atribuir-se à folha de registo de enfermagem para a monitorização das modalidades contínuas de substituição da função renal, um alto grau de funcionalidade e segurança para o doente e para o enfermeiro. Embora alguns dos parâmetros apenas obtiveram uma observação, estes dados, já se encontram incluídos na folha.

Os registos têm lugar de forma horária para a ultrafiltração, líquido de reposição, dialisante e balanço hídrico entre outros. Os parâmetros mais frequentemente observados são a pressão arterial, pressão venosa e pressão transmembrana (PTM) que, apesar de serem considerados relevantes a sua monitorização horária, actualmente não ocupam um lugar definido na folha de registos. Estes dados, encontram-se dependentes principalmente da permeabilidade do acesso vascular, que normalmente utiliza-se o cateter venoso central, débito de bomba e resistências encontradas no circuito extra-corporal. Ou seja, uma vez que se considera o débito de bomba um parâmetro dinâmico dependente da permeabilidade do cateter venoso central, faz sentido associar a este registo os dados relativos às pressões de bomba (pressão venosa e arterial), directamente relacionadas com a eficácia de remoção de solutos por convecção e diminuição do risco de coagulação do dialisador (Sigler, Brendan, Teehan, Dauguidas, Ing 2003, p.214).

O presente trabalho fornece dados essenciais que justificam a mudança e introdução da folha actualmente existente. Por este motivo, e de acordo com a opinião de peritos da Unidade de Urgência Médica, sugere-se que esses parâmetros (pressão venosa, pressão artéria, PTM e débito de bomba) sejam incluídos e monitorizados de forma escrita no registo das modalidades contínuas para melhorar a apreciação global do tratamento com diálise.

Apesar das limitações que este trabalho apresenta, deixa transparecer a importância dos registos escritos na folha de enfermagem no tratamento da DRA com diálise. Também permite problematizar situações de maior complexidade de forma autónoma, sistemática e crítica.

## Bibliografia

- Andreu, L. Patología Renal. In: Andreu, L; Force, E. **500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal**. 2ª Edición. Barcelona. Masson, 2001. ISBN: 84-458-1082-0, p.171-187.
- Armstrong, T; Bircher, G. Insuficiência Renal Aguda. In: Thomas, N. **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª Edição. Loures. Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-85-1, p.111-131.
- Baptista, A; Silva, A; Neves, P. Insuficiência Renal Aguda: “O Estado da Arte. **Medicina Interna**. Hospital distrital de Faro. ISSN: 0872-671X. Vol. 15, Nº 1 Jan./Mar. (2008). P. 61-7.
- Daugirdas, J; Stone, J. Bases Fisiológicas y modelo cinético de la urea. In: Daugirdas, Blake, Ing, **Manual de diálisis**. 2ª Edição espanhola. Barcelona. Masson, 2003. ISBN: 84-458-1124-7, p. 15-48.
- García, S; Navío, AM; Valentin, L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. **Nure Investigación**. ISSN: 1697-218X. Nº 28. (Maio – Junho 2007).
- Hernández, D; Rodríguez, MA; Guitiérrez, MJ; Bolaños, G. Elaboración de un registro enfermero para hemodiálisis según la norma ISO 9001:2005. **Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol**. ISSN: 1988-8864. Vol. 10, Nº 1 (2007), p.15-22.
- Lei 111/2009 de 16 de Setembro. **ORDEM DOS ENFERMEIROS**. [Consult. 23 Mar. 2010]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=564&version=1>
- Martins, A; Pinto, A; Lourenço, C; Pimentel, E; Fonseca, I; André, MJ; Almeida, MP; Mendes, O; Santos, R. Qual o lugar da escrita sensível nos registos de Enfermagem. **Revista Pensar Enfermagem**. ISSN: 0873-8904. Vol. 12. Nº 2, (segundo semestre 2008), p.52-61.
- Mateus, A; Lança, S; Mealha, R; Fernandes, A; Oliveira, L; Almeida, E. Factores prognóstico em doentes críticos com insuficiência renal aguda numa unidade de

cuidados intensivos. **Revista Portuguesa de Medicina Intensiva**. ISSN: 0872-3087. Nº 4. Maio 2007, p.49-53.

- **Ordem dos Enfermeiros**. Parecer CJ- 67/2003. Problemática da assinatura dos alunos de Enfermagem, nos impressos de registo clínico de Enfermagem. [Consult. 25 Mar. 2010]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CJ\\_67-2003.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_67-2003.pdf)
- Pereira, F. Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN: 1646-2629. Suplemento da Revista Nº 13, (Julho 2004), p. 13-20.
- Pacheco, E. A insuficiência renal aguda e o doente crítico. Intervenções de enfermagem. **Nephro's**. Vol XII, Nº 1 (Dezembro 2008), p.7-13.
- Ramos, A; Sousa, AC; Moura, F; Gouveia, J; Nunes, A. Técnicas de substituição renal em cuidados intensivos. **Boletim do HPV**. ISSN: 0870-8363. Vol 19, Nº 2 (Abril/Junho 2006), p. 84-9.
- Sigler, M; Teehan, B; Daugirdas, J; Ing, T. Terapias lentas contínuas. In: Daugirdas, Blake, Ing, **Manual de diálisis**. 2ª Edição espanhola. Barcelona. Masson, 2003. ISBN: 84-458-1124-7, p.209-239.

---

## **ANEXO VI**

Termo de consentimento livre e esclarecido “Monitorização e registo do tratamento dialítico contínuo”

**Termo de Consentimento livre e esclarecido para participação no  
Questionário  
“Monitorização e registo do tratamento dialítico contínuo”**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado/a que se encontra a decorrer neste Serviço um questionário que visa identificar, desde o ponto de vista dos enfermeiros da UUM, os parâmetros indispensáveis na monitorização das técnicas dialíticas contínuas e a frequência mínima de registo.

Fui informado/a sobre o conteúdo, procedimentos e objectivos. Foi-me dada a oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas tendo estas sido clarificadas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a minha participação ou não no questionário. Assim sendo, aceito colaborar no mesmo respondendo, de forma anónima.

Foi-me dada a garantia de que todos os dados por mim fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima, aquando da divulgação dos resultados do estudo.

Data: \_\_/ \_\_/ \_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Responsáveis pelo estudo:

Enf.º Daniel Lanzas (Aluno do Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do ICS, Universidade Católica)

Docente: Profª. Paula Batista.

---

## **ANEXO VII**

Questionário utilizado na monitorização e registo do tratamento  
dialítico contínuo

**QUESTIONÁRIO – PAINEL DE PERITOS**  
**“Monitorização e registo do tratamento dialítico contínuo”**

O objectivo da terapêutica substitutiva da função renal é manter a homeostase do doente mediante a depuração de solutos, a remoção de líquidos. A monitorização rigorosa do doente e da técnica dialítica permite avaliar a evolução, a eficácia do tratamento instituído e, simultaneamente, prevenir ou minimizar as complicações que daí possam advir.

O presente questionário pretende que identifique os parâmetros indispensáveis na monitorização das técnicas dialíticas contínuas e a frequência mínima de registo. A participação é voluntária, e está livre de retirar-se do mesmo em qualquer momento.

Neste sentido propõe-se que, na coluna da esquerda, enumere os parâmetros que considera indispensáveis na monitorização e registo do tratamento dialítico contínuo.

Na coluna da direita identifique a frequência mínima de registo para cada parâmetro de forma a considerar uma apreciação global da eficácia do tratamento.

Por favor, devolva o questionário ao Enf. Paulo Baltazar ou ao Estudante Daniel Lanzas

Parâmetro	Frequência mínima de registo	Parâmetro	Frequência mínima de registo

Obrigado pela sua participação

---

## **ANEXO VIII**

Proposta de folha de registo do tratamento dialítico contínuo



Identificação do doente  
Nº Processo ou Vinheta

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Folha N<sup>o</sup>: \_\_\_\_\_  
Filtro: \_\_\_\_\_ Dialisante (K<sup>+</sup>): \_\_\_\_\_

Estratégia de Anticoagulação: \_\_\_\_\_

	Pressão			Debito Bomba	Filtro		Entradas			Balanço	Balanços				
	Arterial	Venosa	PTM		Solução Diálise	Filtrado	Solução Reposição		Soros		Total Entradas	HDF HF	Hídrico	Total Parcial	Acumu- lado
							Pré	Pós							
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															

--	--	--

## Ocorrências

### Turno das 0 – 8 Horas

<b>Filtro</b>	
<b>Linhas</b>	
<b>Solução reposição</b>	
<b>Solução de diálise</b>	
<b>Anticoagulação</b>	
<b>Outras</b>	

Enfermeiro/a: \_\_\_\_\_

### Turno das 8 – 16 Horas

<b>Filtro</b>	
<b>Linhas</b>	
<b>Solução reposição</b>	
<b>Solução de diálise</b>	
<b>Anticoagulação</b>	
<b>Outras</b>	

Enfermeiro/a: \_\_\_\_\_

### Turno das 16 – 24 Horas

<b>Filtro</b>	
<b>Linhas</b>	
<b>Solução reposição</b>	
<b>Solução de diálise</b>	
<b>Anticoagulação</b>	
<b>Outras</b>	

Enfermeiro/a: \_\_\_\_\_

---

## **ANEXO IX**

Trabalho: As necessidades dos familiares do cliente crítico internado numa UCI; perspectiva do enfermeiro



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDICO CIRÚRGICA**

# **As necessidades dos familiares do doente crítico internado numa UCI. Perspectiva do enfermeiro.**

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin Nº 192009045

**Sob Coordenação de:** Professora Patrícia Pontífice

**Sob tutoria de:** Professora Paula Batista

**Sob Orientação de:** Enf. Paulo Baltazar

**Sintra, Maio de 2010**

## Índice

Lista de siglas .....	iii
Introdução .....	1
Objectivo .....	3
Metodologia.....	4
Análise dos dados .....	4
Apresentação dos resultados .....	6
Variáveis demográficas .....	6
Análise de conteúdo.....	8
Categorias e subcategorias.....	8
Discussão dos principais resultados .....	13
Conclusão .....	16
Sugestões para a mudança .....	16
Bibliografia.....	18

## **Lista de siglas**

DRA – Doença Renal Aguda

TSFR – Técnicas Substitutivas da Função Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UUM – Unidade de Urgência Médica

## Introdução

A carta dos Direitos do Doente Internados consagra no seu Artigo 3º que *“o doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, de reabilitação, terminas e paliativos”*. Ou seja, na UCI, os cuidados ao doente em situação crítica envolvem a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, no entanto, potencialmente reversíveis (Ministério da Saúde, 2003, p.5).

Apesar de ser considerado como o local mais adequado para a prestação de cuidados a este tipo de doentes, também é visto como um ambiente altamente agressivo e hostil, apetrechada de equipamento altamente tecnológico (Betrinelli e Erdmann, 2009, p.16). Devido à situação de risco vital para a pessoa doente, Maruiti e Galdeano (2007, p.38) consideram que as UCI's constituem unidades fechadas que facilitam a coordenação dos profissionais mas de acesso restrito à família e os amigos.

A unidade em estudo está composta por seis salas de cuidados intensivos com duas camas por sala, e duas salas de cuidados intermédios com quatro e duas camas respectivamente. Cada enfermeiro é responsável por dois doentes de intensivos ou quatro doentes de intermédios dependendo do da sala onde for escalado, conforme descrito na Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento para os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos e as Unidades Intermédias (Ministério da Saúde 2003, p.17). A unidade dispõe de um guia de acolhimento para a família e visitas, que pretende facilitar o acompanhamento da pessoa junto do seu familiar. Este documento adapta-se, de forma individualizada, às necessidades de acompanhamento dos familiares permitindo flexibilidade de horários e contactos telefónicos.

O internamento num serviço destas características, resulta da instauração de uma doença grave e inesperada, pelo que a maior parte dos doentes e seus familiares não foram preparados para esta experiência (Plowright, 1996, p.30). Para Vieira (2007, p.83): *“A família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados”*.

O papel de cuidador informal desempenhado pela família encontra-se alterado devido ao internamento na unidade e constitui uma situação imbuída de stress para o doente e a sua família, não só pela gravidade da doença, mas também pelo compromisso da independência (Torres e Morales, 2004, p.18). Para estes autores, durante o internamento na unidade de críticos, existe a perda de autonomia quase absoluta da família para prestar cuidados informais e uma dependência dos profissionais de saúde para satisfazer a maioria das necessidades (idem).

Diversos autores Morgon e Guirardello (2004, p.199), (Hidalgo, Vélez, Pueyo, 2007, p.107), (Betrinelli e Erdmann 2009, p.17) afirmam que esta situação pode ocasionar uma instabilidade na estrutura familiar causando desestruturações no seu quotidiano. Estes autores defendem que a família sem experiências prévias, podem sentir dificuldades em lidar com situações que dizem respeito à tomada de decisão em relação ao cuidado do seu familiar doente, condicionando o aparecimento de ansiedade ou depressão que podem ocasionar a desestruturação nas actividades diárias da família.

A preocupação dos profissionais de saúde, com especial ênfase nos enfermeiros, a complexidade dos cuidados e a realização de procedimentos invasivos conduz a uma prática de enfermagem baseada na satisfação das necessidades do doente com objectivo de tratar a doença e detectar as complicações o mais precocemente possível (Zaforteza, De Pedro, Gastaldo, Lastra, Sánchez-Cuenca 2003, p38). Na opinião de Torres e Morales (2004, p.18), neste processo onde o doente em estado crítico é o centro dos cuidados de enfermagem, a família é considerada como um elemento em segundo plano sendo a sua participação e autonomia variável. Neste sentido, Betrinelli e Erdmann (2009, p.16), afirmam que o internamento na UCI dificulta as práticas das relações afectivas e emocionais da família, emergindo sensações de apreensão e angústia.

A carta dos Direitos do Doente Internados defende, no seu Artigo 13º, que o doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos. Assim, as instituições e profissionais devem facilitar e incentivar a participação familiar e o apoio afectivo assim como os horários das visitas devem estar adequados as necessidades do doente e a disponibilidade da população.

Por diversas situações, o familiar e o doente crítico são separados no momento do internamento. Segundo Daley (1984) citado por Plowright (1996, p.30) refere que estes devem ser tratados como uma unidade familiar. Para esta autora, as principais necessidades das pessoas com um familiar internado na UCI prendem-se com a

redução da ansiedade, a informação procedente do médico e do enfermeiro, estar com o doente e sentir-se útil, sentir-se apoiado e ser capaz de satisfazer as suas necessidades pessoais e as do doente. Neste sentido, Morgon e Guirardello (2004, p.199) vão ao encontro das afirmações de Daley, no entanto, caracterizam as necessidades nas dimensões física e emocional, sendo uma experiência única para cada pessoa.

Segundo Hidalgo, Vélez, Pueyo (2007, p.108), os enfermeiros podem ser uma grande influência na satisfação rápida e eficaz das necessidades da família, visto que são os profissionais que permanecem mais tempo junto a eles, sendo especialmente importante no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.

Existem diferentes instrumentos de avaliação das necessidades da família. O *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI), foi publicado em 1979 e validado em vários idiomas (Maruiti e Galdeano 2007, p.38). O inventário consta de 45 itens divididos em quatro categorias de necessidades: conhecimento e informação, conforto, segurança emocional, acesso ao doente e aos profissionais (ibidem). Os familiares avaliam, numa escala tipo Likert, a importância que tem para eles as necessidades apresentadas (Hidalgo, Vélez e Pueyo, 2007, p.108).

O contexto de estágio foi determinante para a realização e enriquecimento deste trabalho. Mediante a observação participante, foi possível identificar diferentes situações em que o familiar torna-se elemento participativo junto do enfermeiro na construção do cuidar. No entanto, parece importante fundamentar e reflectir sobre se a percepção do enfermeiro corresponde as necessidades sentidas ou manifestadas pelos familiares. A literatura servirá de marco para a discussão dos resultados.

### **Objectivo**

O questionário visa conhecer a percepção do enfermeiro da UUM, sobre as necessidades dos familiares dos doentes internados na unidade.

## **Metodologia**

### **Material e Método**

Em primeiro lugar foi solicitada, e posteriormente concedida, autorização por escrito a Sra. Enfermeira Chefe e obtido o consentimento livre e esclarecido de todos os enfermeiros que participaram no questionário.

A equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Médica está composta por 53 enfermeiros distribuídos em cinco equipas com dez elementos, incluindo o chefe de equipa. Devido a universo dos enfermeiros da unidade ser grande, foram excluídos os enfermeiros com experiência em cuidados intensivos inferior a 3 anos.

O instrumento de colheita de dados foi um questionário com quatro questões abertas. As três primeiras, de carácter geral, onde o enfermeiro pode espelhar a sua percepção acerca de diferentes situações na abordagem da família do doente crítico internado na unidade. A quarta questão, relaciona-se especificamente com a família do doente crítico com alteração da função renal. Os dados obtidos nas questões abertas, foram sujeitos a análise de conteúdo. O questionário também pretende caracterizar a amostra, pelo que dispõe de questões de cariz demográfico. Os dados obtidos, foram sujeitos a análise estatística simples.

Foi solicitado a cada Chefe de equipa que entregasse o questionário de forma aleatória a qualquer dos dez elementos da equipa, sendo ele também incluído. Assim, na quinta semana de estágio, foram distribuídos um total de 17 questionários. A taxa de resposta foi de 52.9%.

### **Análise dos dados**

Para a análise dos questionários recebidos, foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo explicada por Laurence Bardin. Para esta autora (2009, p. 121) a organização da análise compreende três etapas cronológicas:

- Pré-análise;
- A exploração do material
- O tratamento dos resultados, a indiferencia e a interpretação.

Na fase de Pré-análise, o objectivo que Bardin defende relaciona-se com a organização do material, por outras palavras: *“...Corresponde a um período de intuições, mas tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise...”* (ibid). Neste período, escolhe-se o material que será submetido à análise, procede-se a formulação dos objectivos e hipóteses. Por último elaboram-se indicadores que irão fundamentar a interpretação final.

Na segunda etapa, Bardin (2009, p.127) propõe a codificação do material, a decomposição ou enumeração segundo as regras aplicadas na pré-análise. Segundo a autora (2009, p.129), a codificação corresponde a uma *“...transformação, efectuada segundo regras precisas, dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto...”*. Esta transformação permite reduzir o texto bruto a unidades mais facilmente interpretáveis pelo analista, ou seja, unidades de registo ou significação.

A partir do conjunto de unidades de registo obtidas, procede-se à categorização dos dados. De acordo com Bardin (2009, p.145) *“... a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e (...) reagrupamento segundo o género”*. As categorias reúnem conjuntos de unidades de registo sob um título genérico, que pode ser agrupadas em função a elementos comuns destas unidades. O critério de categorização pode ser semântico (ex. todos os temas que significam ansiedade são agrupados na categoria cuidados), sintáctico (verbos, adjectivos), léxico (sinónimos) ou expressivo (a autora cita o exemplo de categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem) (Ibidem, p.145). Neste sentido, os elementos são agregados de acordo a critérios semânticos, procurando a homogeneidade, exaustividade e pertinência das unidades de registo. Para cada foram definidas subcategorias que agrupassem indicadores com um mesmo contexto, de modo a clarificar a análise dos dados.

A última etapa da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009, p.127) procura o Tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação. Os resultados são tratados de modo a serem significativos e válidos (através do estabelecimento de unidades de enumeração). Mediante técnicas estatísticas simples ou complexas, os resultados são condensados e põem de relevo as informações proporcionadas pela análise. Com

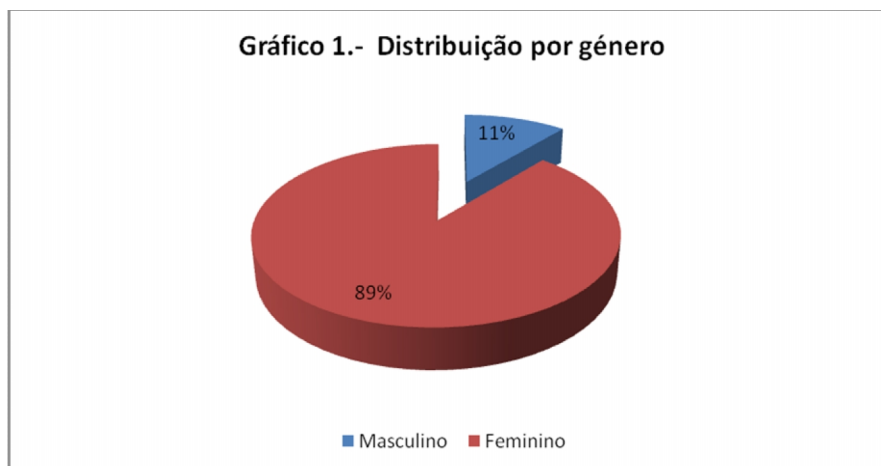
resultados representativos é possível fazer inferências, interpretar os dados, e comparar com a teoria e outros estudos (ibidem, 145).

### **Apresentação dos resultados**

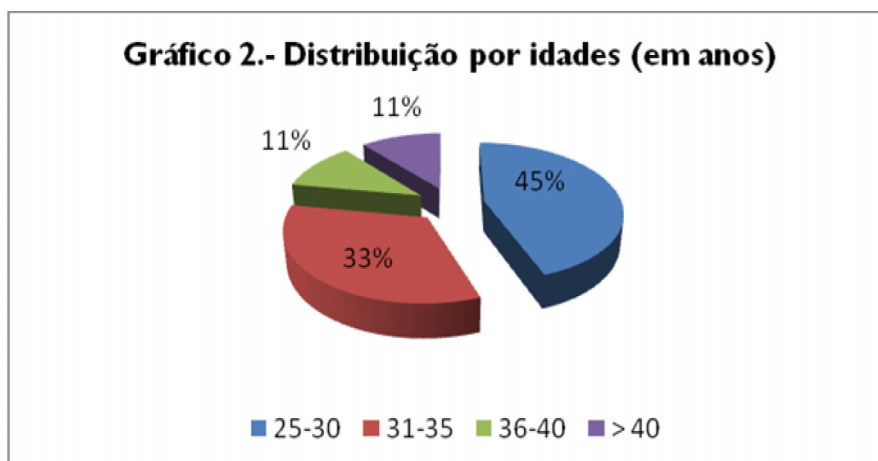
Os dados colhidos referem-se aos sujeitos em análise e são válidos apenas para a população onde o questionário foi aplicado, ou seja, a equipa de enfermagem da UUM do Hospital São José.

### **Variáveis demográficas**

Como observado no Gráfico 1, dos questionários recebidos verifica-se predomínio do género feminino.



Como pode observar-se no gráfico 2, a maior parte dos enfermeiros inquiridos encontram-se na faixa etária dos 25-30 anos. Outra grande percentagem pertence a faixa etária dos 31-35 anos. A média de idade situa-se nos  $33,5 \pm 7,4$  anos.



Em relação a experiência profissional, o gráfico 3 mostra que o 45% dos inquiridos confirma ter entre 4 e 9 anos de exercício profissional como enfermeiro. Porém, existe uma grande fatia (33%) com prática profissional como enfermeiro entre 10 e 15 anos. A média é de  $11,7 \pm 7,7$  anos. A amostra é considerada relevante por ser uma equipa experiente na área de cuidados intensivos.



Quanto a experiência profissional na área de cuidados intensivos, a média situa-se em 8,7 anos. A distribuição apresenta-se no gráfico 4 e encontra-se repartida entre os 4 e os 15 anos de prática profissional em cuidados intensivos. Apenas o 11% possui mais de 15 anos. A média é de  $11,7 \pm 4,81$  anos. A amostra é considerada relevante por ser uma equipa experiente na área de cuidados intensivos.



## Análise de conteúdo

### Categorias e subcategorias

Depois da decomposição das questões propostas no questionário, resultaram quatro categorias e dezoito subcategorias. O quadro 1 sintetiza-as.

Categorias	Subcategorias
Necessidades dos familiares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Necessidade de informação</li><li>• Dificuldade na comunicação</li><li>• Apoio emocional</li><li>• Participação nos cuidados</li><li>• Visitas</li></ul>
Mudanças nos cuidados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Horário das visitas</li><li>• Participação da família nos cuidados</li><li>• Formação dos profissionais</li><li>• Comunicação/ informação</li><li>• Segurança</li><li>• Acolhimento</li></ul>
Dificuldades em conhecer as necessidades dos familiares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dúvidas dos familiares</li><li>• Dificuldade em falar com a família</li><li>• Relação terapêutica</li><li>• Comunicação</li><li>• Participação familiar</li></ul>
Necessidades dos familiares do doente em diálise	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informação sobre o funcionamento / finalidade do tratamento</li><li>• Sem necessidades adicionais</li></ul>

Na categoria **Necessidades dos familiares**, onde se pretendia conhecer as necessidades e preocupações sentidas pelo enfermeiro ou manifestadas pelos familiares dos doentes internados na unidade, obteve-se 17 afirmações distribuídas por cinco subcategorias (quadro 2). As mais relevantes relacionam-se com:

- *“Necessidade de informação médica”*
- *“Necessidade de informação de enfermagem”*

- “*Informação acerca da unidade*”
- “*Participação nos cuidados*”
- “*Dificuldade na comunicação com o doente*”

O quadro 2 resume as subcategorias e as unidades de significação para a categoria Necessidades dos familiares.

<b>Quadro 2. - Subcategorias e unidades de significação para a categoria: Necessidades dos familiares</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b> <b>Unidades de significação</b>	<b>Unidades de enumeração</b>
<b>Necessidades dos familiares</b>	<b>Necessidade de informação:</b> Médica (A1,B1, D1, E1, I1)	5
	De Enfermagem (A1, D1, E1, I1)	4
	Acerca da unidade (B1)	1
	<b>Dificuldade na comunicação:</b> Falta de adequação dos termos técnicos (F1)	1
	Do familiar com o doente (A1)	1
	<b>Apoio emocional:</b> Apoio emocional (B1)	1
	Dificuldade em aceitar a situação do doente (G1)	1
	Ansiedade (G1)	1
	<b>Participação nos cuidados</b> Sentir-se útil (B1)	1
	<b>Visitas</b> Primeira visita (A1)	1
Mais visitas em simultâneo (C1)	1	

Para a categoria **Mudanças nos cuidados** (Quadro 4), pretendia-se conhecer que mudanças o enfermeiro considerava importantes introduzir para satisfazer as necessidades da família do doente internado na unidade. Para esta categoria obteve-se 13 afirmações, sendo as mais frequente a participação do familiar no cuidado.

<b>Quadro 4. - Subcategorias e unidades de significação para a categoria: Mudanças nos cuidados</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de enumeração</b>
	Unidades de significação	
<b>Mudanças nos cuidados</b>	<b>Horário das visitas</b>	
	Horário de visitas mais alargado (A2)	1
	Mais visitas simultaneamente (C2)	1
	<b>Participação da família nos cuidados</b>	
	Permitir os familiares prestar alguns cuidados (higiene, alimentação, vestuário do doente) (A2, B2, F2, I2)	4
	<b>Formação dos profissionais</b>	
	Formação dos profissionais (B2)	1
	<b>Comunicação/Informação</b>	
	Mais diálogo entre os profissionais (C2)	1
	Melhor informação sobre o equipamento (E2)	1
	Maior disponibilidade do médico para informar (G2)	
	Uniformidade (I2)	1
		1
<b>Segurança/Acolhimento</b>		
Fornecer mais segurança (F2)	1	
Mais tempo para o acolhimento (H2)	1	

Para a categoria **Dificuldades em conhecer as necessidades dos familiares** (Quadro 5), pretendia-se que o enfermeiro enumera-se as principais dificuldades que sentia quando pretendia conhecer as necessidades dos familiares dos doentes internados na unidade. Para esta categoria obteve-se 12 afirmações, sendo as mais frequentes as relacionadas com a falta de tempo e a ansiedade dos familiares que dificultam o estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade.

<b>Quadro 5. - Subcategorias e unidades de significação para a categoria: Dificuldades em conhecer as necessidades dos familiares.</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b> Unidades de significação	<b>Unidades de enumeração</b>
<b>Dificuldades em conhecer as necessidades dos familiares</b>	<b>Duvidas dos familiares</b> Não saber dar resposta (A3)	1
	<b>Dificuldade em falar com a família</b> Resistência em ir falar (A3)	1
	<b>Relação terapêutica</b> Ansiedade dos familiares (E3, F3, I3) Falta de tempo (G3, I3, H3)	3
		3
	<b>Comunicação</b> Dificuldade na comunicação (C3)	1
	<b>Participação familiar</b> Quando o doente muito grave, a família é colocada em segundo plano (F3)	1

Para a categoria **Necessidades dos familiares do doente em diálise** (Quadro 6), pretendia-se que o enfermeiro relatasse se os familiares dos doentes submetidos a alguma modalidade de diálise, quer intermitente bem como contínuas, apresentavam outras necessidades face a execução da técnica. Para esta categoria obteve-se 11 afirmações, sendo a mais frequente a relacionada com informações sobre o funcionamento e finalidade a técnica dialítica.

<b>Quadro 6. - Subcategorias e unidades de significação para a categoria: Necessidades dos familiares do doente em diálise.</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b> Unidades de significação	<b>Unidades de enumeração</b>
<b>Necessidades dos familiares do doente em diálise</b>	<b>Informação sobre o funcionamento / finalidade do tratamento</b>	
	Perceber em que consiste a técnica (A4, D4, F4, I4, H4)	5
	Informação simples (C4)	1
	Melhor esclarecimento (G4)	1
	<b>Sem necessidades adicionais</b>	
Não apresentam necessidades adicionais (B4)	3	
Apenas mais uma máquina (E4)	1	

## **Discussão dos principais resultados**

As necessidades dos familiares dos doentes internados nos cuidados intensivos assim como sua a hierarquização, dependem de numerosos factores descritos e avaliados na literatura por diferentes instrumentos validados (Morgon e Guirardello, 2004); (Maruiti e Galdeano, 2007). Assim, Hidalgo, Vélez, Pueyo (2007, p.112) exemplificam que o familiar do doente procedente do serviço de urgência atribui mais importância à necessidade de informação pela gravidade do diagnóstico ou pela juventude dos doentes. Os enfermeiros inquiridos percebem que as necessidades dos familiares do doente internado relacionam-se com a dificuldade na comunicação com o seu familiar doente, apoio emocional, participação nos cuidados, visitas, sendo a mais importante a necessidade de informação médica e de enfermagem.

Deste modo Maruiti e Galdeano (2007, p.40) defendem que a falta de informação ocasiona incerteza e ansiedade no familiar. O enfermeiro deve, no seu compromisso ético e deontológico, fornecer informações verdadeiras dentro da sua área de competência. No entanto, antes de dar qualquer informação, o enfermeiro deve avaliar qual a capacidade do familiar de compreender a mensagem de modo a enfrentar essa experiência (ibidem p.40). Com objectivo de diminuir a ansiedade e a incerteza do familiar, o enfermeiro pode desenvolver diferentes estratégias educativas. Neste sentido, torna-se imperativo mostrar-se disponível para o iniciar uma relação terapêutica eficaz baseado na empatia e na confiança de modo a incentivar e motivar os familiares a colocarem todas as suas dúvidas, de forma a satisfazer a necessidade de informação (Maruiti e Galdeano, 2007, p.40). Segundo Plowright (1996, p.31), os familiares esperam do médico esclarecimentos sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento a ser efectuado. No entanto, do enfermeiro espera-se informações sobre o equipamento e alterações significativas no estado do doente.

A opinião dos enfermeiros inquiridos em relação à importância da informação vai ao encontro ao descrito pelas autoras Torrão, Tormenta, Pinto (2003, p.47), e afirmam que os familiares dos doentes internados na unidade consideram muito importante a necessidade de informação, com uma média de 4,63 (numa escala de 1 a 5).

Para o familiar do doente em diálise, os enfermeiros sentem que o funcionamento do monitor e as dúvidas relacionadas com a finalidade do tratamento são as principais necessidades. Segundo Ashwanden (2002, p.64), o enfermeiro que cuida do doente renal em programa de diálise, deve recordar que o monitor pode resultar estranho e ser fonte de stress para o familiar sem experiência nesta área. Como já foi referido anteriormente, também esta autora (ibidem, p.64) salienta a necessidade de

disponibilizar informação verdadeira, sem dar falsas esperanças. Assim a enfermeira perita deve adequar a informação à capacidade de compreensão da pessoa que questiona. A avaliação posterior da sua compreensão permite identificar se a mensagem foi decifrada pelo receptor. Ainda Ashwanden (2002, p.64) defende que o enfermeiro deve promover o contacto social dos familiares na mesma situação. Encontrar outras pessoas com experiências de vida similares, actuais ou passadas, pode diminuir a ansiedade dos familiares.

O estudo de Torrão, Tormenta, Pinto (2003, p.48), clarifica que a participação familiar nos cuidados do doente internado na unidade é baixa e prende-se principalmente com a falta de orientação dos enfermeiros para com os familiares no sentido de guiar a actuação destes. Em contrapartida, os resultados obtidos na categoria **mudanças nos cuidados**, os enfermeiros consideram a participação familiar nos cuidados ao doente crítico como prioridade de actuação. A Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro, consagra no seu artigo 5º que: *“Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada”*.

Para Plowright (1996, p.31) a participação familiar é importante, se eles assim o desejarem. A doença e o internamento em cuidados intensivos provoca no familiar um processo de desequilíbrio emocional, caracterizado por encontrar-se com altos níveis de ansiedade e medo, mais vulnerável à desestruturação familiar e com dificuldades em lidar com situações que comportem risco vital para o seu doente. O enfermeiro pode ajudar neste processo de adaptação à nova situação de vida, mediante a clarificação do motivo de internamento nos cuidados intensivos e a inclusão da família no cuidado (Davidson, 2009, p.34). De acordo com Plowright (1996, p.31), o familiar pode participar nos cuidados ao seu familiar como por exemplo massajando, pentear, barbear, cuidar dos olhos, higiene oral ou alimentar. Porém podem desempenhar outras funções mais complexas à medida que a relação entre o enfermeiro, familiar e doente ganha confiança. No entanto, torna-se fundamental delinear critérios para a participação do familiar, que simultaneamente, doente, enfermeiro e o próprio familiar estejam numa zona de segurança.

Assim, Torres e Morales (2004, p.21) elaboraram um conjunto de recomendações divididas em seis dimensões que procuram normalizar critérios e diminuir a variabilidade existente. Estes autores (ibidem) consideram que o consenso serve de transição para modelos de cuidados centrados na família proporcionando aos profissionais argumentos e fundamentos para situações de incertezas. Por outro lado,

Curry (1995, p.27) diz que, para satisfazer a necessidade de sentir-se útil, os familiares mais próximos devem ter livre acesso ao doente.

Um dos aspectos mais relevantes na mudança da forma do cuidar resulta em melhorar a comunicação interdisciplinar e a necessidade de uniformidade na comunicação com o doente e o seu familiar. Estes aspectos convidam o enfermeiro a reflectir sobre o Artigo 91º do Código Deontológico resgatado da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro referente aos deveres do enfermeiro para com outras profissões e declara na alínea “b”: “*Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde*”. Ou seja, o enfermeiro, no exercício das funções, deve ser veículo facilitador da comunicação entre os profissionais de modo a garantir uma melhor qualidade de cuidados.

Por outro lado, Mauriti e Galdeano (2007, p.40) esclarecem que “*ter a certeza que o paciente está recebendo o melhor tratamento*” foi a uma das necessidades emocionais mais relatadas. O facto de “*todos os profissionais falarem uma mesma linguagem*” ou, por outras palavras, existir uniformidade na satisfação das necessidades do familiar, transmite estabilidade emocional e segurança.

A principal dificuldade sentida pelos enfermeiros da unidade face as necessidades da família, baseia-se na falta de tempo ou disponibilidade para estabelecer a relação terapêutica de qualidade que facilite a expressão dos sentimentos. O rácio definido na UUM do Hospital São José é de um enfermeiro para cada dois doentes em cuidados intensivos, e um enfermeiro para cada quatro doentes nos cuidados intermédios. No entanto, durante o período de estágio, observa-se que a patologia do doente admitido na unidade comporta uma grande complexidade de cuidados e de técnicas específicas. O doente torna-se assim o alvo dos cuidados e pode, em determinados momentos, apresentar uma carga de trabalho que excede o enfermeiro.

A importância atribuída a manter a estabilidade hemodinâmica do doente crítico, pode descuidar as necessidades dos familiares (Mauriti e Galdeano, 2007, p. 41). Por este motivo, Curry (1995, p.30) afirma que o enfermeiro é o profissional com maior probabilidade de satisfazer as necessidades do familiar. Esta autora (ibid, p.30) defende que o enfermeiro deve reconhecer o dever de cuidar dos familiares apesar das suas ocupações profissionais e das limitações de tempo. Neste sentido, o recurso a uma prática reflexiva pode contribuir à consciencialização, autocrítica e auto-apreciação da praxis profissional que permita a elaboração de estratégias de mudança realistas, viáveis tendo por âncora a prática diária (Delgado, Sola, Mirabete, Torrents, Blasco, Barrero, Catalá, Mateos, Quintero 2001, p.123-4).

## **Conclusão**

O internamento na unidade de cuidados intensivos supõe para o doente e a sua família uma experiência de vida stressante. As pessoas experienciam uma ruptura com realidade social, dependência da equipa multidisciplinar de cuidados de saúde e a separação entre o doente crítico e a sua família. Para minimizar o impacto do internamento no seio familiar, os enfermeiros da UUM referem que a necessidade mais importante que deve ser satisfeita na abordagem da família do doente crítico relaciona-se com oferecer informação verídica e uniformizada. As informações mais procuradas procedem do foro médico, dos cuidados de enfermagem e o funcionamento da unidade.

O enfermeiro deve ser facilitador da comunicação entre os diversos profissionais da equipa multidisciplinar e ultrapassar dificuldades, nomeadamente a falta de tempo para a família, reconhecendo esta como parte integrante dos cuidados ao doente em situação crítica. Deste modo, existe a possibilidade de mudança para modelos de cuidados onde, se as condições o permitirem, a família participe na prestação dos cuidados assumindo funções simples e sempre sob supervisão do enfermeiro.

Embora pareça que o doente renal submetido a terapêutica substitutiva da função renal não apresenta necessidades acrescidas, o familiar apresenta necessidades adicionais que não devem ser ignoradas. Estas relacionam-se, principalmente, com a necessidade de conhecer a finalidade do tratamento e o funcionamento do monitor de diálise. A prática reflexiva deve ser ponto de partida para analisar as nossas actuações junto do doente e a sua família de modo a promover a mudança.

A percepção dos enfermeiros abordada neste trabalho vai ao encontro das necessidades dos familiares identificadas na literatura consultada. Em estudos futuros, seria importante aplicar em simultâneo o questionário aos enfermeiros e familiares dos doentes internados na unidade no sentido de comparar os resultados.

## **Sugestões para a mudança**

Por fim, à luz dos resultados obtidos, parece pertinente investir na mudança. Sugere-se que, apesar das possíveis limitações associadas à complexidade de cuidados do doente crítico, a participação do familiar no cuidado seja promovida. A sua instituição pode contribuir de maneira significativa à desmistificação das UCI, como unidades fechadas, frias, hostis ou sinonimas de morte iminente. Por outro lado, mediante a participação do familiar, é possível transmitir segurança nos cuidados, permitir que o

familiar sintá-se útil e obter informações valiosas no sentido de auto-satisfazer determinadas necessidades apenas atingíveis com o acompanhamento.

Sugere-se a possibilidade de definir critérios de participação familiar e a implementação de reuniões periódicas durante o internamento para partilhar experiências, ou falar de algum tema específico relacionado com a enfermagem. A equipa pode estar composta por dois profissionais de diferentes disciplinas (enfermagem, medicina, psicologia, assistente social, fisioterapia...). Esta abordagem da família pode ser muito útil para esclarecer dúvidas de familiares ou definir o papel do familiar nos cuidados, e desta forma facilitar o contacto entre profissionais e familiares e melhorar a qualidade dos cuidados. Estes familiares devem ter acesso livre ao doente.

Pode-se também instaurar reuniões multidisciplinares com os familiares onde a partilha de experiências seja o ponto de partida, definir temas comuns a todos os doentes e partilhar com os familiares.

## Bibliografia

- Ashwanden, C. Efectos de la Insuficiencia Renal Aguda en la Familia. **Journal of Renal Care**. ISSN: 1755-6678. Suplemento 2 (2002), p.63-65.
- Bardin, L. Análise de Conteúdo. 4ª Ed. Edições 70, LDA. Novembro 2009. ISBN: 978-972-44-1154-5.
- Bettinelli, LA; Erdmann, AL. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. **Avances en enfermería**. ISSN: 0121-4500. Vol. 27, Nº 1 (2009), p. 15-21.
- Carta dos Direitos do Doente Internado. [Consult. 05 Maio 2010]. Disponível em: [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf)
- Curry, S. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente UCI. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Ano 8, nº 94, (Novembro 1995), p. 26-30.
- Davidson, J. Family-Centered Care; Meeting the needs of patient's families and helping families adapt to critical illness. **Critical Care Nurse**. ISSN: 1940-8250. Vol. 29 nº 3 (Junho 2009), p.28-34.
- Delgado, P; Sola, A; Mirabete, I; Torrents, R; Blasco, M; Barrero, R; Catalá, N; Mateos, A; Quintero, M. Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. **Enfermería Intensiva**. ISSN: 1130-2399. Vol. 12, nº 3 (2001), p.110-126.
- Hidalgo I; Vélez, Y; Pueyo, E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. **Enfermería Intensiva**. ISSN: 1130-2399. Vol. 18, nº 3 (2007), p.106-114.
- Lei 106/2009 de 14 de Setembro. Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Diário da República, 1.ª série — N.º 178. (6254-6255). [Consult. 02 Maio. 2010].
- Lei 111/2009 de 16 de Setembro. **ORDEM DOS ENFERMEIROS**. [Consult. 23 Mar. 2010]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=564&version=1>

- Maruiti, MR; Galdeano, LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista Enfermagem**. ISSN: 0103-2100. Vol. 20, nº 1 (2007), p. 37-43.
- Morgon, FH; Guirardello, EB. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. ISSN: 0104-1169. Vol.12 nº 2. (Março-Abril 2004), p.198-203.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003 – 72 p. ISBN: 972-675-097-0.
- Torres, L; Morales, JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. **Revista Tempus Vitalis**. ISSN: 1578-5963. Vol 4, Nº 1 (2004), p.18-25.
- Torrão, O; Tormenta, S; Pinto, V. As necessidades dos familiares dos doentes internados numa UCI. Monografia apresentada para o 3º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo. Junho 2003.
- Plowright, C. Necessidades das visitas na Unidade de Cuidados Intensivos. **Nursing**. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Ano 9, nº 102, (Julho/Agosto 1996), p. 30-32.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro, da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: UCE.
- Zaforteta, C; De Pedro, J; Gastaldo, D; Lastra, P; Sánchez-Cuenca, P. Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?. **Enfermería Intensiva**. ISSN: 1130-2399. Vol.14, nº 3 (2003), p.109-119.

---

## **ANEXO X**

Autorização da Enfermeira Chefe para a realização do questionário aos enfermeiros

À Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Chefe Teresa Carneiro  
Unidade de Urgência Médica do  
Hospital São José, EPE

**Assunto:** Pedido para Aplicação de Questionários à equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Médica (UUM), no âmbito do Projecto de Estágio, onde será desenvolvida a temática “a família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos”.

Daniel Lanzas Martin, aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do ICS, Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a autorização para a aplicação de um questionário, aos Enfermeiros deste serviço, no âmbito do Projecto de Estágio. O Ensino Clínico na UUM está a ser orientado pelo Sr. Enf.º Paulo Baltazar, e coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Paula Batista, da Universidade Católica.

Pretendo realizar o diagnóstico das necessidades da equipa relativamente às necessidades do familiar do doente internado em UCI.

Para a elaboração do questionário foi definido o seguinte objectivo:

- Conhecer a opinião da equipa de enfermagem sobre as necessidades dos familiares dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos.

Os dados obtidos da aplicação do questionário serão submetidos a análise de conteúdo; tratados de forma confidencial e anónima, e os resultados serão divulgados à equipa através de uma acção de formação e, posteriormente, se necessário, serão sugeridas estratégias de mudança.

O consentimento informado que se encontra em anexo, será respeitado e ficará sob responsabilidade dos responsáveis pelo questionário.

Agradeço desde já a vossa atenção.

Pede deferimento

Discente: Enf.º Daniel Lanzas

Docente: Prof.<sup>a</sup> Paula Batista

Lisboa,

Maio de 2010

---

## **ANEXO XI**

Termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes

**Termo de Consentimento livre e esclarecido para participação no estudo  
“A família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos”**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado/a que se encontra a decorrer neste Serviço um questionário que visa conhecer a opinião dos enfermeiros da UUM, sobre as necessidades dos familiares dos doentes internados na unidade.

Fui informado/a sobre o conteúdo, procedimentos e objectivos. Foi-me dada a oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas tendo estas sido clarificadas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a minha participação ou não no questionário. Assim sendo, aceito colaborar no mesmo respondendo, de forma anónima.

Foi-me dada a garantia de que todos os dados por mim fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima, aquando da divulgação dos resultados do estudo.

Data: \_\_/ \_\_/ \_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Responsáveis pelo estudo:

Enf.º Daniel Lanzas (Aluno do Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do ICS, Universidade Católica)

Docente: Profª. Paula Batista.

---

## **ANEXO XII**

Questionário: “A família do cliente internado na Unidade de Cuidados Intensivos”

## **Questionário: “A família do doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos”.**

O presente questionário pretende conhecer a sua opinião, enquanto enfermeiro da UUM, sobre as necessidades dos familiares dos doentes internados na unidade.

A participação é voluntária, e está livre de retirar-se do mesmo em qualquer momento.

**O questionário não tem respostas certas ou erradas**, apenas se solicita que o seu preenchimento seja o mais sincero possível. A sua participação é muito importante. Por favor, seja sintético ao responder às questões e faça uma letra legível. Os dados fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima, aquando da divulgação dos resultados.

Por Favor, devolva o Questionário ao Enf. Chefe de Equipa, ao Enf. Paulo Baltazar ou ao Estudante da Especialidade, Daniel Lanzas Martin

A folha de consentimento pode entregar fora do envelope, para garantir o anonimato.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Responsáveis pelo questionário:

Enf.º Daniel Lanzas (Aluno do Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do ICS, Universidade Católica)

Docente: Prof.ª Paula Batista.

As unidades de cuidados intensivos caracterizam-se por serem o local mais adequado para a prestação de cuidados a doentes agudos com disfunção ou falência orgânica potencialmente reversível, mas também, é visto como um ambiente altamente agressivo e hostil, apetrechado de equipamento altamente tecnológico. O internamento numa unidade com estas características constitui uma situação imbuída de stress para o doente e sua família, não só pela gravidade da doença, mas também pela perda da autonomia, dependência da equipa de saúde, desequilíbrio na estrutura familiar ou pela dificuldade na comunicação entre o doente e os seus familiares. Tradicionalmente, a família era colocada em segundo plano, sendo o doente, em estado crítico, o foco do atendimento para os profissionais que lá trabalham. No entanto, a família ocupa um papel de grande relevância na recuperação do doente.

## Variáveis demográficas

1. Género:    Feminino             Masculino

2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

3. Experiência profissional (em anos):

---

4. Experiência profissional na área de Cuidados Intensivos (em anos):

---

## **Percepção dos enfermeiros face às necessidades da família do doente internado na UCI**

Enumere necessidades ou preocupações sentidas por si ou manifestadas pelos familiares dos doentes internados na UUM. Coloque por ordem de prioridade.

---

---

---

---

Que mudanças considera que seriam importantes introduzir para satisfazer as necessidades da família do doente internado na UUM?

---

---

---

---

Enumere as dificuldades em conhecer as necessidades dos familiares dos doentes internados na UUM

---

---

---

---

Na prestação de cuidados ao doente submetido a diálise (intermitentes ou contínuas), sente que a família tem outras necessidades face à execução da técnica dialítica?. Se sim, de que tipo?

---

---

---

---

Obrigado pela sua participação

---

## **ANEXO XIII**

Plano de sessão: “As necessidades dos familiares do cliente crítico internado numa UCI; percepção do enfermeiro”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA**

# **PLANO DA SESSÃO**

**As necessidades dos familiares do doente crítico internado numa UCI;  
percepção do enfermeiro.**

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin N° 192009045

**Sob Coordenação de:** Professora Patrícia Pontífice

**Sob tutoria de:** Professora Paula Batista

**Sob Orientação de:** Enf. Paulo Baltazar

Junho 2010

## PLANO DA SESSÃO

### **TEMA:**

**As necessidades dos familiares do doente crítico internado numa UCI; percepção do enfermeiro.**

### **OBJECTIVO GERAL:**

Conhecer a percepção do enfermeiro da UUM, sobre as necessidades dos familiares dos doentes internados na unidade

### **Grupo Alvo:**

Equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Médica do Hospital São José

**DATA:** 17 de Junho 2010.

**HORA:** 16h – 16:45h

**DURAÇÃO:** 45min

**LOCAL:** Unidade de Urgência Médica

### **FORMADOR:**

Enf.<sup>a</sup> Daniel Lanzas

<b>ETAPAS</b>	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>RECURSOS DIDÁTICOS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação</li> <li>- Contextualização do tema</li> <li>- Objectivos</li> </ul>	Expositiva	Data Show + Computador	5 min
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultados do Questionario</li> <li>- Discussão dos principais resultados com a literatura</li> </ul>	Expositiva	Data Show + Computador	30 min
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese dos principais Aspectos</li> <li>- Sugestões para a mudança</li> </ul>	Expositiva / Participativa	Data Show + Computador	5 min
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário Escala de Likert</li> </ul>	Participativa	Questionário Anónimo	5 min

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Através do presente questionário pretende-se saber a sua opinião sobre a Acção de formação que assistiu.

Perante as questões apresentadas, assinale uma X o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Insuficiente	Suficiente		Bom	Muito Bom
Excelente				

1. Considera que os objectivos da formação foram atingidos?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

2. Como classifica a utilidade da sessão de formação na contribuição da melhoria da qualidade dos cuidados?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

3. Foram abordados todos os conteúdos que considera importantes?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

4. Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na sessão?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

5. Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Relativamente à organização da acção de formação, como classifica os seguintes parâmetros?

6. Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

7. A duração da formação foi adequada?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

8. O horário foi adequado?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

9. Comentários e sugestões de melhoria.

---

---

Obrigado pela sua participação.

Daniel Lanzas – Aluno do Mestrado Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

---

## **ANEXO XIV**

Sessão de formação: “As necessidades dos familiares do cliente crítico internado numa UCI; percepção do enfermeiro”




UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **As necessidades dos familiares do doente crítico internado numa UCI; perspectiva do enfermeiro.**

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin N° 192009045  
**Coordenação :** Professora Patrícia Pontífice  
**Tutoria:** Professora Paula Batista  
**Orientação:** Enf. Paulo Baltazar  
17 Junho 2010




As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Unidade de cuidados intensivos

- Prestação de cuidados a doentes em estado crítico
- Facilitam a coordenação dos profissionais
- Ambiente altamente agressivo e hostil
- Restrita a familiares e amigos
- Dificulta a prática das relações afectivas e emocionais

(Betrinelli e Erdmann 2009)




As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Unidade de Urgência Médica

- Seis salas de cuidados intensivos com duas camas por sala
- Três salas de cuidados intermédios com oito camas
- Quarto isolamento com Pressão Positiva

Rácio Enfermeiro/doente:

- Segue as recomendações da Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos




As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Doente em situação crítica

- Instauração de uma doença grave e inesperada potencialmente reversível
- O papel da pessoa significativa como cuidador informal encontra-se alterado
- Perda de autonomia familiar como cuidador informal
- Dependência dos profissionais de saúde

(Torres e Morales 2004)




As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Doente em situação crítica

- Instabilidade na estrutura familiar
- Desestruturação nas actividades diária da família
- Dificuldades em lidar com a tomada de decisão
- Condiciona o aparecimento de ansiedade ou depressão

Morgon e Guirardello (2004); (Hidalgo, Vélez, Pueyo 2007); (Betrinelli e Erdmann 2009)




As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Profissionais de saúde

- Baseada na satisfação das necessidades do doente  
(Zaforteza, De Pedro, Gastaldo, Lastra, Sánchez-Cuenca 2003)
- A família em segundo plano com participação e  
autonomia variável

Torres e Morales (2004)



As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.


## Profissionais de saúde

- O enfermeiro devem facilitar e incentivar a participação familiar

Carta dos direitos dos doentes (artigo 13º)

- Cuidados de enfermagem devem integrar a unidade familiar
- Grande influencia na satisfação das necessidades

Hidalgo, Vélez, Pueyo (2007)

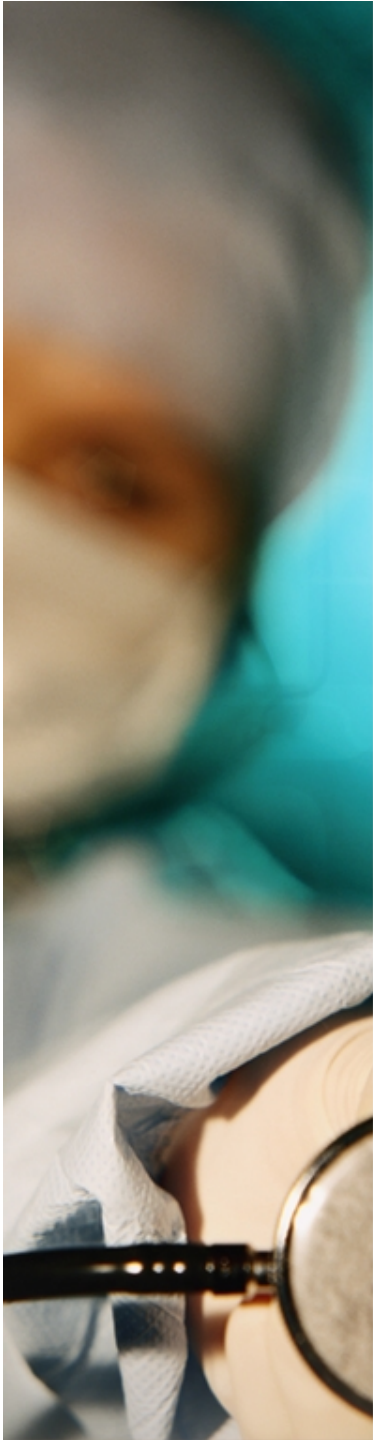


As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Necessidades dos familiares


- Informação;
- Redução da ansiedade;
- Sentir-se apoiado...

Daley (1984) citado por Plowright (1996)



## Justificação da temática


- O contexto de estágio, forneceu experiencias consideradas relevantes nas quais participei e outras que observei o agir de outros enfermeiros
- Parece importante fundamentar e reflectir sobre se a percepção do enfermeiro corresponde as necessidades sentidas ou manifestadas
- A literatura servirá de marco para a discussão dos resultados



As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Objectivo:


- Conhecer a percepção do enfermeiro da UUM, sobre as necessidades dos familiares dos doentes internados na unidade



As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Material e Método


- Autorização da Sra. Enfermeira Chefe
- Consentimento livre e esclarecido
- Universo: 53 enfermeiros/5 equipas
- Critérios de exclusão: Exp. Prof. < a 3 anos
- Amostra: 17 enfermeiros
- Amostragem: aleatório simples



As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Material e Método

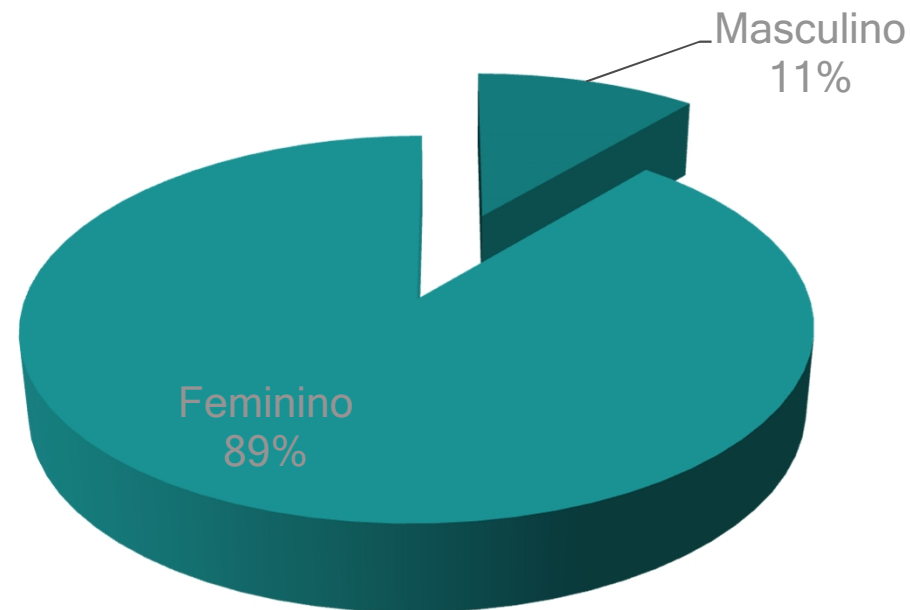
- Instrumento: Questionário perguntas abertas
- Análise: estatístico e análise conteúdo
- Taxa resposta: 52.9%.




As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Resultados: Variáveis demográficas

Gráfico 1.- Distribuição por género

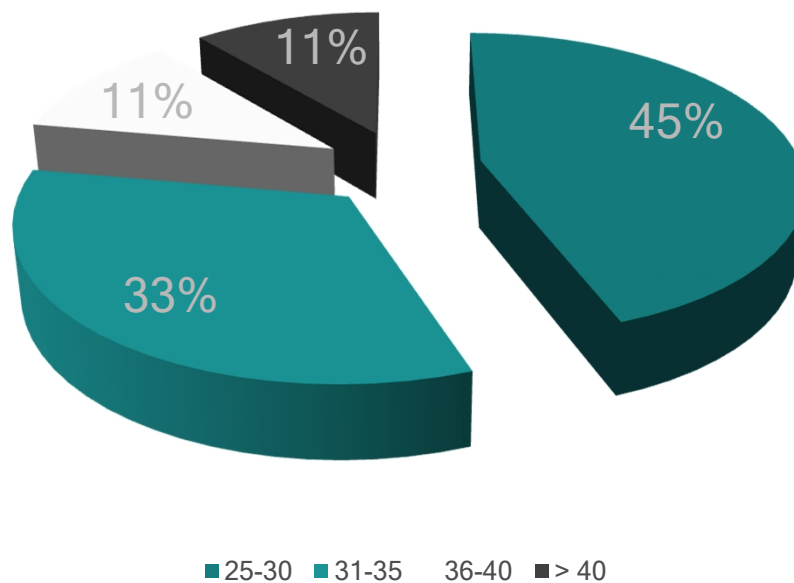





As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Resultados: Variáveis demográficas

Gráfico 2.- Distribuição por idades em anos

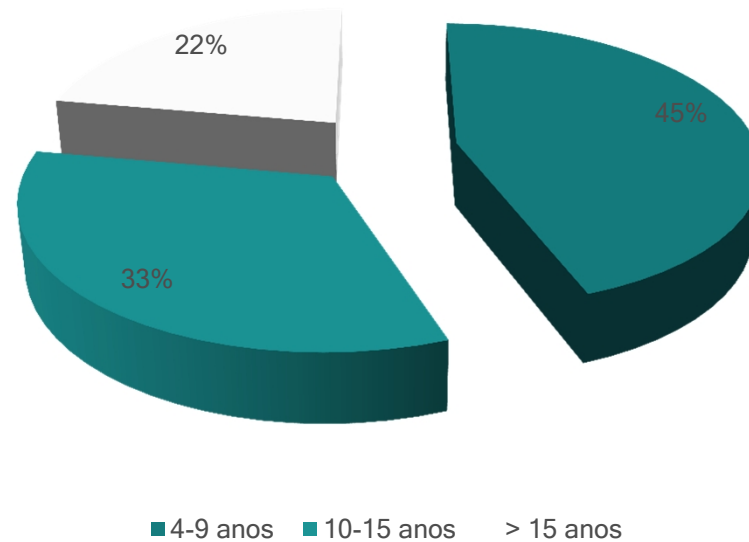





As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Resultados: Variáveis demográficas

Gráfico 4.- Distribuição por experiência profissional

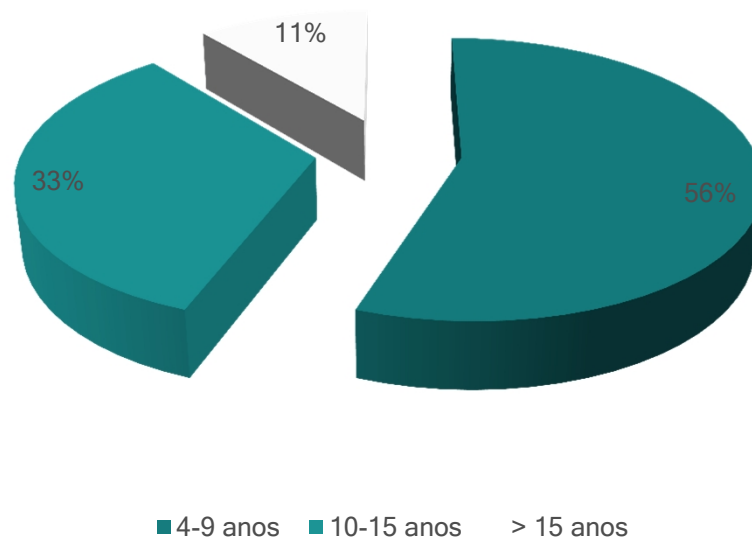


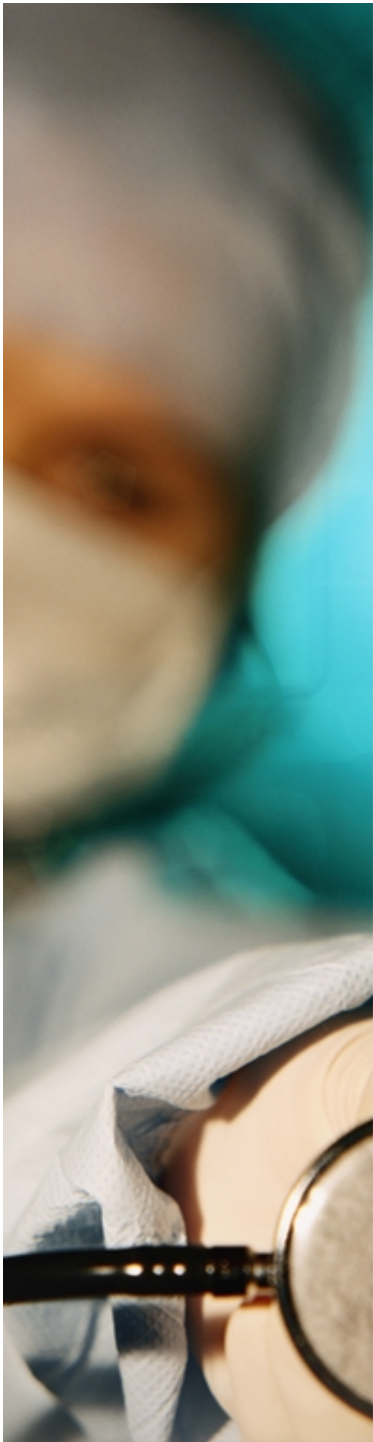


As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.


## Resultados: Variáveis demográficas

Gráfico 4.- Distribuição por experiência profissional em cuidados intensivos





CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Significação	Nº
Necessidades dos familiares	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Necessidade de informação</u></li><li>• Dificuldade na comunicação</li><li>• Apoio emocional</li><li>• Participação nos cuidados</li><li>• Visitas</li></ul>	<p>Médica (A1,B1, D1, E1, I1)</p> <p>Enfermagem (A1, D1, E1, I1)</p>	<p>4</p> <p>4</p>

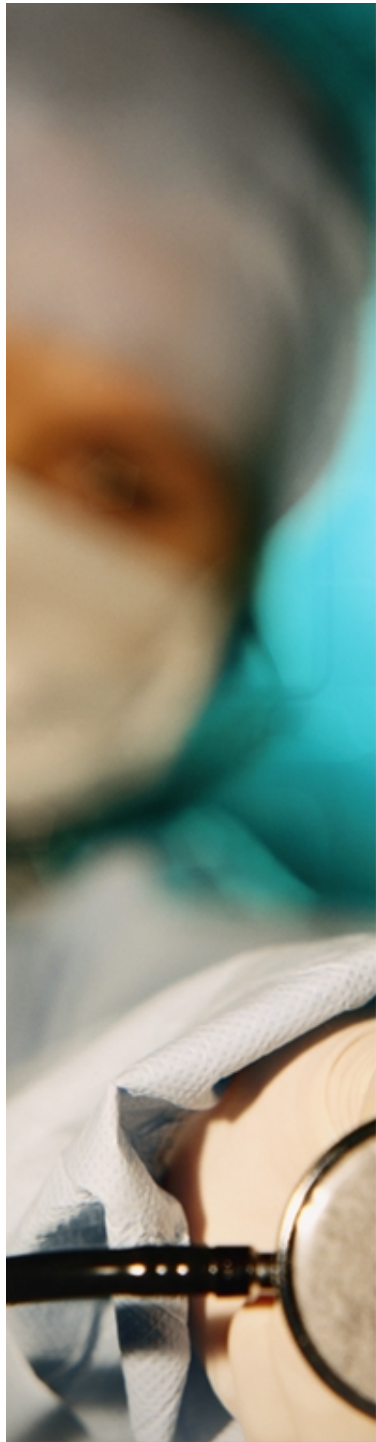


As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.


## Discussão dos principais resultados

### Relacionadas com a informação

- A falta de informação ocasiona incerteza e ansiedade no familiar  
Maruiti e Galdeano (2007)
- O familiar espera do enfermeiro informações sobre o equipamento e alterações significativas no estado do doente  
(Plowright 1996)
- Trabalho *“As necessidades dos familiares dos doentes internados numa UCI”*  
(Torrão, Tormenta, Pinto 2003)



CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Significação	Nº
Mudanças nos cuidados	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="936 347 1447 387">• Horário das visitas</li><li data-bbox="936 499 1447 699">• <u>Participação da família nos cuidados</u></li><li data-bbox="936 810 1447 930">• Formação dos profissionais</li><li data-bbox="936 1042 1447 1161">• Comunicação/ informação</li><li data-bbox="936 1273 1447 1313">• Segurança</li><li data-bbox="936 1425 1447 1465">• Acolhimento</li></ul>	Permitir os familiares prestar alguns cuidados (higiene, alimentação, vestuário do doente) (A2, B2, F2, I2)	4



As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.


## Discussão dos principais resultados

Relacionadas com a mudança nos cuidados

- *“Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada”*

Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro

“Acompanhamento familiar em internamento familiar”



As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Discussão dos principais resultados

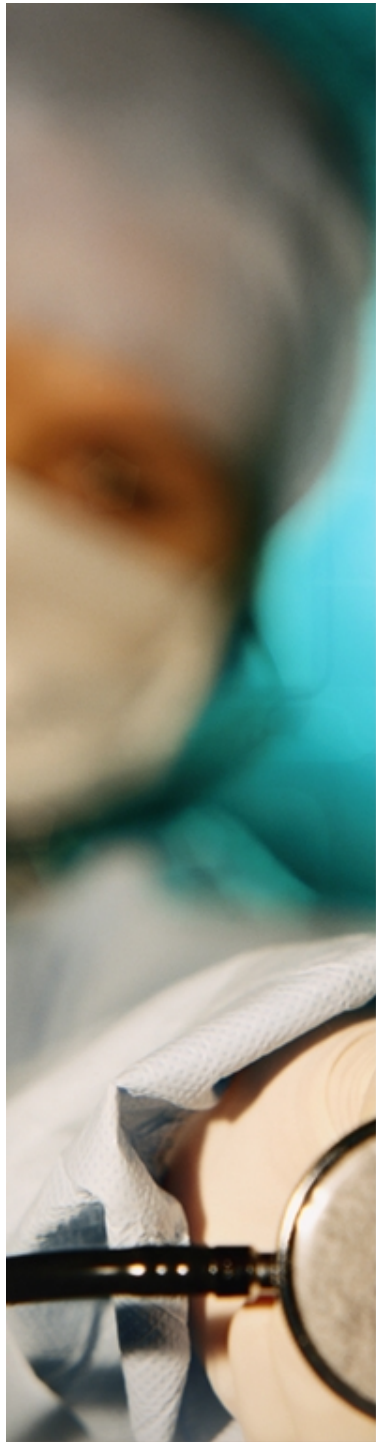
Relacionadas com a mudança nos cuidados

- Participação familiar normalizada mediante definição de critérios


Torres e Morales (2004, p.21)

- Os familiares mais próximos devem ter livre acesso ao doente

Curry (1995)



CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Significação	Nº
Dificuldades em conhecer as necessidades dos familiares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Duvidas dos familiares</li></ul>	Ansiedade dos familiares (E3, F3, I3)	3
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificuldade em falar com a família</li></ul>		
Dificuldades em conhecer as necessidades dos familiares	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Relação terapêutica</u></li></ul>	Falta de tempo (G3, I3, H3)	3
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicação</li></ul>		
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participação familiar</li></ul>		




As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Discussão dos principais resultados

Relacionadas com o estabelecimento de uma relação terapêutica

- A patologia do doente admitido na unidade, comporta uma grande complexidade de cuidados
- A importância atribuída a manter a estabilidade hemodinâmica do doente crítico, pode descuidar as necessidades dos familiares

(Mauriti e Galdeano 2007, p. 41)



As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Discussão dos principais resultados

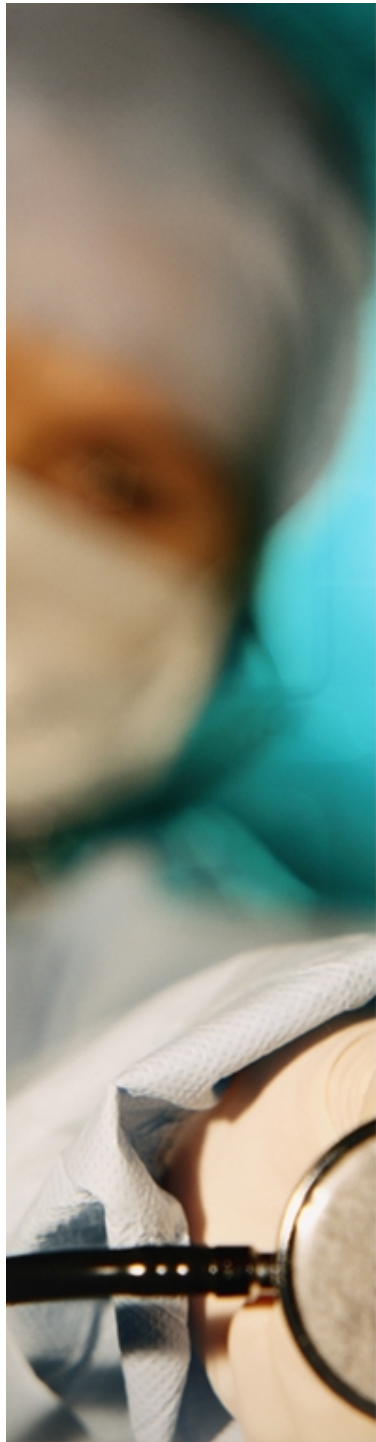
Relacionadas com o estabelecimento de uma relação terapêutica

- Reconhecimento do dever de cuidar dos familiares apesar das suas ocupações profissionais e das limitações de tempo


Curry (1995, p.30)

- A prática reflexiva pode contribuir à consciencialização, autocrítica e auto-apreciação da praxis profissional

(Delgado, Sola, Mirabete, Torrents, Blasco, Barrero, Catalã, Mateos, Quintero 2001, p.123-4)



CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Significação	Nº
Necessidades dos familiares do doente em diálise	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="952 523 1498 831">• <u>Informação sobre o funcionamento / finalidade do tratamento</u></li><li data-bbox="952 1043 1498 1177">• Sem necessidades adicionais</li></ul>	Perceber em que consiste a técnica (A4, D4, F4, I4, H4)	5




As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Discussão dos principais resultados

Relacionadas com o doente em diálise


- O monitor pode resultar estranho e ser fonte de stress para o familiar sem experiência nesta área;
- Adequar a informação á capacidade de compreensão
- Avaliação posterior da sua compreensão



As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Principais conclusões

- O enfermeiro deve ser facilitador da comunicação
- Capaz de ultrapassar dificuldades
- Reconhecer a família como parte integrante dos cuidados
- O familiar do doente em diálise apresenta necessidades adicionais que não devem ser desatendidas
- Prática reflexiva como dinamizador da mudança



As necessidades dos familiares  
do doente crítico  
internado numa UCI;  
perspectiva do enfermeiro.

## Sugestões para a mudança

Folha de avaliação inicial de enfermagem

Promoção da participação do familiar no cuidado

- Definir critérios de participação familiar
- Acesso livre ao doente
- Doentes crónicos?

Reuniões multidisciplinares com os familiares

- Partilhar experiencias dos familiares
- Temas comuns a todos os doentes



# Obrigado

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin N° 192009045  
**Coordenação :** Professora Patrícia Pontífice  
**Tutoria:** Professora Paula Batista  
**Orientação:** Enf. Paulo Baltazar

---

## **ANEXO XV**

As necessidades dos familiares do cliente crítico internado numa UCI; percepção do enfermeiro: avaliação da formação

## Apresentação dos dados obtidos com a avaliação da formação.

Assistência 12 enfermeiros: 22,6%

1. Considera que os objectivos da formação foram atingidos?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	2	16,6%
Muito Bom	7	58,4%
Excelente	3	25%

2. Como classifica a utilidade da sessão de formação na contribuição da melhoria da qualidade dos cuidados?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	2	16,6%
Muito Bom	10	83,4%
Excelente	0	0%

3. Foram abordados todos os conteúdos que considera importante?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0%
Muito Bom	10	83,4%
Excelente	2	16,6%

4. Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na sessão?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	2	16,6%
Muito Bom	9	75%
Excelente	1	8,4%

5. Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	2	16,6%
Muito Bom	7	58,4%
Excelente	3	25%

Relativamente à organização da acção de formação, como classifica os seguintes parâmetros?

6. Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0%
Muito Bom	5	41,6%
Excelente	7	58,4%

7. A duração da formação foi adequada?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	3	25%
Muito Bom	7	58,4%
Excelente	2	16,6%

8. O horário foi adequado?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0%
Muito Bom	7	58,4%
Excelente	5	41,6%

9. Comentários e sugestões de melhoria:

Não foram realizados comentários.

---

## **ANEXO XVI**

Carta de Alta/Transferência de Enfermagem nos procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** | INSTITUTO DE  
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDICO CIRÚRGICA**

# **Carta de Alta/Transferência de Enfermagem nos procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise**

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin Nº 192009045

**Sob Coordenação de:** Professora Patrícia Pontífice

**Sob tutoria de:** Professora Paula Batista

**Sob Orientação de:** Enf. Esp. Gregório Labisa

**Sintra, Novembro de 2010**

## Conteúdo

Introdução	4
A Doença Renal Crónica	5
O Acesso Vascular para Hemodiálise.	6
A importância do registo de enfermagem para a continuidade de cuidados	7
Organização da informação contida na folha de alta/transferência de enfermagem	9
Objectivo	10
Metodologia	10
Material e Método	10
Apresentação dos Resultados	10
Variáveis demográficas	10
Análise de conteúdo	11
Categorias e subcategorias	12
Discussão e conclusões	16
Bibliografia	18

## **Lista de siglas**

AESOP – Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portugueses

BO – Bloco Operatório

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

DRC – Doença Renal Crónica

FAV – Fistula Arterio-Venosa

HSC – Hospital Santa Cruz

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PTFE – Politetrafluoroetileno

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TSFR – Terapêutica substitutiva da Função Renal

## **Introdução**

Reconhecer a relevância do HSC no que respeita à construção de acessos vasculares para hemodiálise, a larga experiência em cirurgia cardíaca e transplante renal, foi determinante na escolha do BO como contexto ideal para desenvolver competências como enfermeiro especialista. Durante a prestação de cuidados no período perioperatório, colaborei com o enfermeiro orientador na transferência do doente para a unidade de internamento, descrevendo à enfermeira o procedimento realizado e os cuidados pós-cirúrgicos.

Adoptando o doente renal como fio condutor do projecto, procurei direccionar a minha intervenção como enfermeiro especialista na abordagem deste tipo de doentes. Em colaboração com o enfermeiro orientador, mediante a observação participativa, pude evidenciar que a maior parte dos procedimentos cirúrgicos relacionados com a construção e manutenção de acessos vasculares para hemodiálise eram realizados sob anestesia local ou mediante bloqueio do plexo braquial. Verifiquei que eram poucos doentes em que o anestesista decidia instaurar uma anestesia geral para a cirurgia de acesso vascular. Ou seja, a maior parte das cirurgias eram em ambulatório, sendo o período pós-operatório breve, tendo o utente alta poucas horas depois. Desde a minha experiência como enfermeiro de hemodiálise é hábito nestes doentes, no retorno ao centro, trazerem uma carta de alta médica com o tipo de intervenção e a data de retirada dos pontos. Muito raramente trazem uma carta de alta/transferência de enfermagem que permita ao enfermeiro de hemodiálise dar continuidade aos cuidados iniciados no BO com a construção ou revisão do acesso vascular.

Desta forma, identifiquei a necessidade de implementar uma folha de alta/transferência de enfermagem no BO que garanta a comunicação entre os enfermeiros envolvidos no cuidado deste tipo de doente e assegure a continuidade de cuidados. Assumindo a complexidade das cirurgias realizadas neste serviço, a validação com o enfermeiro orientador da necessidade identificada foi determinante no sentido de direccionar a minha intervenção para o grupo de doentes submetidos a cirurgia relacionadas com acessos vasculares para hemodiálise. A proposta contida neste trabalho visa a criação de uma folha de alta/transferência em enfermagem nos procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise, tendo com substrato a opinião dos enfermeiros do BO, o serviço de hemodiálise hospitalar e um centro de hemodiálise periférico.

## **A Doença Renal Crónica**

Segundo Ramos (1997, p.27) define a DRC como “...um síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal”. Ou seja, ocorre a perda de nefrónios ao longo do tempo (normalmente anos), devido à existência de processos patológicos que causam a lesão irreversível do tecido renal (Chalmers, 2002, p.57). Por este motivo, o rim torna-se incapaz de manter a homeostase do organismo. Todavia, existe a retenção de substâncias tóxicas produto do metabolismo celular e sobrecarga hídrica que, por não ser corrigida, pode causar a morte do doente. Na DRC, para além do fracasso da função excretora do rim, ocorrem igualmente alterações nas funções reguladoras e endócrinas (Guajardo e Botella, 1997, p.831). De acordo com García e Griñó (1996, p.892) as modalidades de diálise constituem actualmente as opções terapêuticas para as pessoas com DRC em fase terminal, pois permitem a sobrevivência e vida activa dos doentes. Porém, apenas suprem parcialmente a função excretora e reguladora. O transplante, como defendem estes autores, é a única alternativa que restitui todas as funções do rim, incluindo a função endócrina (idem). Segundo dados do Gabinete de Registo da SPN<sup>1</sup>, o total de doentes com TSFR em 2009 era de 16011 pessoas, dos quais 2548 iniciaram diálise durante esse ano.

Os avanços na área científica e técnica, aplicados à medicina, permitem oferecer ao doente com alteração dos processos nefrológicos, um tratamento substitutivo seguro e com uma alta tolerância. As diversas variantes deste tipo de tratamento facilitam uma escolha adequada às necessidades específicas de cada indivíduo. Salvo raras excepções, não existe limitação para incluir um doente numa modalidade de diálise, que em outras épocas eram consideradas contra-indicações (Andreu e Force 2001, p.36).

A hemodiálise, a hemodiafiltração e a diálise peritoneal constituem as principais modalidades de diálise utilizadas nos dias de hoje. A tabela 1 retrata a realidade Portuguesa dos doentes renais em diálise no 2009 (dados recolhidos das SPN<sup>1</sup>). Por ser a hemodiálise a mais utilizada, e para simplificar a leitura, o termo faz referência a ambas.

---

<sup>1</sup> Dados recolhidos do Gabinete de Registo da SPN, disponível em: [http://www.spnefro.pt/comissoes\\_gabinetes/gabinete\\_de\\_registo\\_DRT.asp](http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/gabinete_de_registo_DRT.asp)

Modalidade de diálise		Doentes prevalentes
Hemodiálise	Alto fluxo	5307
	Baixo Fluxo	761
Hemodiafiltração		3574
Diálise peritoneal		571

Tabela 1.- Doentes em tratamento substitutivo da função renal em 2009. Gabinete de Registo da SPN.

### **O Acesso Vascular para Hemodiálise.**

Na hemodiálise, uma bomba mecânica, controlada electronicamente pelo utilizador, impulsiona continuamente o sangue através do circuito extracorporeal para o dialisador. O filtro de diálise é o principal responsável pela remoção dos produtos tóxicos resultantes do metabolismo e a eliminação do excesso de líquidos. Thomas (2005, p. 187) refere que o êxito da hemodiálise depende quase inteiramente de um acesso vascular que permita um fluxo de sangue adequado através do dialisador. Esta autora classifica os tipos de acesso vascular em duas categorias:

- O acesso percutâneo incluindo todo os tipos de cateteres centrais, que podem ser temporários ou permanentes;
- As FAVs e enxertos arteriovenosos.

Na opinião de Besarab e Raja (2003, p. 69), a hemodiálise é normalmente um tratamento prolongado no tempo pelo que necessita um acesso vascular que reúna uma série de características específicas: permitir um fluxo de sangue adequado, duradouro e com uma baixa taxa de complicações. Em termos práticos, o acesso vascular deve atingir fluxos de sangue entre os 200 e os 600 – 800 ml/min, ser resistente sendo possível inserir duas agulhas, normalmente, calibre 16G ou 15G no mínimo três vezes por semana e sem grandes complicações durante o tempo de utilização (que pode oscilar entre meses e anos). Para estes autores, a FAV autóloga constitui o acesso vascular para hemodiálise mais seguro e de maior duração (Besarab e Raja 2003, p. 86). No entanto, quando a rede vascular do doente não permite a criação de uma FAV, o cirurgião pode decidir implantar um enxerto. Segundo Thomas (2005, p. 192), Besarab e Raja (2003, p. 88), a maioria dos enxertos são de origem sintética, sendo o PTFE o mais amplamente utilizado por oferecer um rendimento superior em comparação com outros tipos de enxertos.

A construção da FAV ou a implantação do PTFE deve realizar-se em ambiente cirúrgico. No caso da FAV, o cirurgião anastomosa deliberadamente uma artéria a uma veia adjacente. Em consequência, o sangue da artéria é desviado forçosamente

para a veia e circulando em direcção retrógrada. Ocorre um espessamento e dilatação das paredes da veia secundário ao fluxo e a alta pressão. Uma vez estabelecido o processo, pode-se alcançar fluxos de sangue entre os 800 e 1000 ml/min. (Thomas 2005, p. 187). De acordo com Besarab e Raja (2003, p. 86), a FAV radio-cefálica na região do pulso e a FAV braquio-cefálica na região da flexão do cotovelo são os dois tipos mais frequentemente realizados. Em relação ao enxerto, a anastomose realiza-se da mesma forma que na FAV e podem ter uma configuração rectilínea ou em ansa dependendo das características específicas de cada doente (Besarab e Raja (2003, p. 86).

Em relação às complicações dos acessos vasculares (FAV e enxerto) Besarab e Raja (2003, p. 91) afirmam que são a causa mais frequente de hospitalização. As complicações que podem necessitar de cirurgia podem ser: a estenose, a trombose, a isquémia ou o edema da extremidade do acesso e o pseudoaneurisma.

### **A importância do registo de enfermagem para a continuidade de cuidados**

O cuidado de enfermagem deve garantir altos níveis de responsabilidade e competência, independentemente do profissional e do contexto onde estes sejam realizados, contribuindo para a continuidade evitando a sua fragmentação (Rodrigues, 2004, p. 13). Esta afirmação vai ao encontro do exposto no Artigo 4º, da Carta dos Direitos dos Doentes Internados, onde enuncia que o doente tem direito à continuidade de cuidados.

A Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portugueses (AESOP) (2006, p.107) define a Enfermagem Perioperatória como *“o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza, segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado”*. (AESOP 2006, p.107). Neste sentido, Moita, Nunes Costa e Silva, Soveral e Potra (2007, p.14) relacionam os registos com o domínio de um “core” de conhecimentos científicos e técnicos. Para estas autoras, o registo de enfermagem transmite a responsabilidade e natureza das intervenções dos enfermeiros e, simultaneamente, revela capacidade de análise, decisão, acção e avaliação nas diferentes situações. Por outro lado, Rodrigues (2005, p.6) defende o interesse do acesso ao trabalho desenvolvido por todos os elementos que intervêm nos cuidados de saúde. Daí, a importância do registo claro, preciso e conciso dos

cuidados de enfermagem prestados no BO assim como os resultados obtidos (idem, p7).

A Base XIII da Lei de bases da saúde, decreta, na alínea 2: *“Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações delas carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os doentes”*. Por outras palavras, para garantir uma articulação eficaz sem fragmentação dos cuidados de enfermagem, deve existir instrumentos que facilitem a comunicação.

Na opinião de Moita *et al.* (2007, p.14) a promoção da continuidade de cuidados representa a oportunidade para diminuir o esforço pessoal, social e económico para o doente e a sua família e a sociedade na prevenção de complicações e diminuição da incidência de internamentos. A articulação de diferentes equipas envolvidas no cuidado ao doente implica a formalização de suportes e circuitos de informação, recorrendo a uma linguagem comum, inerente à prática de enfermagem. Neste sentido, a carta de alta/transferência de enfermagem representa o meio de comunicação do enfermeiro perioperatório e contribui para uma melhor planificação e continuidade de cuidados com os diferentes níveis de cuidados de saúde. Promove a articulação de cuidados entre os cuidados de saúde hospitalares e os centros de hemodiálise e garante a reciprocidade e a confidencialidade da informação clínica relevante.

Segundo Sierra, Sayas, Famoso, Muños, Peiró, Garrigós, e Almela (2007, p.36), reconhecem a utilidade da folha de alta/transferência de enfermagem como elemento potenciador da coordenação entre serviços e como instrumento propulsor da autonomia, do reconhecimento social e profissional. Quanto ao seu conteúdo, Navarro, Haro e Orgiler (2004, p.65) advogam à missão deste documento como uma forma eficaz de compilar informação suficiente, actualizada, clara e precisa. Deste modo facilita que outros profissionais de enfermagem assumam, sem dificuldade, a responsabilidade do cuidado do doente e seja elemento coadjuvante na reavaliação das necessidades de cuidados de enfermagem. O registo na folha de alta/transferência de enfermagem garante a continuidade de cuidados, evita a incidência de erros de medicação e constitui um documento legal que proporciona uma percepção global do estado do doente (Sierra *et al.*, 2007, p. 38). Contudo, a informação contida deve utilizar uma linguagem que evite erros de interpretação, ou seja, omitir o uso de abreviaturas de uso não reconhecido. Na opinião de Olmo, Casas

e Mejías (2007, p.145) o uso de uma linguagem não reconhecida pode ser interpretado de forma diferente pelos enfermeiros e pode limitar a qualidade do registo como instrumento de comunicação entre níveis de cuidados de saúde.

Durante a experiência cirúrgica e anestésica do doente submetido a procedimentos relacionados com o acesso vascular para hemodiálise, atribui-se ao enfermeiro perioperatório a responsabilidade de garantir a continuidade de cuidados entre o Bloco e outros níveis de cuidados (a unidade de internamento, o serviço de hemodiálise hospitalar ou o centro privado), mediante a elaboração dum registo fiel e preciso, dos cuidados administrados no período perioperatório. Assumindo a carta de alta como um documento dinâmico e que implica reciprocidade, o enfermeiro de BO, deve disponibilizar um contacto para garantir que toda a informação foi transmitida de forma eficaz reduzindo o risco de fragmentação dos cuidados.

Resumindo as afirmações acima expostas a Ordem dos Enfermeiros (2003) determina que os registos de enfermagem representam: *“...o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compila as informações resultantes do diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro de prescrições de outros profissionais e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados...”*.

### **Organização da informação contida na folha de alta/transferência de enfermagem**

De acordo com os exemplos encontrados na literatura, no desenho do documento, utilizam o modelo de cuidados de Virginia Henderson como base para o seu desenvolvimento (Sierra *et al.*, 2007, p.36; Navarro, Haro e Orgiler, 2004, p.65). No entanto um estudo que analisa a carta de alta/transferência de enfermagem de 161 unidades de cuidados encontra outros desenhos de organização (Navarro, Orgiler e Haro, 2005, p.22). Estes autores, ainda reconhecem três métodos de recolha de dados: o método descritivo onde o enfermeiro pode escrever a informação que considera relevante, o método fechado onde apenas é possível validar os dados, e o misto com campos para validação de dados e escrita livre. No BO o desenho do documento deve fugir do modelo biomédico assegurando a continuidade de cuidados baseado num modelo de enfermagem. Por outro lado, na recolha de dados, resulta relevante a utilização de uma linguagem compreensível e evitar o uso de abreviaturas

não reconhecidas que facilitem a interpretação dos factos acontecidos no período perioperatório e assegurem a continuidade de cuidados.

### **Objectivo**

O objectivo deste trabalho visa identificar o conjunto de afirmações, que os enfermeiros de BO e hemodiálise consideram indispensáveis numa folha de alta/transferência de enfermagem, no doente submetido a procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise.

Por outro lado, pretende-se desenhar uma folha de alta/transferência de enfermagem nos procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise.

### **Metodologia**

#### **Material e Método**

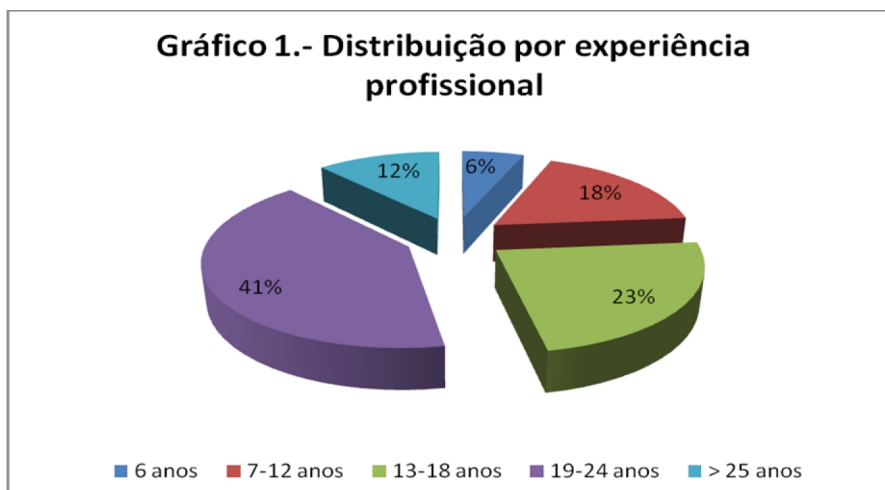
Foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo explicada por Laurence Bardin (2009, p. 121), para a abordagem do objectivo proposto. Foi desenhado um questionário com cinco questões fechadas e uma tabela de itens. Após ser validado pelo enfermeiro orientador, a tutora do estágio e uma enfermeira, foram eliminadas 3 questões fechadas e a tabela foi substituída por uma questão aberta. Foi solicitada autorização por escrito aos Srs. Enfermeiros Chefes do BO, do serviço de hemodiálise do HSC, serviço de hemodiálise de Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca e o Centro de Hemodiálise Amadora Sintra. O universo estava constituído por 80 enfermeiros, sendo excluídos aqueles com experiência profissional inferior a três anos na área específica. Assim, depois de obtido o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes no questionário, foram distribuídos um total de 20 questionários sendo o método de amostragem aleatório simples. A taxa de resposta foi de 85%.

### **Apresentação dos Resultados**

#### **Variáveis demográficas**

A amostra foi homogénea, sendo o 59% do género feminino. A média de idade dos participantes situa-se nos  $41,1 \pm 7,4$  anos.

Em relação a experiência profissional, o gráfico 1 mostra que o 41% dos inquiridos afirma ter entre 19 e 24 anos de exercício profissional como enfermeiro. Existe ainda uma grande fatia (23%) com prática profissional como enfermeiro entre 13 e 18 anos. A média é de  $18,4 \pm 6,6$  anos.



Por área de exercício profissional, a media para o BO é de  $9 \pm 4,0$  anos, para o serviço de hemodiálise hospitalar é de  $13,3 \pm 8,5$  anos e, por último, para o centro periférico de hemodiálise é  $14,6 \pm 5,0$  anos.

### **Análise de conteúdo**

Para a questão: **Entende a folha de alta/transferência de enfermagem como elemento necessário na história clínica do doente?** 100% da amostra respondeu afirmativamente.

Para a questão: **Considera que a folha de alta/transferência de enfermagem garante a continuidade de cuidados entre o bloco operatório e os centros de hemodiálise?** 82,3% da amostra respondeu afirmativamente, enquanto 17,7% respondeu que a folha de alta/transferência de enfermagem não garante a continuidade de cuidados entre o bloco operatório e os centros de hemodiálise.

### **Categorias e subcategorias**

A última questão do questionário pretende que o inquirido identifique a informação que considera indispensável numa folha de transferência de enfermagem, no doente submetido a procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise.

Depois da decomposição da questão proposta, resultaram três categorias e doze subcategorias. O quadro 1 sintetiza-as.

<b>Quadro 1. - Categorias e Subcategorias</b>	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Momento cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirurgia realizada</li><li>• Tipo de acesso vascular</li><li>• Ocorrências intraoperatórias</li><li>• Intervenientes</li></ul>
Medicação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antibioterapia</li><li>• Anticoagulante</li></ul>
Acesso Vascular	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desenho do acesso vascular</li><li>• Locais de punção</li><li>• Primeira punção</li><li>• Ferida cirúrgica</li><li>• Cuidados de enfermagem</li></ul>

Na categoria *Momento cirúrgico*, os participantes consideravam a cirurgia realizada, o tipo de acesso vascular, as ocorrências intraoperatórias, os intervenientes e os parâmetros vitais as informações mais relevantes.

<b>Quadro 2. - Subcategorias e unidades de significação para a categoria: Momento cirúrgico</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b> <b>Unidades de significação</b>	<b>Unidades de enumeração</b>
<b>Momento cirúrgico</b>	<b>Cirurgia realizada</b>	
	Revisão do acesso vascular (K1, M1,P1, Q1)	4
	Procedimento (A1, B1, D1, J1)	
	Cirurgia realizada (O1, P1)	4
	Data (A1, B1)	2
		1
	<b>Tipo de acesso vascular</b>	
	Tipo de acesso (D1, F1, H1, I1, M1, P1, Q1)	7
	<b>Ocorrências intraoperatórias</b>	
	Intercorrências (A1, G1, K1, O1)	4
	Complicações (B1, J1, L1, M1)	4
	Sinais vitais (F1, G1, P1)	3
	<b>Intervenientes</b>	
Nome do cirurgião (B1)	1	
Contacto do enfermeiro do bloco (K1)	1	

Na categoria *Medicação* surgiu duas subcategorias relacionadas: administração de antibioterapia e anticoagulação. Os enfermeiros inquiridos consideram importante a necessidade de conhecer se o doente pode ou não fazer heparina para a próxima diálise.

<b>Quadro 2. - Subcategorias e unidades de significação para a categoria: Medicação</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b> Unidades de significação	<b>Unidades de enumeração</b>
<b>Medicação</b>	<b>Antibióterapia</b> Fez ou não antibiótico (N2)	1
	<b>Anticoagulação</b> Pode ou não fazer heparina (N2, P2, Q1)	3

A última categoria que surgiu do questionário relaciona-se directamente com o *Acesso vascular*. Os inquiridos reconhecem como *muito importante* a presença de um desenho do acesso vascular construído, indicações específicas para a punção e os cuidados de enfermagem inerentes.

**Quadro 3.** - Subcategorias e unidades de significação para a categoria: Acesso vascular.

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b> Unidades de significação	<b>Unidades de enumeração</b>
<b>Acesso Vascular</b>	<b>Desenho do acesso vascular</b>	
	Desenho ilustrativo do acesso vascular (A3, C3, F3, H3, I3, L3, M3, Q3)	8
	Esquema Gráfico (K1)	1
	<b>Punção do acesso vascular</b>	
	Locais de punção (C3, F3, M3, N3)	4
	Indicações especiais (D3, K3)	2
	Área destinada a punção (H1, J3)	2
	Área a evitar (J3,)	1
	Quando puncionar (O3,)	1
	<b>Cuidados de enfermagem</b>	
	Retirada dos pontos da sutura (F3, H3, I3, L3, O3, Q3)	6
	Cuidados específicos com o acesso vascular (B3, E3, H3, J3)	4
Frequência de realização dos pensos (I3, L3, O3)	3	
Ensinos ao doente sobre o acesso vascular (J3)	1	

## **Discussão e conclusões**

Os resultados obtidos defendem a carta de alta/transferência de enfermagem como um elemento da história clínica do doente que tem como finalidade garantir a continuidade de cuidados entre o BO e a unidade de internamento, o serviço de hemodiálise hospitalar ou centro privado. A análise de conteúdo revela a opinião dos enfermeiros inquiridos quanto ao conteúdo do documento. Os elementos mais frequentemente relatados pelos participantes prendem-se com o tipo de cirurgia realizada, o tipo de acesso vascular construído, o desenho do mesmo e a data de retirada dos pontos. Outros elementos menos relatados mas igualmente indispensáveis relacionam-se com as intercorrências intraoperatórias, a possibilidade de administração de anticoagulante na próxima sessão de diálise ou a cirurgia realizada para a revisão do acesso vascular.

Com base nestes resultados, pretendeu-se desenhar uma folha que dê resposta as necessidades de todas as realidades auscultadas. O resultado foi a elaboração em Excel de um formulário com domínios onde existe possibilidade de escolha entre várias opções, campos de validação de opções e campos de resposta livre. Este documento tem como finalidade unificar critérios entre diferentes níveis de cuidados, garantido altos níveis de comunicação e assegurando a continuidade de cuidados dos doentes. A elaboração do documento nesta plataforma permite ao utilizador a possibilidade de inclusão no processo electrónico do doente e por outro lado facilita a circulação via e-mail do mesmo. A presença de poucos campos de escrita livre e outros que apresentam várias opções pré-estabelecidas diminui a possibilidade de utilização de terminologia não reconhecida que possa empobrecer a qualidade dos registos. Desde uma óptica legal, a folha de alta/transferência de enfermagem representa um documento que acompanha o processo clínico do doente (Olmo, Casas e Mejías, 2007, p.145) e serve de instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Moita *et al.*, 2007, p.13). Daí a importância em utilizar uma linguagem uniformizada para todos os profissionais.

A organização do conteúdo foi de acordo às categorias emergidas na análise de conteúdo tendo em conta o modelo de cuidados de Virginia Henderson. No contexto de BO, pode não ser possível a avaliação de uma ou várias necessidades, visto que o doente permanece por pouco tempo nesta área.

O próximo passo planeado foi validar a folha nos contextos, no sentido de implementar o documento. Como refere Navarro, Orgiler e Haro (2005, p.25) citando vários autores, a utilidade do documento deve ser avaliada pelos profissionais que a utilizam. Neste

sentido foi elaborado um procedimento para a carta de alta, com instruções relativas ao seu preenchimento. A apresentação à equipa de enfermagem do modelo de carta de alta/transferência de enfermagem juntamente com a norma de procedimento, favorece a validação e implementação da mesma.

A principal limitação encontrada no trabalho, relaciona-se com a representatividade dos resultados, unicamente aplicáveis na amostra estudada. De salientar, a heterogeneidade do grupo de estudo, sendo apenas 29,4% representativo do BO. Sugere-se que em próximos trabalhos deste cariz, a composição de uma amostra mais homogénea.

Com a implementação do documento adjunto, pretende-se sublinhar a importância dos registos de enfermagem e a necessidade da implementação de uma carta de alta/transferência de enfermagem nos procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise.

Com este trabalho, pode concluir-se que o tipo de cirurgia realizada, o tipo de acesso vascular, as intercorrências perioperatórias, o desenho do acesso vascular ou os cuidados de enfermagem relacionados com o acesso vascular, entre outras são, na opinião dos enfermeiros inquiridos, informações indispensáveis que garantem a continuidade de cuidados. O reconhecimento da importância dos registos de enfermagem facilita o desenho e implementação de uma carta de alta/transferência de enfermagem nos procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise. Ainda, possibilita a articulação entre os vários níveis de cuidados ao doente renal, a oportunidade de melhorar a comunicação entre os enfermeiros e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados de uma forma mais organizada, eficaz e sem duplicação de registos.

## Bibliografia

- ANDREU, L. Patología Renal. In: Andreu, L; Force, E. **500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal**. 2ª Edición. Barcelona. Masson, 2001. ISBN: 84-458-1082-0, p.171-187.
- Bardin, L. Análise de Conteúdo. 4ª Ed. Edições 70, LDA. Novembro 2009. ISBN: 978-972-44-1154-5.
- BESARAB, A; RAJA, R. Acesso vascular para la hemodialisis. In: Daugirdas, Blake, Ing, **Manual de diálisis**. 2ª Edição espanhola. Barcelona. Masson, 2003. ISBN: 84-458-1124-7, p.69-105.
- CAMBOTAS, Carla; FERREIRA, Deolinda; MARTINS, Maria Helena; PINHEIRO, Maria José; BILBAO, Mercedes; ROLA, Paula. Competências do enfermeiro perioperatório. In: Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas. **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos cuidados**. Loures: Ed. Lusodidacta, Lda. 2006. ISBN: 972-8930-16-X.
- Carta dos Direitos do Doente Internado. [Consult. 05 Maio 2010]. Disponível em: [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf)
- CHALMERS, C. Anatomia e fisiologia aplicadas e processo da doença renal. In: Thomas, N. **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª Edição. Loures. Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-85-1, p.29-77.
- GARCÍA, M; GRIÑÓ, J.M. Tratamiento sustitutivo de la función renal. In: Farreras Rozman. **Medicina Interna**. 13ª Edición en CD-ROM. Doyma, 1996. ISBN: 848174736X, p. 892-899.
- GUAJARDO, D; BOTELLA, J. Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica con hemodiálisis. In: Llach F, Valderrábano F. **Insuficiencia Renal Crónica**. 2ª Edición. Madrid: Ed. Norma SA, 1997. ISBN: 84-95062-22-4, p. 831-902.
- Lei 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. Diário da Republica 1ª Serie. Nº 195.(1990), p. 3452-3459. [Consult. 23 set. 2010]. Disponível em:[http://www.ers.pt/legislacao\\_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/lei-de-bases-da-saude-e-estatuto-do-servico/822864.pdf/view](http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/lei-de-bases-da-saude-e-estatuto-do-servico/822864.pdf/view)

- MOITA, A; NUNES, C; COSTA E SILVA, I; SOVERAL, M; POTRA, T. Nota de Alta/Transferência de Enfermagem. Retrato de uma prática. **Pensar Enfermagem**. ISSN: 0873-8904. Vol. 11, nº 2. (2º semestre 2007), p.12-24.
- NAVARRO, J; HARO, S; ORGILER, P; Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia. **Enfermería Intensiva**. ISSN: 1130-2399. Vol.14, nº 2 (2004), p.61-9.
- NAVARRO, J; ORGILER, P; HARO, S; Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis. **Enfermería Intensiva**. ISSN: 1130-2399. Vol.16, nº 2 (2005), p.62-72.
- OLMO, SM; CASAS, L; MEJÍAS, A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. **Enfermería Clínica**. ISSN internet: 1579-2013. Vol.17, nº 3 (2007), p.142-5.
- RAMOS A. Insuficiência renais crónicos; insuficiência renal aguda. In: Vários autores. **Edição da clínica de doenças renais**. Lisboa, 1997. Depósito Legal: 108 643/97, p.27-42.
- RODRIGUES, A. Registo intraoperatório: que utilidade na continuidade dos cuidados de enfermagem. **Revista AESOP**. ISSN: 0874-8128. Vol. VI, nº 16. (abril 2005), p. 6-10.
- RODRIGUES, MC. (In) existência de continuidade de cuidados ao doente cirúrgico entre serviços. **Revista AESOP**. ISSN: 0874-8128. Vol. V, nº 15. (dezembro 2004), p. 13-24.
- SIERRA, C; SAYAS, V; FAMOSO, MJ; MUÑOZ, A; PEIRÓ, A; GARRIGÓS, E; ALMELA, M. Continuidad de cuidados; alta de enfermería. **Enfermería en Cardiología**. ISSN: 1575-4146. Vol. XIV, nº 41. (2007), p. 35-40.
- THOMAS, N. Hemodiálise. In: Thomas, N. **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª Edição. Loures. Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-85-1, p.29-77.

---

## **ANEXO XVII**

Pedido de autorização para aplicação dos questionários

Ao Sr. Enfermeiro Chefe Miguel Ângelo Castro  
Bloco Operatório do Hospital de Santa Cruz.  
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental EPE

**Assunto:** Pedido para Aplicação de Questionários à equipa de enfermagem no âmbito do Projecto de Estágio, onde será desenvolvida a temática relacionada com a folha de transferência de enfermagem nos procedimentos cirúrgicos em acessos vasculares para hemodiálise.

Daniel Lanzas Martin, aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do ICS, Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a autorização para a aplicação de um questionário, aos enfermeiros deste serviço, no âmbito do Projecto de Estágio. O Ensino Clínico no BO está a ser orientado pelo Sr. Enf.º Gregório Labisa, e coordenado pela Prof.ª Paula Batista, da Universidade Católica.

Pretendo identificar a importância e utilidade do desenvolvimento de uma folha de transferência de enfermagem nos procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise.

Para a elaboração do questionário foram definidos os seguintes objectivos:

- Conhecer a opinião da equipa de enfermagem sobre a utilidade de uma folha de transferência de enfermagem nos processos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise.
- Identificar que informação é considerada indispensável, pelos enfermeiros do BO, na folha de transferência para este tipo de procedimento

Os dados obtidos da aplicação do questionário serão submetidos a análise estatística; tratados de forma confidencial e anónima, e os resultados serão divulgados à equipa e, posteriormente, serão sugeridas estratégias de mudança, mediante a proposta de uma folha de transferência.

O consentimento livre e esclarecido que se encontra em anexo, será respeitado e ficará sob responsabilidade dos responsáveis pelo questionário.

Agradeço desde já a vossa atenção.

Pede deferimento

Discente: Enf.º Daniel Lanzas

Docente: Prof.ª Paula Batista

Lisboa, Setembro de 2010

---

## **ANEXO XVIII**

Termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no  
Questionário**

**“Folha de transferência de enfermagem nos procedimentos cirúrgicos em  
acessos vasculares para hemodiálise”**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado/a que se encontra a decorrer neste Serviço um questionário que visa conhecer a opinião dos enfermeiros do Bloco Operatório ou serviço de hemodiálise. Pretende-se que identifique, que informação considera indispensável numa folha de transferência de enfermagem no doente submetido a procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise.

Fui informado/a sobre o conteúdo, procedimentos e objectivos. Foi-me dada a oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas tendo estas sido clarificadas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a minha participação ou não no questionário. Assim sendo, aceito colaborar no mesmo respondendo, de forma anónima.

Foi-me dada a garantia de que todos os dados por mim fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima, aquando da divulgação dos resultados do estudo.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Responsáveis pelo estudo:

Enf.º Daniel Lanzas (Aluno do Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do ICS, Universidade Católica)

Docente: Profª. Paula Batista.

---

## **ANEXO XIX**

Questionário: “Folha de transferência de enfermagem nos procedimentos cirúrgicos em acessos vasculares para hemodiálise”

## QUESTIONÁRIO

### “Folha de transferência de enfermagem nos procedimentos cirúrgicos em acessos vasculares para hemodiálise”

O presente questionário pretende conhecer a sua opinião, enquanto enfermeiro do Bloco Operatório ou Serviço de Hemodiálise, sobre a utilidade do desenvolvimento de uma folha de alta/transferência de enfermagem nos procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise.

A participação é voluntária, e está livre de retirar-se do mesmo em qualquer momento.

**O questionário não tem respostas certas ou erradas**, apenas se solicita que o seu preenchimento seja o mais sincero possível. A sua participação é muito importante. Por favor, seja conciso e faça uma letra legível. Os dados fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima, aquando da divulgação dos resultados.

Por Favor, devolva o Questionário ao Enf. Gregório Labisa ou ao Estudante da Especialidade, Daniel Lanzas Martin

A folha de consentimento pode entregar fora do envelope, para garantir o anonimato.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Responsáveis pelo questionário:

Enf.º Daniel Lanzas (Aluno do Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do ICS, Universidade Católica)

Docente: Prof.ª Paula Batista.

## Variáveis demográficas

1. Género: Feminino  Masculino

2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

3. Experiência profissional (em anos):

---

4. Área onde desenvolve a sua principal actividade profissional:

Bloco Operatório

Centro de Hemodiálise

Serviço de Hemodiálise hospitalar

5. Experiência profissional na área onde desenvolve a sua principal atividade profissional (em anos):

---

### Na sua opinião:

**6.- Entende a folha de alta/transferência de enfermagem como elemento necessário na história clínica do doente?**

Sim  Não

**7.- Considera que a folha de alta/transferência de enfermagem garante a continuidade de cuidados entre o bloco operatório e os centros de hemodiálise?**

Sim  Não



---

## **ANEXO XX**

Modelo de carta de alta/transferência em enfermagem nos procedimentos cirúrgicos em acessos vasculares para hemodiálise

Vinheta de Identificação

Bloco Operatório

Data: \_\_\_\_\_

## Carta de Alta / Transferência de Enfermagem

### 1.- Dados e antecedentes Pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Telefone de contacto: \_\_\_\_\_

Comunicação: - \_\_\_\_\_ Nivel de autoestima: - \_\_\_\_\_

Historia de alergias: \_\_\_\_\_

Centro de diálise: \_\_\_\_\_ Telefone de contacto: \_\_\_\_\_

### 2.- Cirurgia Realizada

Diagnóstico Pré-Operatório \_\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_ Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_

Construção de Acesso Vascular para HD: - \_\_\_\_\_ Localização: - \_\_\_\_\_

Membro: - \_\_\_\_\_

Formato da PTFE:  Ansa  Rectilínea  Outra: Especifique: \_\_\_\_\_

Arteria:  Radial  Humeral  Outra: Especifique: \_\_\_\_\_

Veia:  Cefálica  Basílica  Outra: Especifique: \_\_\_\_\_

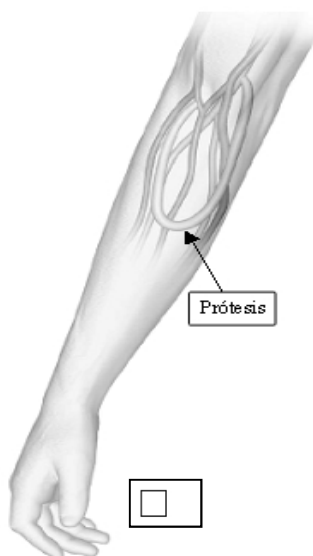
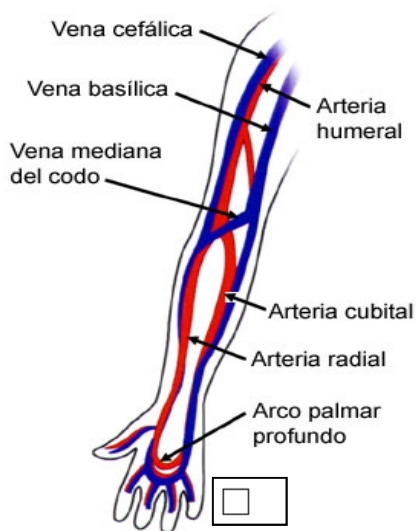
Revisão do Acesso Vascular actual: - \_\_\_\_\_ N° Revisão: \_\_\_\_\_

Intervenção realizada:  Tombectomia  Plastia  Outra: Especifique: \_\_\_\_\_

Interposição  Extensão  Outra: Especifique: \_\_\_\_\_

Oxigenação/circulação: Fc: \_\_\_\_\_ b/min Fr: \_\_\_\_\_ R/min T/A: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg SatO2: \_\_\_\_\_ %

Intercorrências: \_\_\_\_\_



### 3.- Medicação

Antibióterápia: -  De qué tipo:

Última toma no Bloco:  Próxima toma: -  Horário:

Anticoagulação na próxima diálise: -  Dosagem: -

### 4.- Cuidados de Enfermagem no Pós Operatório: Segurança e conforto

Frequência de pensos: -  Retirar Pontos:

Data Provavel da 1ª Punção:  Local: -

#### Autocuidado com o Acesso Vascular para Hemodiálise: Mobilização

- Manter o membro elevado para favorecer retorno venoso e diminuir o edema;
- Não retirar nem molhar o penso nas primeiras 24-48 horas;
- Não Realizar esforços com o membro do acesso vascular.

Contacto Bloco Operatório Hospital Santa Cruz:

Assinatura do enfermeiro responsável:

---

## **ANEXO XXI**

Procedimento para o preenchimento do modelo de alta/transferência em enfermagem nos procedimentos cirúrgicos em acessos vasculares para hemodiálise

## **Bloco Operatório do Hospital de Santa Cruz**

### **Procedimento para o preenchimento da carta de Alta/Transferência de Enfermagem em acessos vasculares para hemodiálise.**

- 1. Nome:** Carta de Alta/Transferência de Enfermagem
- 2. Âmbito:** Bloco Operatório
- 3. Pessoal Abrangido:** Enfermeiros

#### **4. PONTOS IMPORTANTES:**

4.1.- Este procedimento tem como objectivos:

- Assegurar a comunicação de toda a informação relevante no processo de alta / transferência;
- Assegurar a continuidade dos cuidados.

4.2.- A Carta de alta /transferência é efectuada a todos os doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos relacionados com acessos vasculares para hemodiálise, que sejam transferidas para serviços de internamento, que tenham alta para o domicílio ou serviços de hemodiálise hospitalar ou centros privados.

4.3.- O registo está informatizado sob a forma de formulário. Existem campos com opções preestabelecidas (escolha múltipla), itens e escrita livre e validação de opções.

4.4.- Os seguintes campos têm a possibilidade de escolha múltipla:

- Comunicação: alterada / não alterada
- Mobilização: alterada / não alterada
- Nível de auto-estima: calmo /colaborante /ansioso / triste;
- História de alergias: sim / não
- Construção de Acesso Vascular para hemodiálise: Fístula arteriovenosa, PTFE, CVC tunelizado;
- Localização: distal, proximal, braço, antebraço, jugular direita, jugular esquerda

- Membro: superior direito, superior esquerdo, inferior direito, inferior esquerdo;
- Revisão de acesso vascular actual: sim / Não;
- Antibioterapia: Sim / Não;
- Ultima toma: Sim / Não;
- Anticoagulação na próxima diálise: sim / não;
- Dosagem: Habitual / Reduzida
- Frequência de pensos: cada 24h / cada 48h / cada 72h;
- Local das punções: mesmos locais / locais novos

4.5.- Os seguintes campos tem a possibilidade de escrever:

- Nome
- História de alergias
- Centro de diálise
- Diagnóstico pré-operatório
- Cirurgião
- Cirurgia realizada
- Intercorrências
- Tipo de antibioterapia

4.6.- Os seguintes campos têm a possibilidade de colocar datas, horas ou números:

- Idade
- Telefone de contacto
- Número de revisão do acesso vascular;
- Registo de sinais vitais
- Ultima toma de antibiótico no Bloco Operatório:
- Próxima toma;
- Horário
- Retirar pontos
- Data provável da primeira punção

4.7.- Os restantes campos são campos de validação de opções.

4.8.- Para modificar algo já escrito deve seleccionar o campo respectivo e premir na seta correspondente para abrir a caixa com as opções. Nos campos de escrita livre, deve ter o cuidado de realizar o duplo clique com o rato no campo seleccionado e colocar o cursor na no texto que pretende modificar.

## **5.- SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:**

5.1.- O enfermeiro responsável pelo doente, deve preencher a folha;

5.2.- Após o preenchimento, deve gravar o documento mediante a opção:

- No Word 2003: deve utilizar o comando “**ficheiro → guardar como...**”.
- No Word 2007: deve clicar o **botão de Office**, seleccionar **guardar como** e seguidamente o **formato do Word 97-2003**.
- Em ambos casos, o título do documento deve constar a palavra “**ENF**”, para enfermagem e o **número de processo**, separados por uma barra baixa ou “**underscore**”. Por ex: A carta de Felipe Massa com o processo nº 123456 deverá ser guardada com o nome: ENF\_123456.

5.3.- Procede à impressão da mesma:

- Uma cópia se a transferência é interna;
- Duas cópias se alta ou transferência externa;

5.4.- Coloca a vinheta, data e assina no espaço respectivo;

5.5.- Uma cópia da Carta de Alta/Transferência de Enfermagem deve ser colocada no processo do doente;

5.6.- Em caso de transferência para o exterior, uma cópia da Carta de Alta / Transferência de Enfermagem acompanha o doente para ser entregue ao enfermeiro do centro de diálise ou serviço de diálise hospitalar.

---

## **ANEXO XXII**

Lista para contagens de stock e controlo de datas de validade  
aplicável à farmácia do BO

## Listagem para contagem stocks

### Bloco Operatorio

Código	Fármacos	Unid	Nível	Dia da semana		2ª F.-CCT		3ª F.-CG		4ª F.-CCT		5ª F.-CG		6ª F.-CCT	
				Validade		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
				Mais recente	Nova val.	C	R	C	R	C	R	C	R	C	R
10026641	Ac Aminocaproico 2500mg/10 ml Sol Inj IV	FR	10	Jan-13											
10074547	Ac Tranexamico 100mg/ml Sol Inj 5ml	FR	20	Dez-13											
10005580	Acetilcistaina 2000mg/ml Sol Inj 10ml IM IV	FR	10												
10035003	Adenosina 6mg/2ml Sol Inj 2ml IV	FR	10												
10067905	Adrenalina 1mg/1ml Sol Inj 1ml Icardiaca IM	FR	20	Abr-12											
10052718	Agua para Preparação Inject Sol Inj 10ml	Amp	30	Abr-13											
10000123	Albumina Humana 200mg/ml Sol Inj 50ml IV	FR	10												
10033810	Aminofilina 240mg/10ml Sol Inj 10ml IV	FR	20	Nov-11											
10012595	Amiodarona 150mg/3ml Sol Inj 3ml IV	FR	20	Set-11											
10051281	Ampicilina 500mg PO Sol Inj IV	FR	6												
10000461	Atropina 0,5mg/1ml Sol Inj 1ml IM IV SC	FR	100	Abr-12											
10073670	Azatioprina 50mg PO Sol Inj	FR	10	Mai-11											
10023054	Azitromicina 500mg PO Sol Inj IV	FR	6	Jan-12											
10005418	Aztreonam 1000mg PO Sol Inj IM IV	FR	6	Nov-11											
10087224	Azul Patenteado V 0,025mg/ml Sol Inj 2ml IV SC	FR	2	Set-11											
10082266	Benzilpenicilina Potassica 1 MUI PO Sol Inj IM IV	FR	30	Jan-11											
10060615	Bensilato de cisatracurio 2mg/ml Sol Inj 10ml IV	FR	20												
10035626	Bicarbonato Sodio 84 mg/ml Sol Inj 20ml IV	FR	50	Jul-12											
10031802	Brometo Vecuronio 4mg PO Sol Inj IV	FR	40												
10034531	Bupivacaina 20mg/4ml Sol Inj 4ml IV	FR	10												
10060775	Butilescopolamina 20mg/1ml Sol Inj 1ml IM IV	FR	6	Mai-11											
10031250	Cefazolina 1000mg PO Sol Inj IV	FR	10	Jul-13											
10007096	Cefoxitina 1000mg PO Sol Inj IV	FR	20	Mar-12											
10036660	Ceftazidima 1000mg PO Sol Inj IM IV	FR	10	Jun-11											

**Legenda:** Ampola (AMP); Frasco (FR); Seringa (SER); Contabilizados em falta (C.); Recebidos da Farmacia (R.); Cir. Cardio-torácica (CCT); Cir. Geral (CG)

Indicações: **Validade mais recente:** validar a data de validade mais recente existente no stock

**Nova Val:** colocar a nova data de validade (quando aplicavel)









---

## **ANEXO XXIII**

Fundamentação: Lista de verificação de segurança cirúrgica



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDICO CIRÚRGICA**

### **Lista de verificação de segurança cirúrgica**

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin Nº 192009045

**Sob Coordenação de:** Professora Patrícia Pontífice

**Sob tutoria de:** Professora Paula Batista

**Sob Orientação de:** Enf. Esp. Gregório Labisa

**Sintra, Novembro de 2010**

## Lista de Siglas

AESOP – Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portugueses

BO – Bloco Operatório

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

HSC – Hospital Santa Cruz

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

## Sumário

<b>1.- INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>2.- ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA</b>	<b>4</b>
<b>2.1.- Gestão do risco para o doente cirúrgico em Bloco Operatório</b>	<b>5</b>
<b>2.2.- Lista de Verificação de segurança ou “Check-list”</b>	<b>7</b>
<b>2.3.- Quem deve executar a verificação</b>	<b>8</b>
<b>2.4.- Como executar a verificação</b>	<b>9</b>
<b>2.5.- Papel do Enfermeiro perioperatório especialista.</b>	<b>9</b>
<b>3.- METODOLOGIA</b>	<b>10</b>
<b>3.1.- Planeamento da sessão de formação</b>	<b>10</b>
<b>3.2.- Indicadores de avaliação</b>	<b>10</b>
<b>4.- RESULTADOS</b>	<b>10</b>
<b>5.- CONCLUSÃO</b>	<b>11</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>12</b>

## **1.- INTRODUÇÃO**

O enfermeiro, no desenvolvimento das suas competências, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, doente ou saudável ao longo do ciclo vital; assim como ao grupo social onde se encontra integrado, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde tão rapidamente quanto possível (alínea 1 do Artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996).

De acordo com Bilbao, (2006, p.20) o Bloco Operatório (BO), é considerado “...*uma unidade orgânico – funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objectivos de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida. É constituído pelo conjunto de várias Salas de Operações ou Suites Operatórias reunidas numa mesma unidade imobiliária e que funciona de forma autónoma.*”

Para Pinheiro (2007, p.20), o BO representa mais da metade da actividade do hospital, constituindo entre 10 e 15% da despesa orçamental da instituição hospitalar. Assumindo que o BO funcione nove mil e seiscentas horas por ano, o custo é de 7,51 euros por sala por minuto.

## **2.- ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**

O enfermeiro que desempenha funções dentro do BO encontra-se inserido numa equipa multidisciplinar, denominada “equipa cirúrgica” (Atkinson, 1994, p.16). A equipa cirúrgica pode variar em número dependendo do tipo e complexidade da cirurgia e está composta por médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes operacionais, etc. Ainda (Atkinson, 1994, p.16) subdivide a equipa conforme as funções desempenhadas, assim encontramos:

- Equipa esterilizada:
  - Cirurgião
  - Ajudantes do cirurgião
  - Enfermeira instrumentista
- Equipa não esterilizada:
  - Anestesista
  - Enfermeiro circulante
  - Outros: técnicos, assistentes operacionais...

Tendo como finalidade dar resposta nas diferentes funções dentro da equipa cirúrgica, o enfermeiro deve adquirir conhecimentos que permitam uma maior compreensão da

realidade do doente e da sua família. A mobilização destes conhecimentos para a prática clínica, mediante uma prática reflexiva, facilita a aquisição e aperfeiçoamento de competências específicas. O desenvolvimento de tais capacidades confere a base para uma assistência de enfermagem avançada. Mediante a prática reflexiva, torna-se possível responder de um modo mais organizado, mais eficaz e mais eficiente às necessidades do indivíduo e da sua família no contexto de BO e sempre com vista na melhoria dos cuidados (AESOP, 2006, p.107). Esta afirmação, vai ao encontro da *alínea c*, do artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro, onde defende que o enfermeiro em todo acto profissional deve “...*manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias...*”. (OE, 2005, p.133).

Evocando a descrição das funções do enfermeiro perioperatório, a Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portugueses (AESOP) (2006, p.107) define a Enfermagem Perioperatória como “*o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza, segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado*”. Por outras palavras, o enfermeiro perioperatório deve mobilizar o “core” de conhecimentos específicos (adquiridos mediante processos formativos e experiências anteriores nas salas de cirurgia) de forma organizada e adaptada à função desempenhada no BO. Assim, as funções do enfermeiro perioperatório não se limitam apenas ao momento cirúrgico (circulação, instrumentação ou anestesia), mas estendem-se a fase pré, intra e pós operatória da experiência anestésica e cirúrgica do doente (AESOP, 2006, p.107).

Nesta perspectiva o enfermeiro perioperatório deve incluir, no desempenho das suas funções, um conjunto de acções sistemáticas orientadas para a avaliação pré-operatória das necessidades dos doentes cirúrgicos, planear o seu desenvolvimento e execução do plano de cuidados individualizado no período intraoperatório, e posteriormente no pós-operatório a reavaliação progressiva das respostas do doente, assim como os resultados esperados resultantes da intervenção do enfermeiro (Atkinson, 1994, p.90).

### **2.1.- Gestão do risco para o doente cirúrgico em Bloco Operatório**

No entanto o BO não é um lugar isento de riscos. Os avanços tecnológicos aplicados à medicina, a introdução de novos medicamentos, produtos e equipamentos, a média de

idade dos doentes cirúrgicos cada vez mais alta, o efeito da pressão assistencial existente, a qualidade da formação dos profissionais na área cirúrgica e a gestão de competências específicas são factores determinantes para afirmar que existem riscos potenciais elevados para os doentes e para os profissionais (Hilarión, 2010, p.2; Martins e Pinheiro, 2006, p.63).

Nesta linha de pensamento, a Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica relativa às atribuições do enfermeiro circulante (OE 2005, p.359), enuncia que o BO é uma unidade onde se concentram riscos de diversa ordem, devido à especificidade de cuidados prestados. A manutenção e segurança do ambiente cirúrgico, resulta no conjunto de intervenções que garantem a observância de todas as medidas ambientais e de segurança, quer para o doente como para o profissional de saúde (Idem).

Na opinião de Pinheiro (2007, p.21), o conceito dos cuidados de enfermagem perioperatório, estão intimamente relacionados com o conceito de segurança. Para esta autora (idem), a segurança abrange “segurança moral e mental”, “segurança fisiológica e física” e “segurança nos cuidados de enfermagem”.

Para garantir a segurança dos profissionais e do doente no BO é fundamental definir uma política proactiva de gestão do risco. Uma actividade partilhada entre a instituição e cada funcionário. Cabe à primeira, a responsabilidade de promover um ambiente seguro em termos de riscos e perigos; para os segundos compete a responsabilidade de conhecer os riscos a que está sujeito de modo a contribuir para sua prevenção e minimização. Ou seja, a política de gestão de risco deve interferir no ambiente de forma a identificar, controlar, minimizar prevenir e avaliar os riscos (Pinheiro, 2007, p.21).

Desta forma, Martins e Pinheiro (2006, p.61) definem os objectivos a atingir pela política de gestão do risco:

- Eliminar ou minimizar os riscos para os doentes e profissionais;
- Garantir o máximo de condições de segurança de pessoas e bens na organização;
- Promover a saúde e a segurança dos doentes, profissionais e visitas;
- Consciencializar os profissionais para a problemática do risco;
- Reduzir os custos das instituições, produzindo assim ganhos para a saúde.

As autoras defendem a grande importância do papel do enfermeiro perioperatório como propulsor desta metodologia, assumindo que os doentes, durante a experiência anestésica e cirúrgica, encontram-se mais vulneráveis aos riscos, sendo que o

enfermeiro, e em especial o enfermeiro circulante, tenha que funcionar como “advogado do doente”, prevenindo quaisquer acidentes que possam ocorrer (Idem).

## **2.2.- Lista de Verificação de segurança ou “Check-list”**

Para Hales, Terblanche, Fowler e Sibbald (2008, p.24), a “*check-list*” é um conjunto de acções, tarefas ou comportamentos organizados de forma coerente que permite a um avaliador registar a presença ou ausência dos itens listados. Para estes autores (idem), a utilização de listas de verificação assiste o usuário a não esquecer actos importantes, aumenta a objectividade de uma avaliação e permite uma actividade reprodutível. Cada item deve ser registado logo que a actividade é concluída, verificada, identificada ou respondida, e destaca pontos essenciais num determinado procedimento.

Estima-se que por ano são realizadas 234 milhões de cirurgias em todo o mundo. No entanto, e apesar de que os cuidados cirúrgicos podem prevenir a perda da vida ou da integridade física, também estão associados a uma taxa considerável de complicações e morte (Haynes, Weiser, Berry, Lipsitz, Breizat, Dellinger, Herbosa, Joseph, Kibatata, Lapitan, Merry, Moorthy, Reznick, Taylor, Gawande 2009, p.492). Estes autores (idem) afirmam que nos estudos realizados em países industrializados, a taxa de mortalidade perioperatória situa-se entre 0,4% e 0,8% e a taxa de complicações major entre 3 e 17%, e portanto uma carga considerável de doenças para a comunidade mundial. O grupo de estudo para a “Cirurgia segura salva vidas” conduziu um estudo internacional que visa a implementação de uma lista de verificação cirúrgica.

A check-list consiste na confirmação oral pela equipa cirúrgica das etapas básicas para garantir a segurança na anestesia, profilaxia contra a infecção, eficácia da equipa cirúrgica e outras práticas básicas cirúrgicas. A lista de verificação era utilizada em três momentos críticos: antes da indução anestésica, antes da incisão e antes de o doente sair da sala de cirurgia. Os resultados do estudo demonstraram que a introdução da lista de verificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) nas salas de cirurgia está associado a uma diminuição da taxa de complicações e da mortalidade (Haynes, *et al.*, 2009, p.496).

A OMS no programa “Cirurgia segura salva vidas” recomenda a implementação de uma lista de verificação com o objectivo de reforçar as práticas seguras estabelecidas, e promover a comunicação e o trabalho em equipa entre disciplinas clínicas. Para esta entidade, o uso das listas de verificação associa-se a uma diminuição significativa da morbilidade e mortalidade, e a uma maior adesão às normas básicas de atenção

(OMS, 2009, p.2). A Lista de Verificação pretende ser uma ferramenta dinâmica podendo ser modificada de acordo as necessidades de cada instituição.

### **2.3.- Quem deve executar a verificação**

Conforme a recomendação do manual de implementação da OMS (2009, p.2), divulgado pela Circular Normativa nº 16/DQS/DQCO de 22/06/2010 da DGS, qualquer elemento da equipa cirúrgica pode ser o responsável pela verificação dos itens da lista. De acordo com a AESOP (2006, p.129), o enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que lidera a equipa de enfermagem na sala de operações, coordenando todas as actividades dos enfermeiros envolvidos no acto cirúrgico. Ainda defende, que o enfermeiro circulante é o responsável por garantir a segurança do doente e da manutenção do ambiente cirúrgico seguro, assim como da assépsia no campo operatório. Ou seja, é responsável por garantir a qualidade de cuidados de enfermagem.

Relativamente à segurança do doente na sala de operações, a Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica referente às atribuições do enfermeiro circulante (OE, 2005, p.360) profere que o enfermeiro circulante “... *tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções...*”. Neste sentido que a OE (Idem) determina que são competências do enfermeiro circulante:

- Identificar as necessidades individuais do doente, em contexto perioperatório, e intervir em conformidade;
- Planear, organizar, delegar, comunicar, coordenar e avaliar as actividades da restante equipa de enfermagem e de outros profissionais funcionalmente dependentes;
- Gerir e partilhar informação necessária e pertinente relativa ao doente e ao ambiente com a restante equipa multiprofissional;
- Controlar o tempo, garantido que este recurso seja utilizado em função das necessidades e no sentido da rentabilização máxima dos recursos existentes;
- Controlar e limitar a circulação de pessoas no decurso do acto cirúrgico;
- Providenciar materiais adequados e o equipamento necessário ao tipo de cirúrgica, e verificar a correcta funcionalidade.

Por outras palavras, cabe ao enfermeiro circulante a responsabilidade de assegurar a coordenação da lista de verificação cirúrgica.

#### **2.4.- Como executar a verificação**

Segundo as recomendações do manual de implementação da OMS (2009, p.4), divulgado pela Circular Normativa nº 16/DQS/DQCO de 22/06/2010 da DGS, a lista de verificação divide a cirurgia em três momentos específicos: “o período antes da indução da anestesia”, “o período após a indução e antes da incisão cirúrgica”, e por ultimo, “o período durante ou imediatamente após o encerramento da ferida”, mas antes de retirar o doente da sala de operações. Em cada fase, o enfermeiro circulante confirma verbalmente com os membros da equipa os itens definidos na lista, garantindo que as acções chave foram realizadas. O Manual da OMS salienta a importância de incorporar o uso da lista de verificação com a máxima eficiência e o mínimo de perturbações.

#### **2.5.- Papel do Enfermeiro perioperatório especialista.**

O Estatuto da OE, na alínea nº 3 do Artigo 7.º, define: “*O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem*”. Sendo que, a alínea 4 do mesmo Artigo, defende que “*O título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização...*” (Lei nº111/2009 de 16 de Setembro). No contexto de BO, o desenvolvimento de competências definidas para o enfermeiro especialista, estão direccionadas para a prestação de cuidados de enfermagem especializada ao doente cirúrgico e a sua família. Na óptica de Benner a experiência: “*...não faz só referência à passagem do tempo. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria*” (Benner, 2001, p.61). Para esta autora, a aquisição de competências encontra-se intimamente ligada à prática e elucidam cuidados de enfermagem em situações reais.

Nesta linha de pensamento, Cambotas, Ferreira, Martins, Pinheiro, Bilbao e Rola (2006, p.186) atribuem ao enfermeiro perioperatório especialista formação específica, experiência em BO e gestão dos serviços de enfermagem. A aquisição e desenvolvimento de competências nesta área facilitam a orientação e coordenação na

prestação de cuidados, na gestão de recursos humanos e materiais, na gestão das relações humanas e formação de outros profissionais.

No processo de implementação da lista de verificação cirúrgica, o enfermeiro especialista perioperatório deve ser gestor de mudança. Ou seja, deve contribuir de forma exemplar na melhoria da comunicação interdisciplinar. Por outro lado, deve promover o trabalho em conjunto de toda a equipa cirúrgica na introdução da check-list de segurança cirúrgica, de forma a prevenir ou minimizar riscos evitáveis e garantir a segurança, e o bem-estar dos doentes cirúrgicos.

### **3.- METODOLOGIA**

Com a colaboração do enfermeiro orientador, fui incluído no grupo de trabalho responsável pela implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica no BO do HSC. Numa entrevista informal com os elementos do grupo, verifiquei que a equipa pretendia introduzir a check-list na prática clínica. Neste sentido, validei com o enfermeiro orientador a necessidade de sensibilizar previamente a equipa de enfermagem sobre a importância do papel do enfermeiro perioperatório na promoção de uma cultura de segurança eficaz para o doente cirúrgicos e os ganhos que daí podem advir, sendo este o objectivo proposto.

Como actividade planeada, o enfermeiro orientador sugeriu a realização de uma sessão formativa com duração de 15 minutos.

#### **3.1.- Planeamento da sessão de formação**

O planeamento da formação encontra-se descrita Anexo 1.

#### **3.2.- Indicadores de avaliação**

Taxa de assistência superior a 30%

### **4.- RESULTADOS**

No dia 13 de Outubro de 2010, foi realizada na sala de reuniões do bloco operatório a sessão de formação intitulada: “Papel do enfermeiro perioperatório na gestão do risco para o doente cirúrgico; cirurgia segura salva vidas”. A apresentação foi concebida com intuito de proporcionar uma matriz que suporte os aspectos que seriam abordados posteriormente pela equipa responsável pela implementação da lista de verificação. Assim, o objectivo geral que propus para a formação foi: “Sensibilizar a

equipa de enfermagem para a importância do papel do enfermeiro perioperatório na gestão de risco para o doente cirúrgico”.

A sessão desenvolveu-se num clima de aprendizagem. Assistiram à sessão dez enfermeiros. Foram abordados aspectos relacionados com: factores de risco para o doente em BO, o papel da enfermagem Perioperatória e a função do enfermeiro na gestão de risco. Foram apresentadas estratégias para melhorar a segurança do doente cirúrgico por último foi lançado o desafio de implementar a “check-list” de segurança cirúrgica recomendada pela OMS. Finalmente e, a modo de reflexão, foi visualizado um fragmento de um filme em que simula a aplicação da lista de verificação cirúrgica. Ainda foi criado um espaço de discussão para a colocação de questões relacionadas com a experiência do serviço.

A avaliação da sessão foi mediante a aplicação de um questionário com escala Likert e preenchimento rápido.

O anexo II, apresenta os dados obtidos com os questionários para a avaliação da sessão formativa.

## **5.- CONCLUSÃO**

Os enfermeiros presentes na formação acreditam que a implementação da lista de segurança cirúrgica pode proporcionar uma estrutura sistematizada de garantir a segurança do doente e do profissional em todo o tempo cirúrgico. No entanto pensam que a lista da OMS, e que entretanto, o CHLO quer implementar rapidamente, não se adapta ao perfil do doente cirúrgico do serviço. Ou seja, a maior parte dos doentes admitidos para cirurgia no HSC, são principalmente do foro cardíaco e renal. Em menor proporção, cirurgia geral e ambulatória. Por outro lado, consideram prioritário resolver problemas estruturais para facilitar uma mais eficaz introdução da “check-list”.

## Bibliografia

- AESOP. As funções do enfermeiro perioperatório. In: Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas. **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos cuidados**. Loures: Ed. Lusodidacta, Lda. 2006. ISBN: 972-8930-16-X.
- ATKINSON, Lucy Jo; KOHN, Mary Louise. **Técnicas de Quirófano**. Séptima Edición. Ineramericanna – MacGraw Hill (1994). México. ISBN: 968-25-2101-7.
- BENNER, Patrícia - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- BILBAO, Mercedes. O Bloco Operatório/Departamento Cirúrgico. In: Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas. **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos cuidados**. Loures: Ed. Lusodidacta, Lda. 2006. ISBN: 972-8930-16-X.
- CAMBOTAS, Carla; FERREIRA, Deolinda; MARTINS, Maria Helena; PINHEIRO, Maria José; BILBAO, Mercedes; ROLA, Paula. Competências do enfermeiro perioperatório. In: Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas. **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos cuidados**. Loures: Ed. Lusodidacta, Lda. 2006. ISBN: 972-8930-16-X.
- DGS. Circular Normativa nº 16/DQS/DQCO de 22/06/2010. Organização Mundial da Saúde. Manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS. Cirurgia segura salva vidas. Genebra. ISBN 978 92 4 159859 0, (2009).
- HALES, B; TERBLANCHE, M; FOWLER, R; SIBBALD, W. Development of medical checklists for improved quality of patient care. **International Journal for Quality in Health Care**. ISSN: 1464-3677. Vol. 20, nº 1 (2008), p. 22-30.
- HAYNES AB, WEISER TG, BERRY WR, LIPSITZ SR, BREIZAT AH, DELLINGER EP, HERBOSA T, JOSEPH S, KIBATALA PL, LAPITAN MC, MERRY AF, MOORTHY K, REZNICK RK, TAYLOR B, GAWANDE AA; Safe Surgery Saves Lives Study Group. **N Engl J Med**. Electronic ISSN: 1533-4406. Vol. 360; nº 5 (Janeiro 2009), p.491-9.
- HILARION, Pilar. Seguridad Clínica en el paciente quirúrgico. Ponencia en la 7ª Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica. Valencia, (Marzo 2010), p.1-10.

[Consult. 1 Out. 2010]. Disponível em:  
<http://www.7enfermeriaquirurgica.com/ponencias.php?dia=2>

- LEI 111/2009 de 16 de Setembro. **ORDEM DOS ENFERMEIROS**. [Consult. 23 Mar. 2010]. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=564&version=1>
- MARTINS, Maria Helena; PINHEIRO, Maria José. Gestão do Risco. In: Associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas. **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos cuidados**. Loures: Ed. Lusodidacta, Lda. 2006. ISBN: 972-8930-16-X.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISBN 972-99646-0-2. (2005).
- PINHEIRO, Maria José. Competências dos enfermeiros perioperatórios. **Revista AESOP**. ISSN: 0874-8128. Vol. VIII, nº 22. (Abril 2007), p.17-25.

---

## **ANEXO XXIV**

Plano de sessão: Papel do enfermeiro perioperatório na gestão do risco para o cliente cirúrgico



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA**

# **PLANO DA SESSÃO**

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin N° 192009045

**Sob Coordenação de:** Professora Patrícia Pontífice

**Sob tutoria de:** Professora Paula Batista

**Sob Orientação de:** Enf. Esp. Gregório Labisa

Junho 2010

## PLANO DA SESSÃO

### **TEMA:**

**“Papel do enfermeiro perioperatório na gestão do risco para o doente cirúrgico; cirurgia segura salva vidas”.**

### **OBJECTIVO GERAL:**

“Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do papel do enfermeiro perioperatório na gestão de risco para o doente cirúrgico”.

### **Grupo Alvo:**

Equipa de enfermagem da Bloco Operatório do Hospital Santa Cruz

**DATA :** 13 de Outubro 2010.

**HORA:** 08:30h – 08:46h

**DURAÇÃO:** 16 min

**LOCAL:** Sala de reuniões do Bloco Operatório

### **FORMADOR:**

Enf.<sup>a</sup> Daniel Lanzas

<b>ÉTA P A S</b>	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>METODOLOGI A</b>	<b>RECURSOS DIDÁTICOS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação</li> <li>- Objectivos</li> <li>- Contextualização do tema</li> </ul>	Expositiva	Data Show + Computador	2 mins
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores de risco para o doente em Bloco Operatório</li> <li>- Papel da enfermagem Perioperatória</li> <li>- Função do enfermeiro na gestão de risco</li> <li>- Estratégias para melhorar a segurança cirúrgica</li> <li>- Desafio: “check-list” de segurança cirúrgica</li> </ul>	Expositiva	Data Show + Computador	10 mins
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragmento do filme</li> <li>- Síntese e discussão dos principais aspectos</li> </ul>	Expositiva / Participativa	Data Show + Computador	4 mins

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Através do presente questionário pretende-se saber a sua opinião sobre a Acção de formação que assistiu.

Perante as questões apresentadas, assinale uma X o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente

1. Considera que os objectivos da formação foram atingidos?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

2. Como classifica a utilidade da sessão de formação na contribuição da melhoria da qualidade dos cuidados?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

3. Foram abordados todos os conteúdos que considera importantes?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

4. Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na sessão?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

5. Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Relativamente à organização da acção de formação, como classifica os seguintes parâmetros?

6. Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

7. A duração da formação foi adequada?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

8. O horário foi adequado?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

9. Comentários e sugestões de melhoria.

---

---

---

Obrigado pela sua participação.

Daniel Lanzas – Aluno do Mestrado Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

---

## **ANEXO XXV**

Papel do enfermeiro perioperatório na gestão do risco para o cliente cirúrgico



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA**  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



CENTRO HOSPITALAR DE  
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

HOSPITAL DE SANTA CRUZ



# Papel do enfermeiro perioperatório na gestão do risco para o doente cirúrgico

Cirurgia Segura Salva Vidas  
OMS 2009

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Médico  
Cirúrgica

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin Nº 192009045  
**Coordenação :** Professora Patrícia Pontífice  
**Tutoria:** Professora Paula Batista  
**Orientação:** Enf. Esp. Gregorio Labisa



## Objectivo

- Sensibilizar a equipa para a importância do papel do enfermeiro perioperatório na promoção de uma cultura de segurança cirúrgica.



O Erro Humano é Inevitável

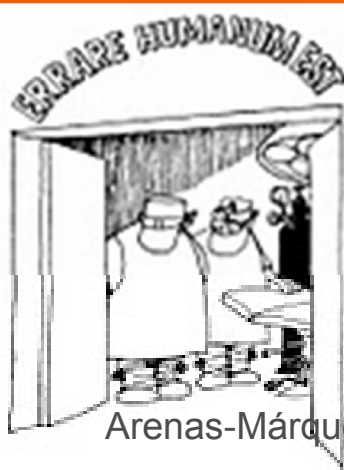
Mas é Possível e desejável:

Limitar a ocorrência de erros;

Minimizar as consequências;

Oportunidade de aprendizagem

Implementar sistemas de segurança eficazes





## Dados da OMS

As complicações de cuidados cirúrgicos tornaram-se uma das principais causas de morte e de incapacidade no mundo.

- Volume estimado de cirurgias Major é de 187 a 281 milhões de intervenções;
- Taxa de ocorrência de complicações major é de 3 a 22%
- Taxa de mortalidade é de 0,4 a 0,8%
- Nestes estudos determinou-se que quase metade dos eventos adversos é evitável.

## Dados da OMS

**Quase metade dos  
eventos adversos  
são evitáveis**

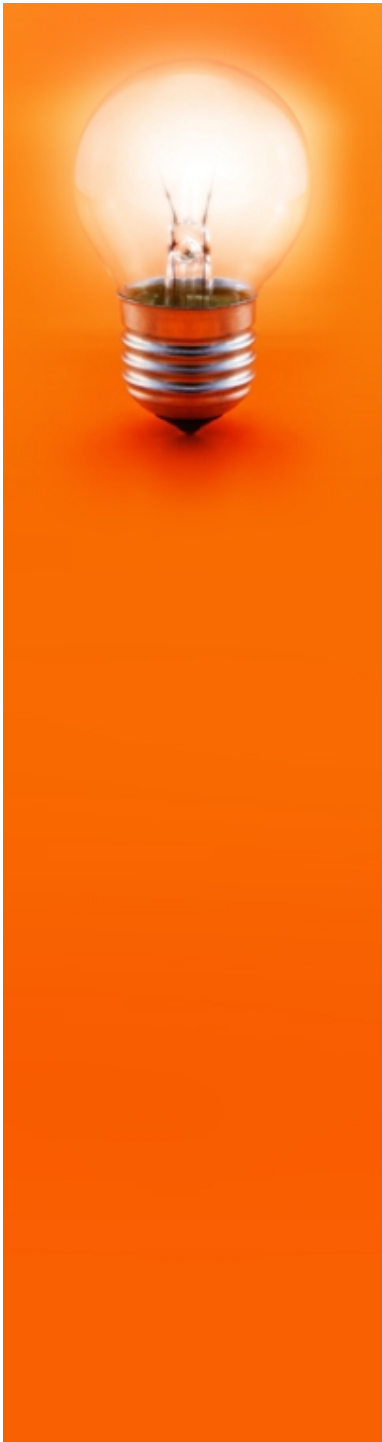
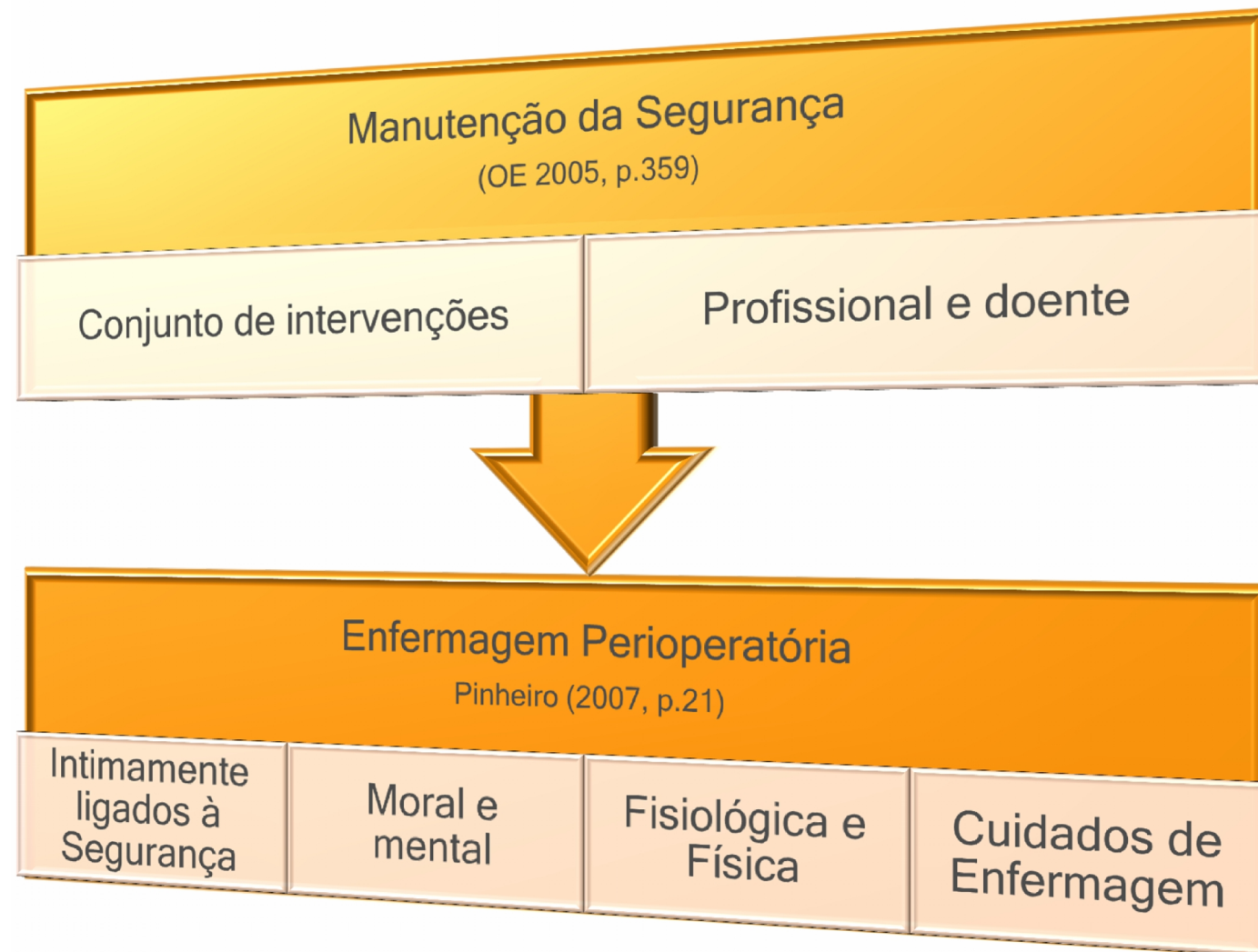


## Factores de risco para o doente em B.O.



(Hilarión 2010, p.2); (Martins e Pinheiro 2006, p.63)

# Gestão do Risco



## Politica de Gestão do Risco

### Objectivos

- Eliminar ou minimizar os riscos;
- Garantir o máximo de condições de segurança;
- Consciencializar os profissionais;
- Promover a saúde e a segurança dos doentes, profissionais e visitas;
- Reduzir os custos das instituições.



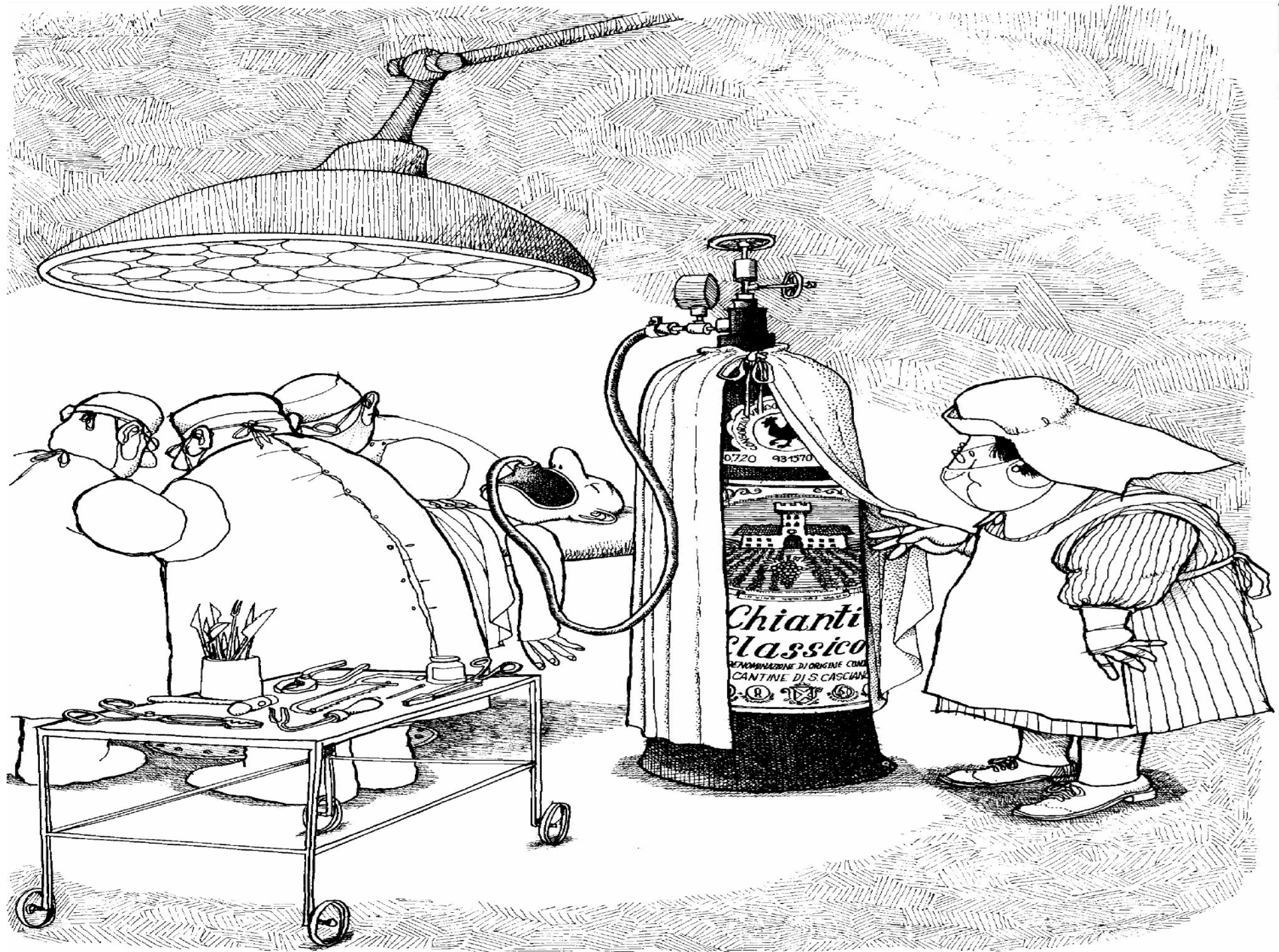
## Enfermagem perioperatória

### Papel do Enfermeiro

- A segurança dos doentes é uma das dimensões da qualidade na assistência sanitária (Hilarión 2010, p.1)
- Propulsor de esta metodologia de gestão de risco

### Enfermeiro circulante

- Função de “advogado do doente”.
- Directamente relacionado com a defesa da segurança do doente



# Estratégias para melhorar a segurança do doente cirúrgico



## Desafio: “Cirurgia segura salva vidas”



Implementação de uma lista de verificação



Promover a comunicação e o trabalho em equipa



Diminuição significativa da morbilidade e mortalidade

Maior adesão às normas básicas de atenção.

## Desafio: “Cirurgia segura salva vidas”

### Importância da check-list:

- Proporcionar uma cultura de segurança;
- Pode ser modificado de acordo às necessidades de cada realidade;
- Favorece a sistematização e objectividade do processo de verificação;
- Possibilidade de avaliação periódica;
- Permite controlar aspectos críticos da cirurgia;



Desafio: “Cirurgia segura salva vidas”





Desafio: “Cirurgia segura salva vidas”

Obrigado

---

## **ANEXO XXVI**

Papel do enfermeiro perioperatório na gestão do risco para o cliente cirúrgico: Avaliação da sessão de formação

## Apresentação dos dados obtidos com a avaliação da formação.

Assistência 10 enfermeiros: 35,7%.

1. Considera que os objectivos da formação foram atingidos?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0%
Muito Bom	6	60%
Excelente	4	40%

2. Como classifica a utilidade da sessão de formação na contribuição da melhoria da qualidade dos cuidados?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	1	10%
Muito Bom	5	50%
Excelente	4	40%

3. Foram abordados todos os conteúdos que considera importante?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	1	10%
Muito Bom	7	70%
Excelente	2	20%

4. Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na sessão?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	1	10%
Muito Bom	5	50%
Excelente	4	40%

5. Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	1	10%
Muito Bom	5	50%
Excelente	4	40%

Relativamente à organização da acção de formação, como classifica os seguintes parâmetros?

6. Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0%
Muito Bom	5	50%
Excelente	5	50%

7. A duração da formação foi adequada?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	1	10%
Muito Bom	5	50%
Excelente	4	40%

8. O horário foi adequado?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0%
Muito Bom	7	70%
Excelente	3	30%


9. Comentários e sugestões de melhoria:

Não foram realizados comentários.

---

## **ANEXO XXVII**

Norma de procedimento: O cateter venoso central para hemodiálise  
como acesso vascular no serviço de Urgência

	<p align="center"><b>HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER</b>  <b>URGÊNCIA GERAL</b>  <b>NORMA Nº .....</b></p>	<p>Elaborado por:  Daniel Lanzas</p> <p>Em Janeiro 2011</p>
<p align="center">NORMAS E PROCEDIMENTOS SOBRE:</p> <p align="center"><b>O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência</b></p>		<p>Enfermeira Chefe:  M<sup>a</sup> Lurdes Almeida</p> <p align="right">f.1/5</p>

### 1.- Conceito

A utilização do cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular em situação emergente prende-se com a impossibilidade de abordagem à rede venosa periférica, mediante a inserção de um cateter curto, quando a situação hemodinâmica do doente necessite de uma actuação com carácter emergente.

As características específicas deste tipo de cateter e a sua finalidade na colocação torna-o **exclusivo para o tratamento com hemodiálise**. Resulta relevante mencionar que a manipulação inapropriada pode levar à disfunção do cateter. As mais frequentes: A trombose do cateter, causada pelo depósito de fibrina na ponta e nos orifícios de saída do cateter secundária a uma inadequada técnica de heparinização, a infecção do cateter ocasionada por migração da flora da pele, contaminação das tampas ou através da infusão de soros Menos frequente: a exteriorização acidental do cateter por tracção mecânica. Estas complicações condicionam de forma negativa o seu desempenho na hemodiálise. Por este motivo a sua utilização fora deste contexto deve estar sujeita ao critério clínico, **sempre reservada a situações emergentes e não deve excluir-se a necessidade de um outro acesso vascular**. Daí a importância de sistematizar a sua abordagem.

O Cateter está inserido numa veia de grande calibre, normalmente a veia Jugular interna direita por apresentar um percurso anatomicamente mais a direito, pela menor taxa de complicações durante a sua colocação (veia extra torácica) e pela menor incidência de estenose em relação às subclávia. Outras alternativas são a veia Jugular Interna Esquerda, subclávia ou femorais.

De acordo com o tempo de permanência, o cateter venoso central para hemodiálise pode ser tunelizado (de longa duração) ou não tunelizado (temporário). A principal diferença incide em que o primeiro apresenta um túnel subcutâneo antes de entrar aceder à torrente circulatória. O código de cores facilita a identificação dos lúmenes, a cor azul representa o lúmen distal e cor vermelha representa o lúmen proximal. De acordo com o local de inserção existem vários comprimentos, sendo que o volume de preenchimento do ramo varia com o comprimento. O volume de preenchimento vem determinado pelo fabricante e normalmente encontra-se inscrito nos ramos do cateter ou na pinça ou “clamp”. Uma elevada concentração de heparina (5000UI/ml), pode causar aumento anormal da aPPT e dos tempos de hemorragia. Por este motivo, a utilização de heparina

a baixas concentrações (1000UI/ml), pode resultar eficaz para manter os lúmenes permeáveis e reduzir o risco de hemorragia.

## 2.- Objectivos

- Utilizar o cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular que garanta a administração de fármacos ou outros fluidos em situação urgente/emergente.
- Prevenir o risco de complicações no decurso e após o procedimento, otimizando a qualidade do processo.

## 3.- Informações Gerais

### A – Quem executa

- O enfermeiro

### C – Orientações genéricas quanto à execução

- Respeitar a individualidade do utente;
- Explicar o procedimento ao doente;
- Escolher o material e iluminação adequados;
- Verificar integridade do catéter;
- Manter protegidas as ponteiros dos ramos do cateter.
- Verificar se existe alguma contra-indicação para a utilização de heparina sódica

## 4.- Material Necessário

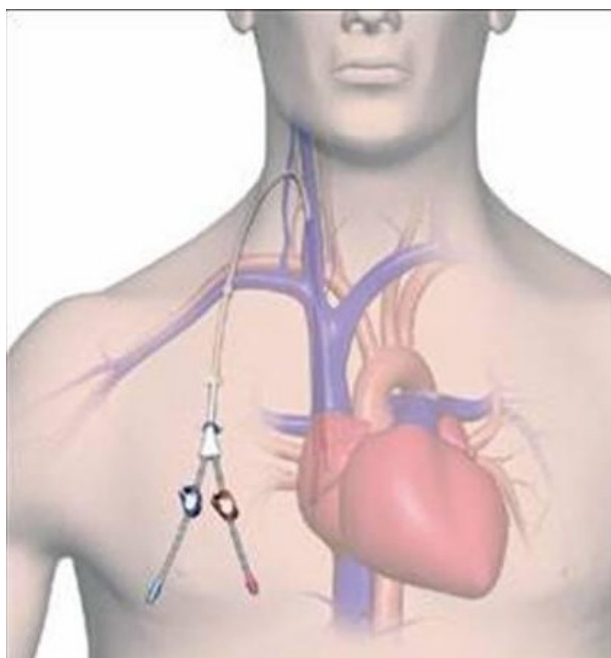
Para “abrir” o cateter	Para “fechar” o cateter
• Máscara para o doente (se aplicável)	• Máscara para o doente (se aplicável)
• Máscara para o profissional	• Máscara para o profissional
• Luvas esterilizadas;	• Luvas esterilizadas;
• Compressas esterilizadas;	• Compressas esterilizadas;
• 1 Seringa de 20cc;	• 1 Seringa de 20cc;
• 1 Seringa de 5cc;	• 1 Seringa de 2cc;
• Soro Fisiológico;	• Soro Fisiológico;
• Anti-séptico;	• Anti-séptico;
• Campo esterilizado fenestrado	• Heparina;
	• 1 Agulha;
	• Tampas de catéter;

## 5.- Descrição e justificação do procedimento:

Acção	Justificação
<b>Abrir o cateter</b>	
<p>1. Realize uma lavagem higiénica das mãos com água e sabão ou fricção anti-séptica com solução de base alcoólica durante 20-30 segundos</p>	<p>→ Eliminação da sujidade da pele  → Redução dos microrganismos da pele  → Prevenir a contaminação;  → Devera ter atenção aos tempos de contacto para a lavagem higiénica e fricção com SABA;</p>
<p>2. Coloque a máscara (enfermeiro e doente)  3. Reúna todo o material necessário;  4. Determine a área estéril e abra todo o material;  5. Calce as luvas esterilizadas preencha com soro fisiológico a seringa de 20cc</p>	<p>→ Economizar tempo e facilitar, posteriormente, a execução;  → Manter a assepsia da técnica;</p>
<p>6. Antes do procedimento, envolva as pontas do catéter com compressa embebida no anti-séptico aprovado pelo CCI, respeitado o tempo mínimo necessário recomendado pelo fabricante (cerca de 5 minutos para anti-sépticos de base aquosa)</p>	<p>→ Prevenir a infecção;</p>
<p>7. Coloque o campo esterilizado  8. Retire a tampa do ramo;  9. Adapte a seringa de 5cc;  10. Desclampe o ramo distal;  11. Aspire cerca de 3 a 4 cc;  12. Clampe o ramo;  13. Adapte a seringa de 20cc com soro fisiológico;</p>	<p>→ <b>Retirar a Heparina residual do cateter antes de ser utilizado de modo a evitar um “bólus”</b></p>
<p>14. Desclampe o ramo distal e injecte 20cc de SF em <b>bolus rápido</b>;</p>	<p>→ O <b>bolus rápido</b> permite lavar e preencher o cateter com soro fisiológico, mantendo a permeabilidade do acesso vascular;</p>
<p>15. Clampe o ramo <b>sob pressão positiva</b> antes de desadaptar a seringa;</p>	<p>→ Impedir a saída da solução de lavagem do cateter;</p>
<p>16. Se for necessário, repetir o procedimento no ramo proximal.  <b>17. Pode-se administrar a terapêutica em segurança;</b>  18. Manter o lúmen do cateter sempre protegido com uma seringa quando não esteja a ser utilizado.</p>	<p>→ Evitar acidentes;  → Evitar infecções</p>

Acção	Justificação
<b>Fechar o cateter</b>	
<p>19. Repita os passos 1,2,3,4,5,6,12,13;</p> <p>20. Com o ramo distal clampado, retire a seringa da ponteira do ramo.</p> <p>21. Adapte a seringa de 2cc com a diluição de heparina;</p> <p>22. Desclampe o ramo;</p> <p>23. Injecte a heparina no ramo do cateter de <b>forma rápida e sob pressão positiva</b> para evitar o fluxo de retorno no lúmen do cateter. <b>O preenchimento do ramo do catéter deve ser de acordo com as indicações do fabricante;</b></p> <p>24. Desadapte a seringa;</p>	<p>→ Evitar acidentes;</p> <p>→ <b>A diluição de heparina deverá respeitar a proporção de 5000u de heparina diluídas em 4 ml de soro fisiológico.</b></p> <p>→ Por norma, essa indicação encontra-se escrita no próprio ramo do cateter.</p> <p>Nota: pode ser utilizado preparado de 20u/ml (Fibrilin®). Administrar o volume indicado no cateter ou se não tiver indicação inscrita, administrar 2,5cc em cada lúmen.</p>
<p>25. Coloque a tampa na extremidade do cateter;</p> <p>26. Caso que o ramo proximal tenha sido utilizado repita o mesmo processo.</p>	<p>→ Prevenir a contaminação / infecção;</p> <p>→ Evitar acidentes;</p>
<p>27. Efectue o registo da actividade no processo do doente.</p>	<p>→ Assegurar a continuidade dos cuidados;</p>

## 6.- Imagens



**Imagem 1.-** Cateter Venoso Central Longa duração (Tunelizado)

## **Bibliografia**

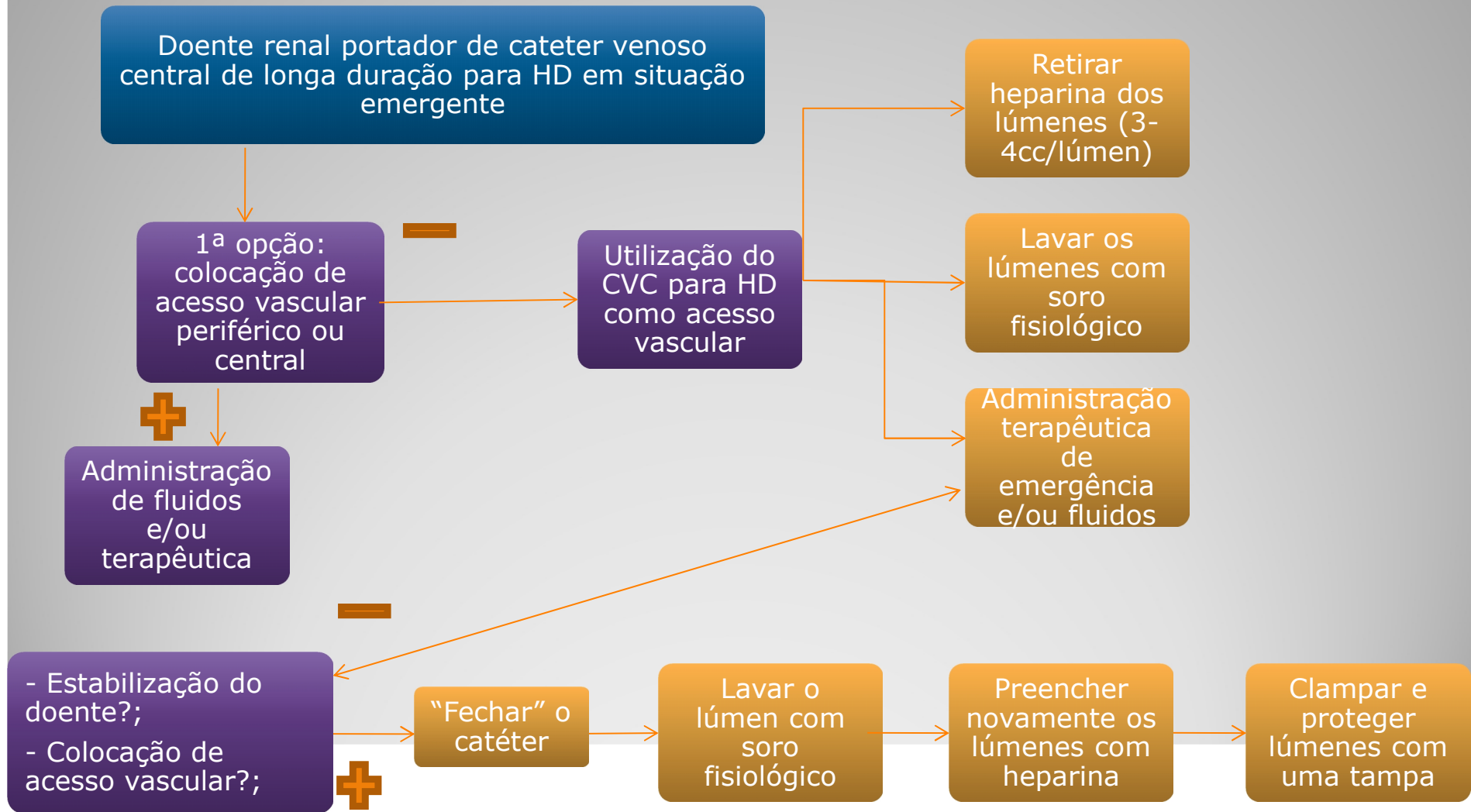
- Besarab, A; Raja, R. Acceso vascular para la hemodiálisis. In: Daugirdas, Blake, Ing, **Manual de diálisis**. 2ª Edição espanhola. Barcelona. Masson, 2003. ISBN: 84-458-1124-7, p. 69-105.
- Fernández, F; Ros, R; Rodríguez, A; Selles, F; Lara, Mj; Cuenca, J; Ros, E. Catéteres centrales para hemodiálisis. **Angiología**. ISSN: 0003-3170. Vol. 57, Supl. 2 (Maio 2005), p. 145-157.
- Galera, A; Martínez, MT; Ochando, A. Acessos vasculares para hemodiálisis: cuidados de enfermería. **Angiología**. ISSN: 0003-3170. Vol. 57, Supl. 2 (Maio 2005), p.159-168.
- Van Waeleghem, JP. Acceso vascular en la insuficiencia renal aguda. **Edtna/Erca Journal edición española**. ISSN: 1019-0872. Supl. 2 -82002), p.25-28.
- Yevzlin, A; Sanchez, R; Hiatt, J; Washington, M; Wakeen, M; hofmann, R; Beckert, Y. Concentrated heparin lock is associated with major bleeding complications after tunneled hemodialysis catheter placement. **Seminars in dialysis**. Online ISSN: 1525-139X. Vol. 20, N° 4 (Julho-Agosto 2007), p. 351-354.

---

## **ANEXO XXVIII**

O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no  
serviço de Urgência: Fluxograma de actuação

# O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência



---

## **ANEXO XXIX**

Plano de Sessão: O cateter venoso central para hemodiálise como  
acesso vascular no serviço de Urgência



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA**

# **PLANO DA SESSÃO**

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin N° 192009045

**Sob Coordenação de:** Professora Patrícia Pontífice

**Sob tutoria de:** Professora Paula Batista

**Sob Orientação de:** Enf. Esp. Ana Paula António

Janeiro 2011

## PLANO DA SESSÃO

### **TEMA:**

**“O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência ”.**

### **OBJECTIVO GERAL:**

“Sensibilizar a equipa de enfermagem para aspectos importantes relacionados com a utilização do cateter venoso central para hemodiálise no serviço de urgência ”.

### **Grupo Alvo:**

Equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do Hospital de São Francisco Xavier

**DATA :** dias 23 e 25 de Fevereiro de 2011.

**HORA:** as 15 horas e as 16:30 horas.

**DURAÇÃO:** 15 min

**LOCAL:** Sala de reuniões do Serviço de Urgência.

### **FORMADOR:**

Enf.<sup>a</sup> Daniel Lanzas

<b>ETAPAS</b>	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>RECURSOS DIDÁTICOS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação</li> <li>- Objectivos</li> <li>- Contextualização do tema</li> </ul>	Expositiva	Data Show + Computador	2 mins
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A doença renal crónica;</li> <li>- Modalidades de diálise;</li> <li>- Acessos vasculares;</li> <li>- Particularidades do Cateter venoso central para hemodiálise;</li> <li>- Utilização do cateter venoso central no serviço de urgência;</li> <li>- Pontos-chave no manuseamento do cateter venoso central no serviço de urgência.</li> </ul>	Expositiva	Data Show + Computador	10 mins
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese e discussão dos principais aspectos</li> </ul>	Expositiva / Participativa	Data Show + Computador	3 mins

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Através do presente questionário pretende-se saber a sua opinião sobre a Acção de formação que assistiu.

Perante as questões apresentadas, assinale uma X o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente

1. Considera que os objectivos da formação foram atingidos?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

2. Como classifica a utilidade da sessão de formação na contribuição da melhoria da qualidade dos cuidados?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

3. Foram abordados todos os conteúdos que considera importantes?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

4. Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na sessão?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

5. Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Relativamente à organização da acção de formação, como classifica os seguintes parâmetros?

6. Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

7. A duração da formação foi adequada?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

8. O horário foi adequado?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

9. Comentários e sugestões de melhoria.

---

---

---

Obrigado pela sua participação.

Daniel Lanzas – Aluno do Mestrado Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

---

## **ANEXO XXX**

Sessão de formação: O cateter venoso central para hemodiálise  
como acesso vascular no serviço de Urgência



Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

## O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência

Aluno: Daniel Lanzas  
Coordenação : Professora Patrícia Pontífice  
Tutoria: Professora Paula Batista  
Orientação: Enf. Esp. Ana Paula António

## O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência

### Objectivo

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para aspectos importantes relacionados com a utilização do cateter venoso central para hemodiálise no serviço de urgência

## O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência

Doença Renal Crónica

- Hemodiálise
- Diálise Peritoneal
- Transplante Renal
- Tratamento conservador

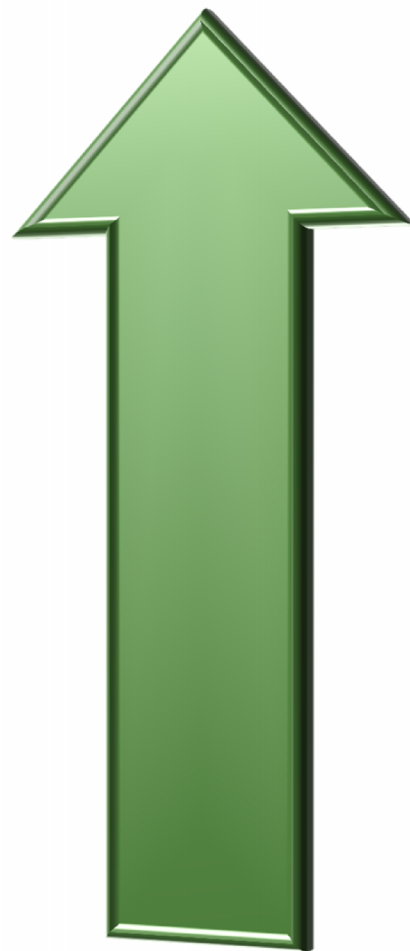
Hemodiálise

- Fistula Arterio-Venosa
- Enxerto
- Cateter Venoso Central

Thomas (2005, p. 187),

O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no  
serviço de Urgência

## Cateter Venoso Central



## Finalidade

- Tratamento  
com  
hemodiálise



## Cateter Venoso Central

### Características

- Veia de grande calibre (JID)
- Altos fluxos de sangue (400ml/min)
- Tempo de permanência
- Ramos arterial e venoso

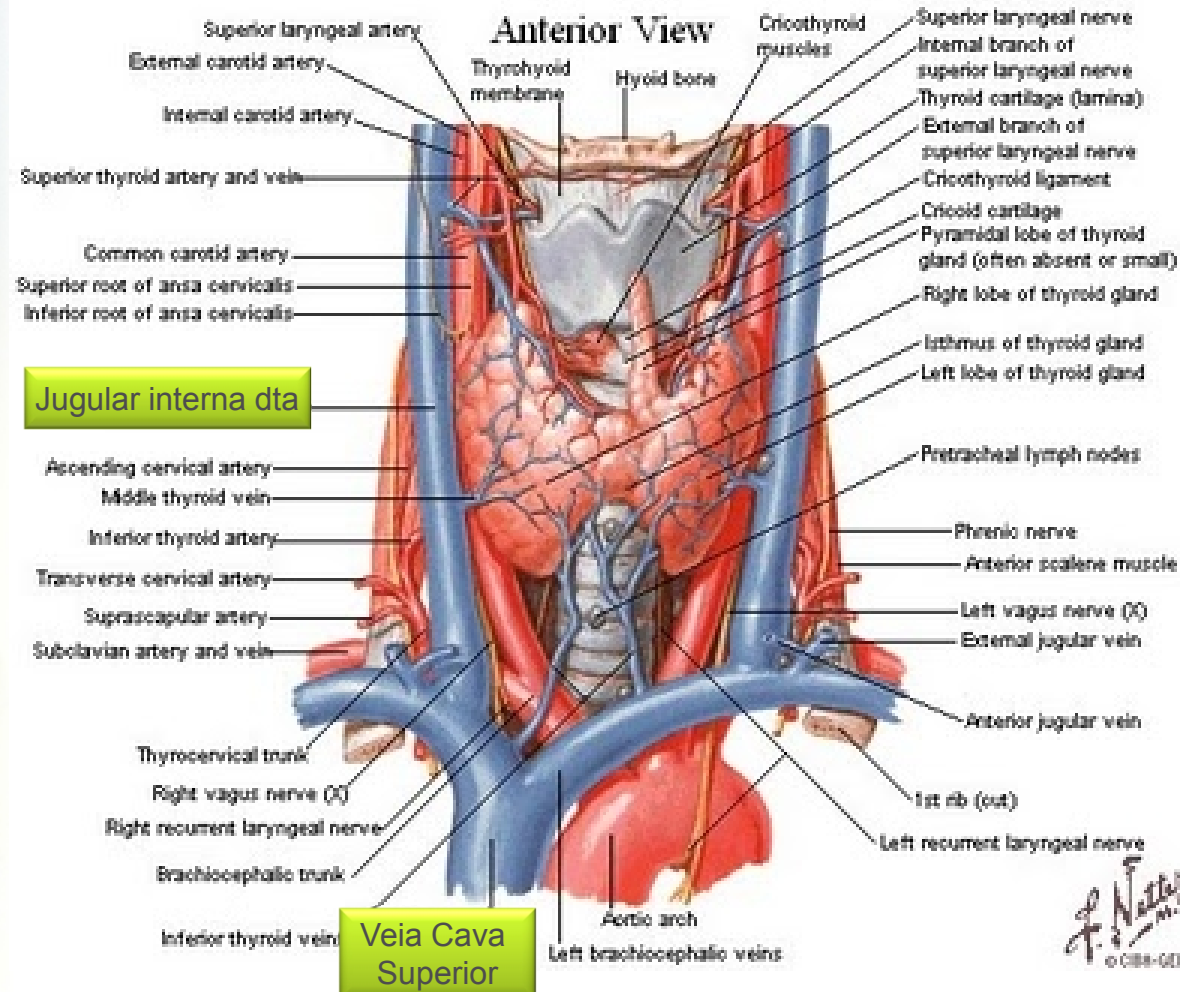
### Riscos

- Trombose do catéter
- Infecção do catéter
- Exteriorização acidental

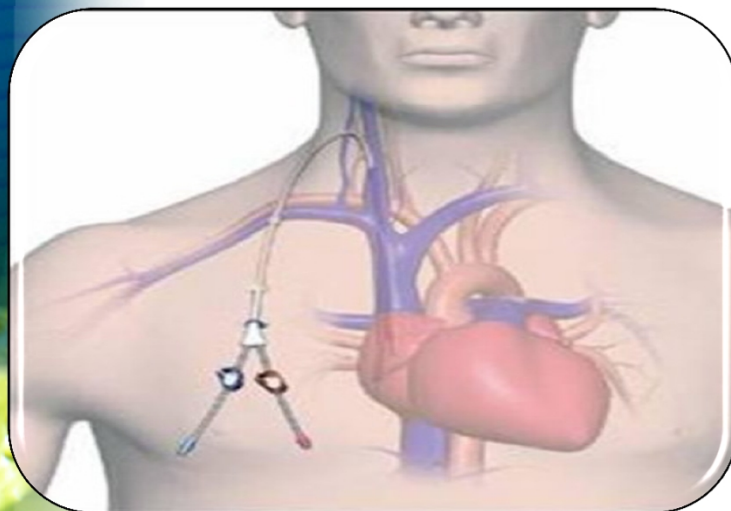


O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência

# Cateter Venoso Central



## Tipos de Cateter segundo o tempo de permanência



### Tunelizado

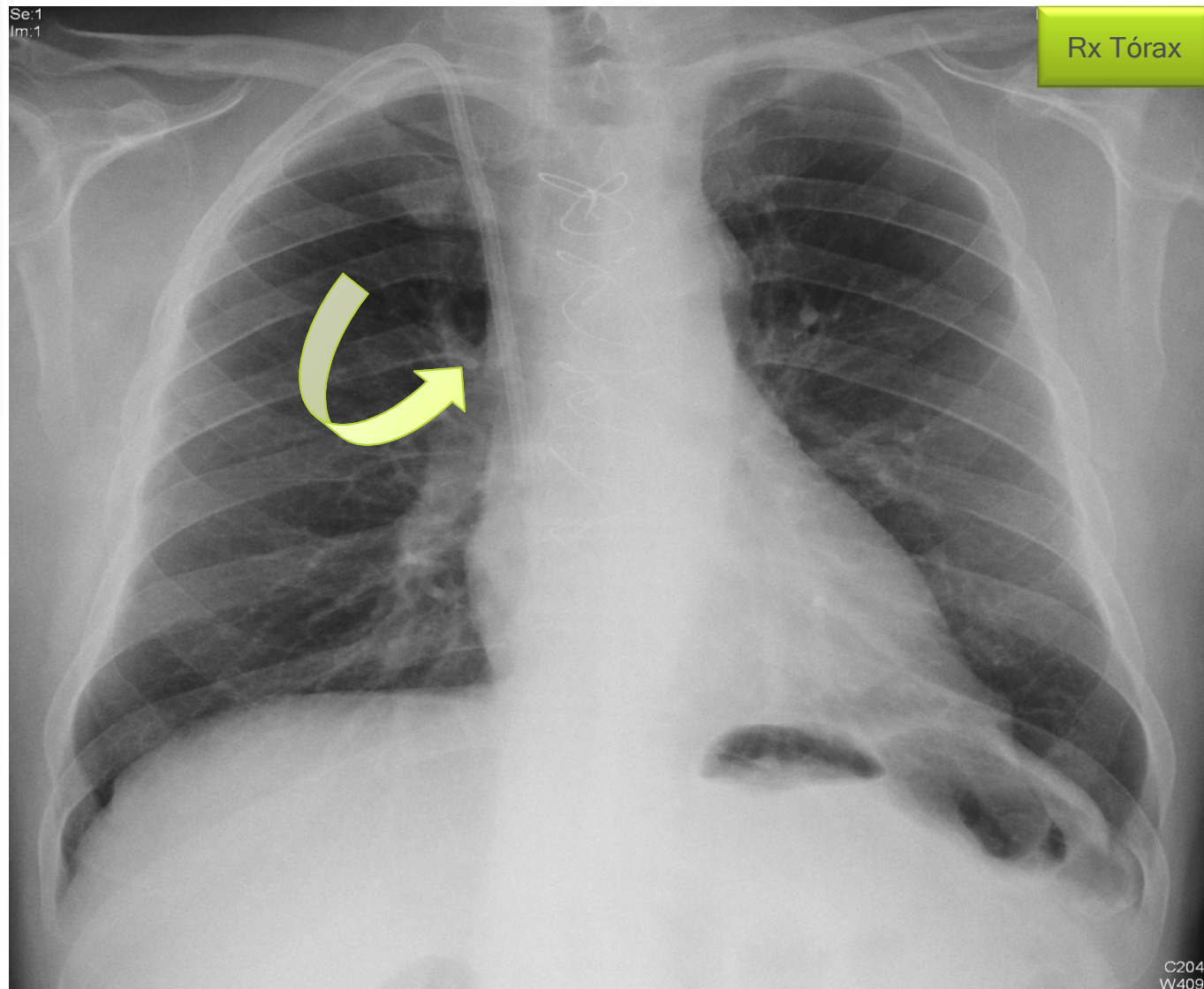
- Permanência superior a 3 meses
- Túnel subcutâneo
- Cuff Dacrón



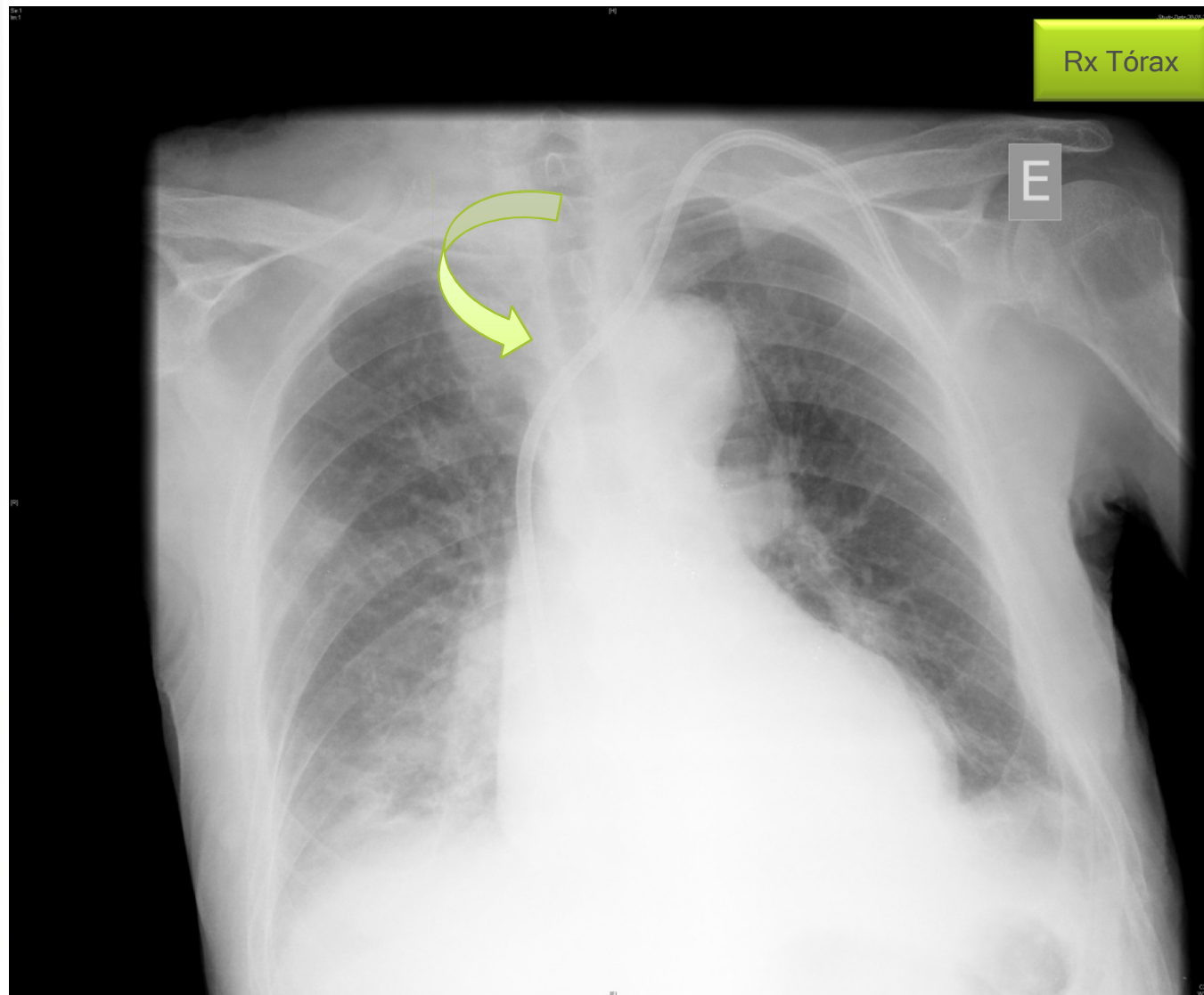
### Não Tunelizado

- Permanência inferior a 3 meses
- Duplo e triplo lúmen (infusão)
- Acesso vascular de eleição na IRA, intoxicações com necessidade de diálise

## O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência

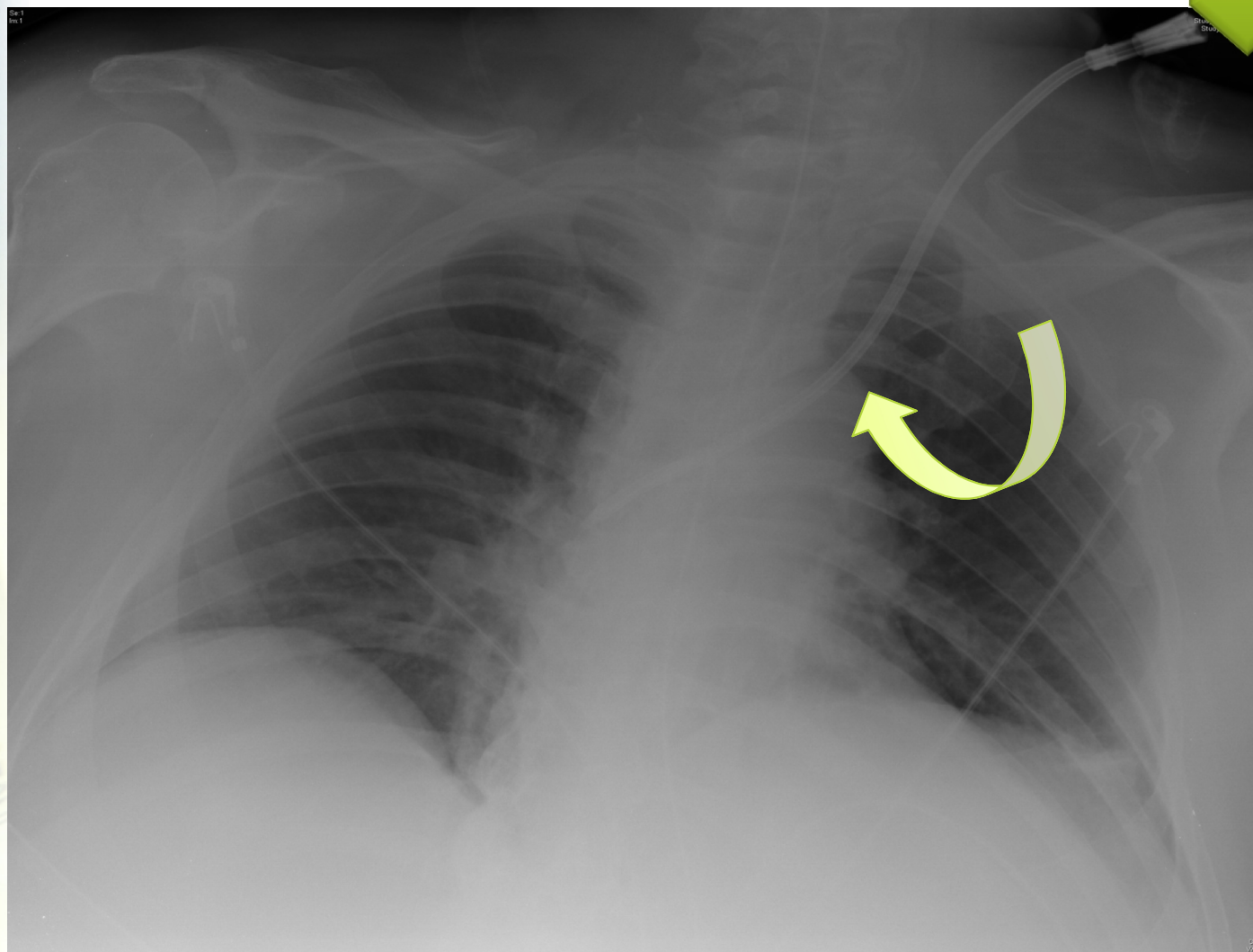


## O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência



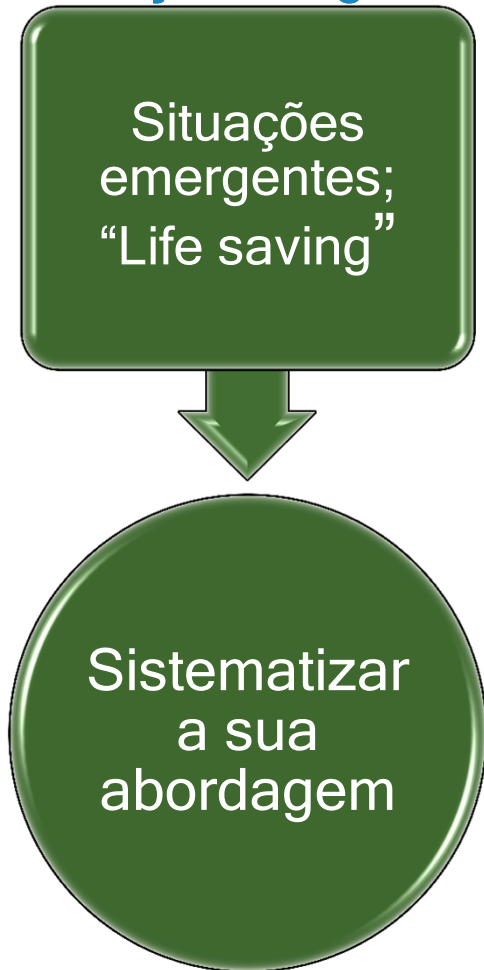
## O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no serviço de Urgência

Rx  
Tórax



O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no  
serviço de Urgência

## Utilização do cateter venoso central para hemodiálise no serviço de urgência



Situações  
emergentes;  
“Life saving”

Sistematizar  
a sua  
abordagem

O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no  
serviço de Urgência

## Pontos chave na utilização do cateter venoso central para hemodiálise

Medidas gerais de assepsia

Retirar a heparina residual

Lavar o lúmen com soro  
fisiológico

Proteger o lumen com uma  
seringa



## Pontos chave na utilização do cateter venoso central para hemodiálise

Importante voltar a Heparinizar os lúmenes do catéter


Diluição de heparina

Volume de preenchimento vs. Comprimento do cateter

Utilização os clampes



## Nota conclusiva



Destinado para o tratamento com HD

- Pode ser utilizado como acesso vascular em situação emergente

Necessidade de sistematizar a sua abordagem

- Garantir uma actuação eficaz e segura
- Diminuir riscos e complicações



O cateter venoso central para hemodiálise como acesso vascular no  
serviço de Urgência



---

## **ANEXO XXXI**

Avaliação da formação: O cateter venoso central para hemodiálise  
como acesso vascular no serviço de Urgência

## Apresentação dos dados obtidos com a avaliação da formação.

Assistência foi de 26 enfermeiros: 30,95% do total.

1. Considera que os objectivos da formação foram atingidos?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	1	3,9%
Bom	3	11,5%
Muito Bom	11	42,3%
Excelente	11	42,3%

2. Como classifica a utilidade da sessão de formação na contribuição da melhoria da qualidade dos cuidados?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	2	7,7%
Muito Bom	9	34,6%
Excelente	15	57,7%

3. Foram abordados todos os conteúdos que considera importante?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	1	3,9%
Bom	2	7,7%
Muito Bom	9	34,6%
Excelente	14	53,8%

4. Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na sessão?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	1	3,9%
Muito Bom	12	46,1%
Excelente	13	50%

5. Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	1	3,9%
Muito Bom	12	46,1%
Excelente	13	50%

Relativamente à organização da acção de formação, como classifica os seguintes parâmetros?

6. Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	1	3,9%
Muito Bom	14	53,8%
Excelente	11	42,3%

7. A duração da formação foi adequada?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	4	15,4%
Muito Bom	15	57,7%
Excelente	7	26,9%

8. O horário foi adequado?

OPÇÃO EFECTUADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	5	19,3%
Muito Bom	12	46,1%
Excelente	9	34,6%

9. Comentários e sugestões de melhoria: Não foram realizados comentários.

---

## **ANEXO XXXII**

Questionário de Avaliação Satisfação dos clientes

## 5 – Instalações

Em que medida se considera satisfeito com as instalações e os serviços oferecidos neste Serviço de Urgência em relação a:



		Muito Satisfeito	Bastante Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Muito Pouco Satisfeito
Estrutura Física	Luminosidade					
	Climatização					
	Ruído					
	Espaços físicos					
Disponibilidade de cadeiras ou cadeirões						
Limpeza das instalações						
Privacidade para estar com o familiar						
Informação disponibilizada sobre acesso aos bares ou máquinas dispensadoras						

**6.- Expectativas:** Na sua opinião, em caso de um novo episódio de urgência, voltaria a este hospital?

Sim;  Não;  Prefiro não responder

## 7 - Satisfação global

Em que medida se considera satisfeito em relação aos serviços prestados pelo serviço de Urgência deste hospital

Muito Satisfeito	Bastante Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Muito Pouco Satisfeito

## 8 - Sugestões para a melhoria no Atendimento

Refira um ponto positivo da sua experiência no Serviço de Urgência deste hospital

---

Refira um ponto menos positivo da sua experiência no Serviço de Urgência deste hospital

---

# Questionário de Avaliação Satisfação dos utentes

## Serviço de Urgência Geral

O Serviço de Urgência deste hospital tem sido alvo de inúmeras reformas na sua organização e distribuição devido a grande afluência de pessoas que a ele recorrem.

A satisfação com os cuidados recebidos erguem-se elementos chave para obter cada vez melhoras assistenciais que visem aumentar a qualidade dos serviços prestados.

O questionário não tem respostas certas ou erradas pretendemos apenas a sua opinião pessoal e sincera de **forma completamente anónima.**

***Deixe o seu questionário na caixa localizada na zona de admissão de doentes ou junto do serviço informativo.***

## 1- Variáveis sócio-demográficas

1.1- Género: Feminino  Masculino  Idade: \_\_\_\_ anos

1.2- Habilitações:  Ensino básico;  Ensino secundário;  
 Cursos Profissionalizantes;  Ensino superior.

1.3- Profissão: \_\_\_\_\_

## 2- Atendimento

2.1- Já tinha sido admitido neste serviço de urgência em episódios anteriores?

Sim;  Não;

2.2.- Foi esclarecido a respeito do sistema de triagem de doentes (código de cores)?

Sim;  Não

2.3.- Qual foi a prioridade que lhe foi atribuída na triagem

Azul  Verde.  Amarela  Laranja  Vermelha

2.4- Quanto tempo decorreu entre a Triagem e a chamada para um dos sectores de atendimento?

0 minutos  Até 10 min.  Até 60 min.  Até 120min.  
 Até 240 min;  Mais de 240 min.

2.5- Qual foi o sector para onde foi encaminhado?

Reanimação;  Atendimento Geral;  Balcão de Atendimento;  
 Gabinete Psiquiatria;  Peq. Cirurgia;  Sala de Trauma;  
 Ortopedia;  Sala de Decisão Clínica;  SO.

3- Qual o seu grau de satisfação em relação ao acolhimento que teve neste serviço, por parte dos profissionais abaixo:

	Muito satisfeito	Bastante satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito
Serviço Administrativo/Informativo					
Enfermeiro					
Assistente Operacional					
Médico					

## 4 - Profissionais de Saúde

Com base no atendimento recebido neste Serviço de urgência, em que medida se considera satisfeito com os profissionais de saúde em relação a:

	Tempo para obtenção de informação	Disponibilidade na transmissão da informação	Conteúdo da informação transmitida	Respeito pela privacidade	Simpatia Delicadeza
<b>Serviço Administrativo/ Informativo</b>	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito
<b>Enfermeiros</b>	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito
<b>Assistentes Operacionais</b>	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito
<b>Médicos</b>	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito

---

## **ANEXO XXXIII**

Questionário de Avaliação Satisfação do Acompanhamento  
Familiar/pessoa significativa

#### 4 - Instalações

Como acompanhante, em que medida considera que se encontram adequadas as instalações deste Serviço de Urgência em relação a:

		Muito Adequada	Adequada	Aceitável	Pouco adequada	Muito Pouco adequada
Estrutura Física	Luminosidade					
	Climatização					
	Ruído					
	Espaços físicos					
Disponibilidade de cadeiras ou cadeirões						
Limpeza das instalações						
Privacidade para estar com o familiar						
Informação disponibilizada sobre acesso aos bares ou máquinas dispensadoras						

#### 5 - Satisfação global

Em que medida se considera satisfeito em relação ao acompanhamento familiar neste Serviço de Urgência

Muito Satisfeito	Bastante Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Muito Pouco Satisfeito

#### 6 - Sugestões para a melhoria no Atendimento

Refira um ponto positivo da sua experiência como acompanhante no Serviço de Urgência deste hospital

---

Refira um ponto menos positivo da sua experiência como acompanhante no Serviço de Urgência deste hospital

---

## Questionário de Avaliação Satisfação do Acompanhamento Familiar/pessoa significativa

### Serviço de Urgência Geral

A Lei nº 33/2009 de 14 de Julho reconhece e garante o direito de acompanhamento.

Conhecer a sua opinião enquanto acompanhante é fundamental para promover a humanização do espaço e dos cuidados prestados e oferecer serviços de maior qualidade.

O questionário não tem respostas certas ou erradas pretendemos apenas a sua opinião pessoal e sincera de **forma completamente anónima.**

**Deixe o seu questionário na caixa localizada na zona de admissão de doentes ou junto do serviço informativo.**

## 1- Variáveis sócio-demográficas

1.1- Género: Feminino  Idade: \_\_\_\_ anos  
 Masculino

1.2- Habilitações:  Ensino básico;  Ensino secundário;  
 Cursos Profissionalizantes;  Ensino superior.

1.3- Parentesco:  Esposa(o);  Filha(o);  Irmã(o);  Amiga(o);  
 Outro: \_\_\_\_\_

## 2- Atendimento

2.1- Já tinha conhecimento do direito de acompanhamento familiar nos Serviços de Urgência do Sistema Nacional de Saúde?

Sim;  Não;

2.2- Como classifica a informação disponibilizada/acessível sobre o direito de acompanhamento no Serviço de Urgência deste hospital?

Muito Boa;  Boa;  Suficiente;  Insuficiente;  Muito Insuficiente.

2.3- Quem o orientou acerca do acompanhamento familiar neste Serviço de Urgência?

Leitura de painéis afixados;  O Enfermeiro;

O Assistente Operacional;  Os Serviços Administrativos/Informativos;

Outro: \_\_\_\_\_

2.4- Quanto tempo decorreu até poder acompanhar fisicamente o seu familiar?

0 minutos  Até 10 min.  Até 60 min.  Até 120min.

Até 240 min;  Mais de 240 min.

2.5- Qual foi o sector onde acompanhou o seu familiar?

Reanimação;  Atendimento Geral;  Balcão de Atendimento;

Gabinete Psiquiatria;  Peq. Cirurgia;  Sala de Trauma;

Ortopedia;  Sala de Decisão Clínica;  SO.

## 3 - Profissionais de Saúde

Com base no atendimento recebido neste Serviço de urgência, em que medida se considera satisfeito com os profissionais de saúde em relação a:

	Tempo para obtenção de informação	Disponibilidade na transmissão da informação	Conteúdo da informação transmitida	Respeito pela privacidade	Simpatia Delicadeza
<b>Serviço Administrativo/ Informativo</b>	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito
<b>Enfermeiros</b>	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito
<b>Assistentes Operacionais</b>	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito
<b>Médicos</b>	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito <input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito Pouco Satisfeito

---

## **ANEXO XXXIV**

Pedido de autorização para a realização do Questionário de Avaliação Satisfação do Acompanhamento Familiar/pessoa significativa

À Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Chefe Lurdes Almeida  
Serviço de Urgência Geral  
Hospital de São Francisco Xavier EPE

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de questionários aos acompanhantes dos utentes admitidos no serviço de urgência deste hospital.

Daniel Lanzas Martin, aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica do ICS, Universidade Católica Portuguesa, em colaboração com a Enf.<sup>a</sup> Florinda Galinha, vem por este meio solicitar autorização para a aplicação de um questionário aos acompanhantes dos utentes admitidos no serviço de urgência deste hospital, no âmbito do Projecto de Estágio, onde será desenvolvida a temática relacionada com a avaliação da satisfação do acompanhamento familiar/pessoa significativa. O Ensino Clínico no serviço de urgência está a ser orientado pela Sra. Enf.<sup>a</sup> Esp. Ana Paula António e coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Paula Batista, da Universidade Católica.

Tendo como substrato a Lei n.º 33/2009 referente ao acompanhamento familiar nos serviços de urgência do Sistema Nacional de Saúde, pretende-se conhecer a opinião dos familiares, enquanto acompanhantes, no sentido de identificar áreas de intervenção e promover a qualidade dos cuidados e a humanização dos espaços.

Para a elaboração do questionário foi definido o seguinte objectivo:

- Analisar o grau de satisfação dos familiares face ao acompanhamento familiar no serviço de urgência.

Os dados obtidos da aplicação do questionário serão tratados de forma confidencial e anónima. A metodologia utilizada será a análise quantitativa e os resultados serão divulgados à equipa através de uma acção de formação e, posteriormente, se necessário, serão sugeridas estratégias de mudança.

Agradeço desde já a vossa atenção.

Pede deferimento

Discente: Enf.º Daniel Lanzas

Docente: Prof.<sup>a</sup> Paula Batista

Lisboa, Janeiro de 2011

---

## **ANEXO XXXV**

Trabalho: Avaliação Satisfação com o Acompanhamento do  
Familiar/pessoa significativa



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDICO CIRÚRGICA**

**Satisfação do utente e acompanhamento familiar  
no serviço de Urgência do Hospital de São  
Francisco Xavier**

**Aluno:** Daniel Lanzas Martin N° 192009045

**Sob Coordenação de:** Professora Patrícia Pontífice

**Sob tutoria de:** Professora Paula Batista

**Sob Orientação de:** Enf. Esp. Ana Paula António

**Sintra, Janeiro de 2011**

## **Lista de siglas**

**CHLO** – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

**HSFX** – Hospital de São Francisco Xavier

**SFX** – São Francisco Xavier

**SERVQUAL** –

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SU** – Serviço de Urgência

## **INTRODUÇÃO**

O enfermeiro, no desenvolvimento das suas competências, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, doente ou saudável ao longo do ciclo vital; assim como ao grupo social onde se encontra integrado, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde tão rapidamente quanto possível (alínea I do Artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996). Adoptando o doente renal e a sua família como fio condutor do projecto, procurei direccionar a minha intervenção como enfermeiro especialista na abordagem de este tipo de doentes, desta vez no serviço de urgência hospitalar.

Tendo em conta as minhas necessidades de aprendizagem nesta área, procurei um SU geral, polivalente que reunisse uma maior diversidade de especialidades médicas e cirúrgicas. Das realidades existentes na área da grande Lisboa, o Hospital de SFX pareceu, reunir os requisitos que procurava. O Hospital de SFX faz parte do CHLO E.P.E. juntamente com os Hospitais de Santa Cruz e Egas Moniz, de acordo com o estipulado no artigo 1º do Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro de 2005.

O contexto de estágio tem fornecido experiências altamente enriquecedoras. Participar com a enfermeira orientadora nos seus diferentes sectores, sempre na prestação de cuidados ao doente em situação de urgência, tem ajudado a caracterizar a unidade, verificar um serviço estruturalmente organizado com profissionais motivados e bem estruturado desde o ponto de vista de cuidados de enfermagem.

Durante o período de estágio participei principalmente na reanimação. Para muitos, esta sala é a porta de entrada para o SU. No primeiro contacto entre os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, o doente e a sua família torna-se essencial demonstrar disponibilidade em estabelecer uma relação terapêutica. O tipo de relação que se estabelece, pode ser determinante na satisfação do utente e na qualidade percebida pelos serviços prestados.

A equipa de enfermagem do SU, tem demonstrado uma grande preocupação em divulgar e promover o direito ao acompanhamento entre os utentes, mediante a distribuição de panfletos informativos, placards na parede contendo fragmentos da lei, entre outros. Dois meses antes da entrada em vigor da lei, houve formação específica para os profissionais e, nomeadamente, para os enfermeiros na área da família e mediação familiar e foi elaborada uma norma interna de regulamentação do acompanhamento. Para o serviço, avaliar a satisfação dos familiares dos utentes em relação ao acompanhamento seis meses depois da sua implementação supunha uma necessidade. Neste sentido, procurei a forma de conhecer qual o método ideal para conhecer a eficácia das medidas implementadas. Surgiu assim o conceito de satisfação com o acompanhamento familiar dos utentes admitidos no SU e, desta forma, avaliar o trabalho desenvolvido pelo SU nesta temática. Questionei a enfermeira orientadora se já

existia algum questionário de satisfação do SU e se era necessário identificar itens que respondam a critérios de satisfação. Posteriormente, juntamente com a enfermeira orientadora e a enfermeira Chefe, validei a necessidade de projectar um questionário de satisfação como o acompanhamento familiar adaptado ao SU do Hospital SFX que permitisse avaliar eficácia das medidas implementadas. Simultaneamente, surgiu a necessidade de avaliar a satisfação do utente com os serviços prestados pelos profissionais implicados no atendimento ao utente admitido no SU.

Considerando a tempo disponível para o estágio, os objectivos propostos foram, em primeiro lugar, desenhar um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes admitidos face ao atendimento no SU. Em segundo lugar, analisar o grau de satisfação dos familiares face ao acompanhamento familiar no SU.

### **O serviço de urgência**

As unidades de urgência hospitalares descrevem o local destinado para o atendimento a pessoas que necessitam de assistência urgente em situações críticas para evitar a morte, prolongar a vida ou prevenir consequências prejudiciais para a saúde (Girardon-Perlini e Pilato, 2008, p.722). Em Portugal, os serviços de urgência transformaram-se ao longo dos anos na porta de entrada para o SNS e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando o funcionamento regular dos serviços de diagnóstico complementar e terapêutico, assim como os serviços de internamento e ambulatorios. (DGS, 2001, p.6). Durante os últimos 20 anos, os SU foram alvo de inúmeras reformas na sua organização e distribuição devido a grande afluência de pessoas que a ele recorrem. No entanto, ainda se verificam grandes disfunções difíceis de resolver (Idem).

De acordo com Neto, Ribeiro, Magalhaes, Torres e Mendes (2003, p.216) o SU representa um lugar que deve ser analisado desde um ponto de vista estrutural, organizacional e funcional. Para estes autores (idem), o desajustamento estrutural, que por se encontrarem obsoletos, quer por falta de estudos na sua execução, implica dificuldades no atendimento e resultados negativos. Em relação a organização, o SU, deve ter uma função reactiva devidamente definida que coordene as diversas partes para funcionar como um todo, onde a comunicação e a informação sistematizada fluam numa gestão que se pretende participativa e organizada. Por último, a grande afluência a este tipo de serviço, dificultam o atendimento eficaz para quem aí recorre. Neste sentido, Pego (1998) citada por Carmo (2007, p.27) refere que o principal problema dos SU em Portugal, relaciona-se com a falta de confiança dos cidadãos nos serviços de atenção primária, a grande concentração de técnicos e tecnologias especiais em regime aberto as 24 horas, a facilidade de acesso sem marcação prévia, o envio inadequado pelos médicos de família de alguns dos seus doentes, a inexistência de estruturas de apoio à

comunidade para doentes crónicos e terminais que motiva o “abandono” de idosos. A grande procura dos SU, conduz a situações de exaustão para os profissionais e situações de insatisfação por parte dos clientes.

O Hospital de SFX, S.A. é um Hospital Geral, Central, onde estão sediadas a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da Zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes. Segundo a DGS (2001, p.10) o SU Geral é considerado um serviço de urgência polivalente em articulação directa com o Hospital de Egas Moniz.

Dados relativos ao primeiro semestre de 2008 e 2009, espelham um aumento de 44% das reclamações em 2009 em relação ao mesmo período de 2008. O SU geral deste hospital, foi alvo de 305 reclamações (em 52118 doentes admitidos,) o que constitui 51,9% das reclamações registadas no hospital (588 reclamações). A causa mais frequente motivo de reclamação refere-se ao tempo de espera para o primeiro atendimento após a triagem. A segunda mais frequente prende-se com o tempo de espera para a segunda observação, após a realização de exames complementares diagnósticos ou encaminhamento para outra especialidade.

### **Cuidados de enfermagem ao utente no SU**

Para Alminhas (2007, p.59), o SU é particularmente despersonalizante, sendo que por vezes na admissão, o doente pouco pode decidir sobre os cuidados a receber, a privacidade, a socialização, ou aceitação de alguma intervenção. Para esta autora, o doente no SU pode sentir-se privado do seu papel social, pelo que a actuação do enfermeiro para dar continuidade a esses relacionamentos torna-se fundamental. Neste sentido Neto, Ribeiro, Magalhaes, Torres e Mendes (2003, p.216) descrevem-no como um lugar desconhecido para o doente que pode ocasionar conflitos interiores na procura de referências que lhe permitam encontrar estabilidade e auto-controle. A família sente-se relegada pela falta de informação, pelo medo e a angústia do prognóstico. Existe a sensação de que não é dada toda a informação e o pouco tempo dispensado, origina sentimentos de ansiedade e stress entre os seus membros. Por estes motivos, os autores asseguram que, este serviço exige uma grande capacidade de adaptação a nível mental e emocional. Ainda, Liberardo (2004, p.19), reconhece que a doença de um dos seus membros, vai converter-se em doença familiar, surgindo preocupações com a gravidade da doença, o sofrimento e a possível morte. Este autor salienta a importância de não menosprezar estes aspectos no atendimento ao utente. Em Portugal, a Lei 33/2009 de 14 de Julho reconhece e garante o direito ao acompanhamento pelo familiar ou por pessoas significativas a qualquer cidadão admitido no SU do SNS. Deve ser solicitado na admissão e desde esse momento, pode permanecer junto ao doente salvo momentos em que os profissionais de saúde solicitem a sua saída nos termos previstos na Lei.

Na opinião de Alminhas (2007, p.57) a enfermagem de urgência representa a prestação de cuidados a indivíduos, de forma transversal ao seu ciclo vital, que apresentem alterações de saúde físicas ou psíquicas, percebidas ou reais, não diagnosticada ou que necessitem de outras intervenções. Para esta autora, a enfermagem de urgência é “*um misto complexo de capacidades, experiência, saber personalizado*”. Ou seja, cuidar no SU implica um alto grau de conhecimentos científico técnicos, rapidez, agilidade e diplomacia no domínio das situações com que, na maior parte das vezes, reflectem risco de vida para o utente. No entanto, o enfermeiro não deve descurar a capacidade de criar um clima de confiança, escutar o outro em vez de discursar, compreender e reformular em tempo oportuno os comentários do utente (Neto, Ribeiro, Magalhaes, Torres e Mendes 2003, p.218).

### **A satisfação do utente**

A satisfação refere-se a um conceito subjectivo e continuamente sujeito a mutações (Falcão, Trindade, Cruz, Laranjeira, Nogueira, Simões, Freitas, Santos, Lopes, Antunes, Baia, Martins, Sequeira, Meira, Soares, Corado, 2004, p.45). Na opinião de Carr-Hill (1999) citado por Miguel e Pereira (2007, p.61) defende que a satisfação humana encontra-se influenciada pelos estilos de vida, experiências anteriores, expectativas futuras, os valores individuais e os da sociedade. Por este motivo, torna-se um elemento de difícil definição dada a sua natureza multidimensional. Em relação aos cuidados de saúde, os factores que influenciam a satisfação do utente podem relacionar-se com a disponibilidade e acessibilidade a uma consulta, as características do ambiente, a confiança, as competências dos profissionais, a informação facilitada, entre outros (Gonzalez, Padín, Ramón, 2005, p.148).

A mudança sociocultural dos últimos anos em relação aos cuidados de saúde oferecidos pelos profissionais e instituições, reflectem-se nas exigências dos utentes em obter melhorias assistenciais que visem aumentar a qualidade dos serviços prestados. Por este motivo, a avaliação da opinião dos utentes e a satisfação com os cuidados recebidos erguem-se elementos chave neste processo (Blanco, Sánchez, Chinchilla, Cobrero, Mediavilla, Rodríguez, Cuñado (2010, p.23). Para estes autores (2010, p.24), a satisfação dos utentes de um sistema sanitário e qualidade assistencial, são conceitos intimamente relacionados. Por outras palavras, avaliar a satisfação dos utentes implica avaliar a qualidade do serviço prestado.

Nesta linha de pensamento Cuñado, Bernardo, Rial, Marco, García (2002, p.274) e, posteriormente, Ribeiro (2005, p.53) espelham que quando tomamos por área de atenção a satisfação dos utentes e se relaciona com os cuidados de enfermagem, aparece a satisfação como um relevante indicador para a caracterização da qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro. Ainda, Miguel e Pereira (2007, p.62) defendem que qualidade de cuidados é o

resultado da satisfação das necessidades e expectativas dos utentes e o adequado funcionamento dos processos.

Para a medida da satisfação existem numerosas escalas e questionários validados. Contudo, Ribeiro (2005, p.53) refere que não existem instrumentos de medida culturalmente adequados para a população portuguesa. Na bibliografia consultada, evidenciam-se diferentes instrumentos de avaliação da satisfação, sendo a maior parte construídos para o efeito. Os estudos consultados não indicam se foram validados, pelo que a validade dos resultados podem estar condicionados apenas para a realidade onde foi aplicado.

### **Acompanhamento familiar**

A Lei nº 33/2009 de 14 de Julho regula, reconhece e garante direito de acompanhamento dos utentes dos SU do SNS por uma pessoa por ele indicada. Se a situação clínica do utente não permite a declaração de vontade, o SU pode solicitar a demonstração do parentesco ou relação invocada. O acompanhamento, pode ser sempre efectuado desde que o utente assim o determine, não prejudique a organização e funcionamento do SU e o acompanhante demonstre civismo, respeito e obediência às indicações dos profissionais de saúde. Segundo a lei, o acompanhamento deve ser sempre garantido, no entanto, a lei prevê que em caso de desrespeito ou desobediência, o SU pode impedir o acompanhante de permanecer junto do doente, sendo necessário identificar outro acompanhante.

Na opinião de Vieira (2007, p.83): *“A família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados”*. Considerar a família como fenómeno humano e social conduz para a humanização dos cuidados, ou seja, a qualidade humana com que é dada resposta às exigências do outro (Liberardo 2004, p.20). A família vista como parceiro no papel de prestador de cuidados informais revela-se uma importante fonte de informação. Por este motivo, as necessidades da família do utente admitido no SU, não podem ser desatendidas. De acordo com Liberardo (2004, p.20), o enfermeiro deve manter com a família a mesma atitude que mantém com o utente, sem delegar em outros as responsabilidades que daí advêm. Neste sentido, Hidalgo, Vélez e Pueyo (2007, p.108), defendem que os enfermeiros podem ser uma grande influência na satisfação rápida e eficaz das necessidades da família, visto que são os profissionais que permanecem mais tempo junto a eles, sendo especialmente importante no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.

## **METODOLOGIA**

O trabalho foi dividido em duas partes. A primeira parte procura desenhar um instrumento de medida. Para tal, e com recurso à internet, foi feita uma revisão sistemática da literatura relacionando os conceitos satisfação, serviço de urgência e enfermagem. Foram consultadas a base de dados da Ordem dos enfermeiros (EBSCO), o sítio de internet da Doyma.es, a base de dados da biblioteca da Universidade Católica Portuguesa (Pólo de Sintra) e o motor de busca Google.

Foram seleccionados os artigos publicados em revistas nacionais e internacionais entre 2003 e 2010 inclusive, de acesso gratuito para o pesquisador com as palavras satisfação do utente e enfermagem no título. A questão de partida foi identificar as principais temáticas abordadas nos instrumentos utilizados para avaliar o grau de satisfação do utente no atendimento no SU. A partir dos seis estudos seleccionados (tabela I), foi elaborado um questionário de satisfação para o utente e um questionário de satisfação da família para o acompanhamento familiar. Ainda, foram adaptados vários artigos da Lei nº 33/2009 de 14 de Julho para completar o questionário de satisfação para o acompanhamento familiar. Antes da sua validação foi corrigido por três enfermeiras do SU.

Como a prioridade do serviço prende-se com a avaliação da eficácia das medidas introduzidas para o acompanhamento familiar no SU, foi solicitada autorização à Sra. Enfermeira Chefe Lurdes Almeida para distribuir os questionários aos acompanhantes SU. A Sra. Enfermeira Chefe deu o parecer positivo. Assim, foram distribuídos no SU entre o dia 13 de Janeiro e o dia 3 de Fevereiro de 2001. A população de estudo estava composta por todas as pessoas que exerciam o direito ao acompanhamento dos doentes admitidos no SU.

Autor/es	Título do artigo	Tipo de abordagem	Tipo de estudo	Instrumento utilizado	Validação do instrumento	Aspectos analisados
<b>Neto, A; Ribeiro, LM; Magalhães, LM; Torres, M; Mendes, MJ.</b>	Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência	Quantitativa	Descritivo e exploratório	Questionário elaborado pelos autores	Não referido	Competência Simpatia Respeito Tempo de espera Informação Acompanhamento Ambiente
<b>Vários Autores</b>	Satisfação na relação Enfermeiro-utente	Quantitativa	Descritiva e correlacional	Questionario adaptado à realidade dos autores	Não referida	Ruído Relação Amenidades
<b>Miguel, CP; Pereira, M</b>	Satisfação dos utentes do centro de saúde de Mogadouro, face aos cuidados de enfermagem	Quantitativa	Descritivo	Entrevista estruturada com questões fechadas e resposta em escala tipo Likert	Não referido	Conhecer o nome do enfermeiro Respeito Privacidade Comunicação Competência
<b>Carmo, M</b>	Motivação profissional, qualidade de cuidados percebidos e satisfação dos utentes	Quantitativa	Descritivo e exploratório	SERVQUAL	Instrumento validado (Martins 2003)	Competência Instalações hospitalares Variáveis demográficas
<b>Valentín, MA; López, S; Garrido, E.</b>	Satisfacción del paciente con la atención de enfermería	Quantitativa	Descritivo	SERVQUAL adaptada para enfermería	Instrumento validado	Confiança Competência Comunicação Ambiente
<b>Blanco, et al</b>	La satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros	Quantitativa	Descritivo	CECSS	Instrumento validado	Competência Informação Instalações

**Tabela 1.- Estudos seleccionados para elaboração do questionário.**

## RESULTADOS

Durante o período de estudo foram recolhidos 80 questionários, dos quais 20 foram eliminados por estarem incompletos.

A amostra foi heterogénea, sendo o 74,2% do género feminino. A média de idade situa-se nos  $46,4 \pm 12,6$  anos. Em relação às habilitações, o ensino secundário e o ensino superior são as mais frequentes com 45,2% e 35,5% respectivamente. A pessoa que normalmente acompanha é a filha com 38,7% e a esposa com 21% do total. O amigo aparece em terceiro lugar, como acompanhante com 11,8% do total.

Em relação ao conhecimento do direito do acompanhamento familiar, 69,4% já tinham conhecimento.

O gráfico I indica que a informação disponibilizada/acessível pelo SU em relação sobre o direito ao acompanhamento no SU é boa /suficiente com 51,6% do total.

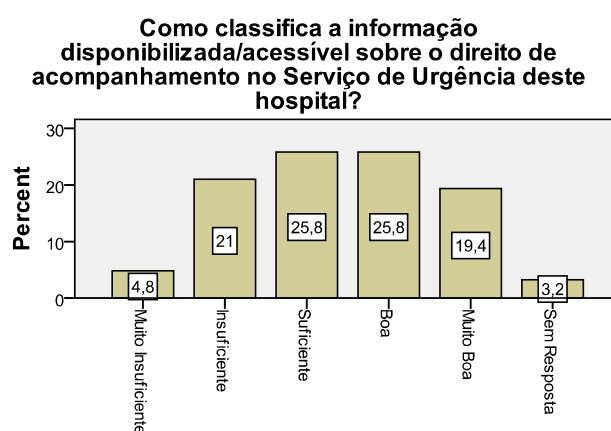
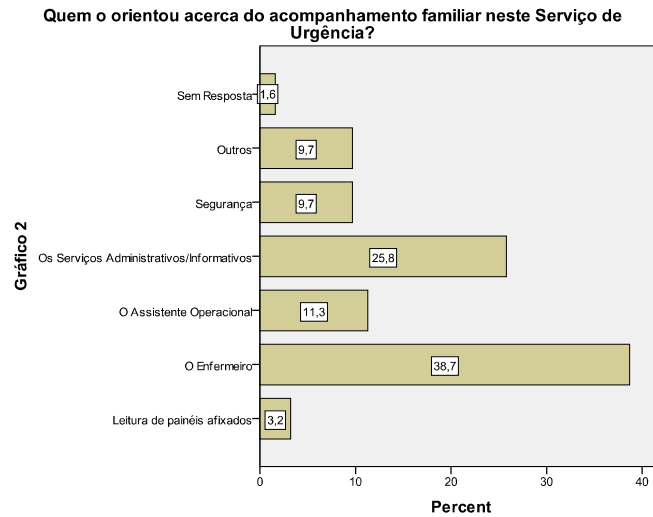
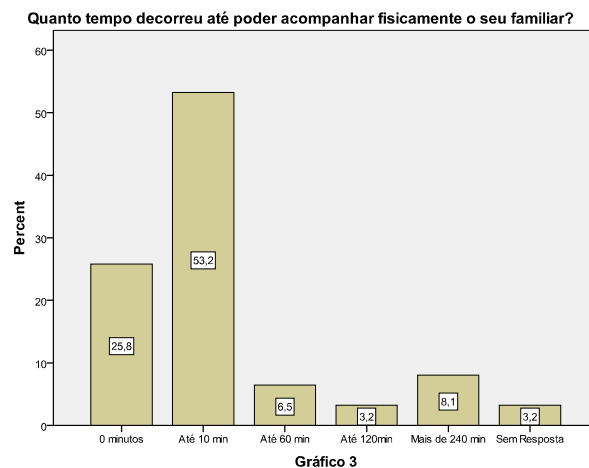


Gráfico 1

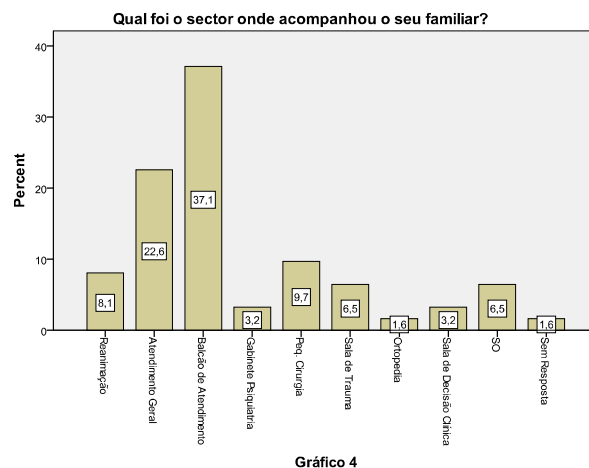
Para a questão Quem o orientou acerca do acompanhamento familiar neste Serviço de Urgência. O enfermeiro na triagem sobressai com 38,7% do total. Em segundo lugar aparece os Serviços informativos com 25,8% (Gráfico 2).



O tempo de espera até o acompanhamento não superou os 10 minutos em 80% dos inquiridos (Gráfico 3)



O sector para onde acompanhou o familiar foi o balcão de atendimento com 37,1% dos inquiridos. O segundo sector com mais respostas foi o atendimento geral com 22,6%.



O grau de satisfação dos acompanhantes em relação ao direito a informação, evidencia-se que estão satisfeitos/muito satisfeitos. Para os itens relacionados com a privacidade e simpatia, os acompanhantes referem estar muito satisfeitos. Existe uma especial preocupação por parte dos profissionais e nomeadamente pelos enfermeiros de promover o direito a informação e um atendimento dignificante para o utente e o seu familiar.

	Tempo obtenção informação	Disponibil. transmissão informação	Conteúdo informação transmitida	Respeito pela privacidade	Simpatia e delicadeza
Administ. Informativo	BASTANTE SATISFEITO	SATISFEITO	SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
Enfermeiros	MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
Médicos	MUITO SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
Assistentes Operacion.	SATISFEITO	SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	MUITO SATISFEITO

O enfermeiro merece uma especial atenção na apresentação dos resultados por ser a minha área de actuação. Os seguintes gráficos apresentam especificamente o grau de satisfação dos acompanhantes em relação ao direito a informação efectuada pelos enfermeiros. Os inquiridos afirmam que encontram-se muito satisfeitos com o tempo de espera até obter informações por parte do enfermeiro com 40,3% (Gráfico 5).

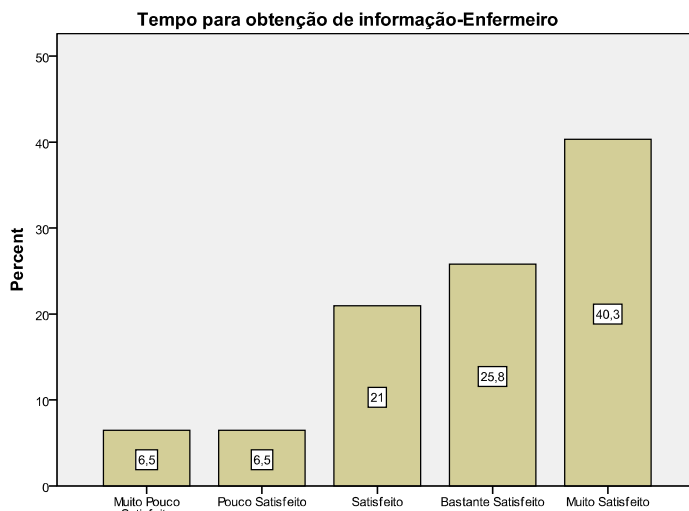


Gráfico 5

Em relação a disponibilidade na transmissão da informação (Gráfico 6), os acompanhantes mostram-se satisfeitos com o atendimento de enfermagem (39,3%).

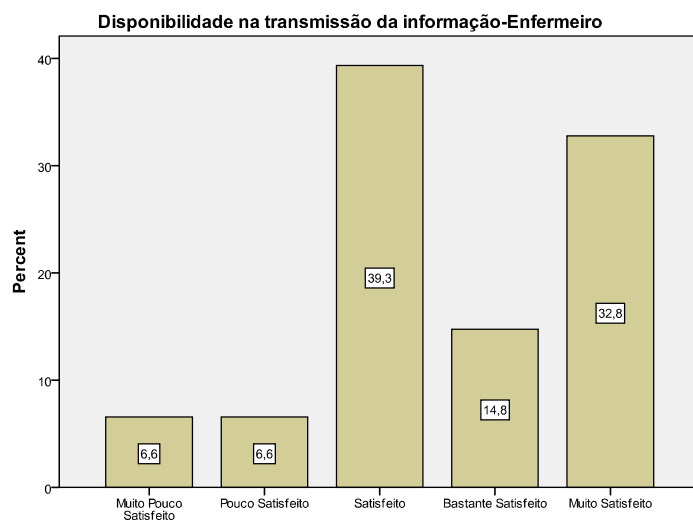


Gráfico 6

Como demonstra o gráfico 7, os acompanhantes estão satisfeitos com o conteúdo das informações disponibilizadas pelo enfermeiro com 35,5% das respostas.

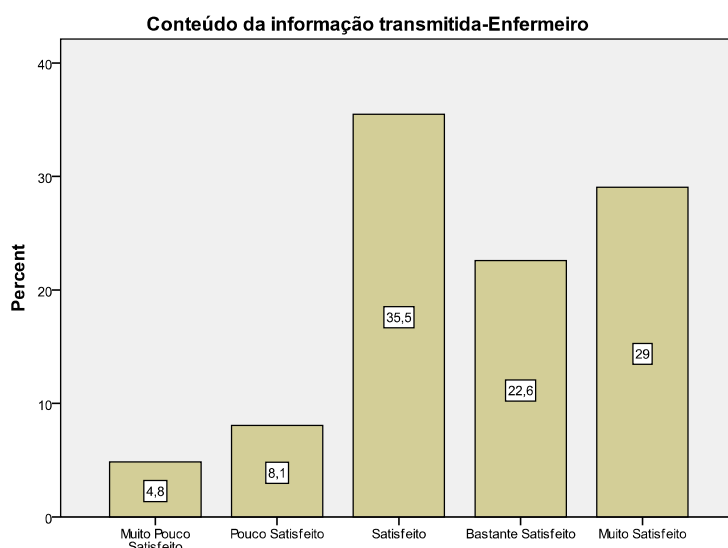
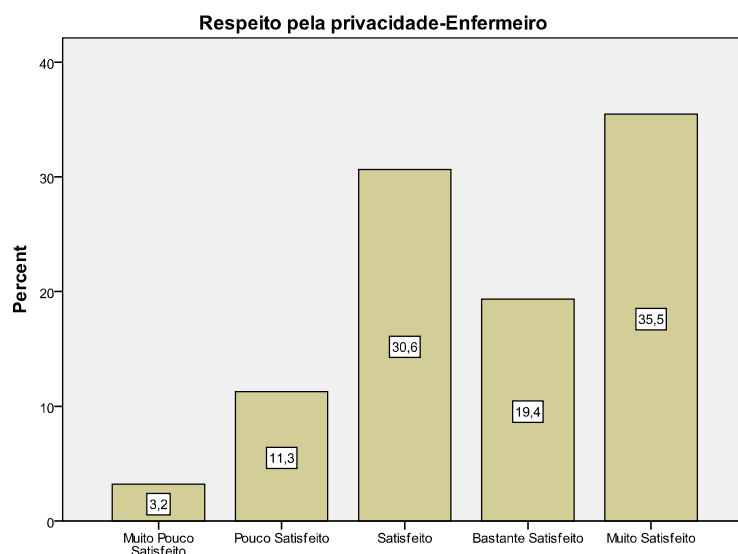


Gráfico 7

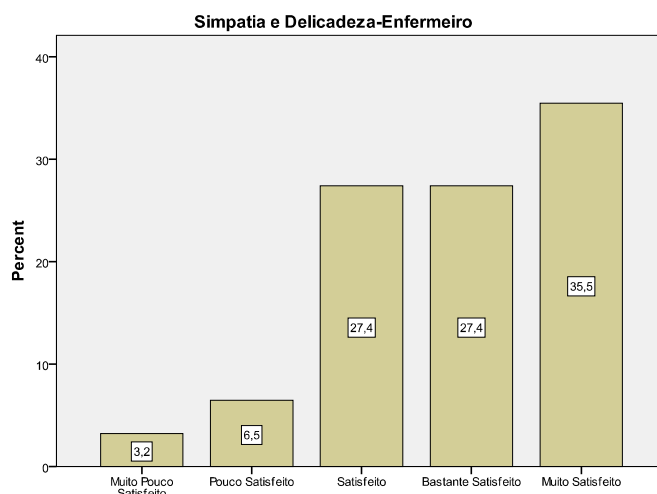
Embora os dois últimos itens, não estão relacionados directamente com o direito a informação, o respeito pela privacidade para acompanhar o doente e a simpatia e delicadeza, dão uma visão do contexto em que as informações são transmitidas.

De acordo com o 35,5% dos acompanhantes inquiridos (Gráfico 8), encontram-se muito satisfeitos com o respeito pela privacidade promovido pelo enfermeiro.



**Gráfico 8**

Em relação à simpatia e delicadeza com a transmissão das informações pelos enfermeiros, 35,5% dos inquiridos, refere estar muito satisfeito (Gráfico 9).



**Gráfico 9**

A qualidade das instalações também está abrangida pela lei (artigo 5º), necessitando de adequar as mesmas para que os utentes possam usufruir do promover o acompanhamento. As tabelas apresentadas em baixo reflectem o grau de satisfação que os acompanhantes referiram no inquérito.

Em relação à Luminosidade a climatização, os inquiridos achavam que eram adequadas.

<b>Estrutura Física - Luminosidade</b>	
	Percent
Muito Pouco adequada	4,8
Pouco Adequada	1,6
Aceitável	16,1
Adequada	61,3
Muito Adequada	14,5
Sem Resposta	1,6

<b>Estrutura Física - Climatização</b>	
	Percent
Muito Pouco adequada	6,5
Pouco Adequada	8,1
Aceitável	25,8
Adequada	48,4
Muito Adequada	8,1
Sem Resposta	3,2

Os acompanhantes acharam aceitável o ruído do SU, e adequadas as estruturas físicas

<b>Estrutura Física – Ruído</b>	
	Percent
Muito Pouco adequada	9,7
Pouco Adequada	16,1
Aceitável	38,7
Adequada	25,8
Muito Adequada	3,2
Sem Resposta	6,52

<b>Estrutura Física–Espaços Físicos</b>	
	Percent
Muito Pouco adequada	14,5
Pouco Adequada	12,9
Aceitável	29
Adequada	38,7
Muito Adequada	0
Sem Resposta	4,8

Os acompanhantes consideraram aceitável a disponibilidade de cadeiras e cadeirões. A satisfação com a limpeza das instalações era adequada.

Estrutura Física – Disponibilidade de cadeiras/cadeirões	
	Percent
Muito Pouco adequada	16,1
Pouco Adequada	19,4
Aceitável	24,2
Adequada	22,6
Muito Adequada	8,1
Sem Resposta	9,7

Estrutura Física – Limpeza das instalações	
	Percent
Muito Pouco adequada	4,8
Pouco Adequada	8,1
Aceitável	33,9
Adequada	35,5
Muito Adequada	14,5
Sem Resposta	3,2

Por último, o grau de satisfação com a privacidade para estar com o familiar era aceitável e a informação dispensada para encontrar bares ou máquinas dispensadoras era adequada.

Estrutura Física - Privacidade para estar com o familiar.	
	Percent
Muito Pouco adequada	8,1
Pouco Adequada	14,5
Aceitável	30,6
Adequada	29
Muito Adequada	11,3
Sem Resposta	6,5

Estrutura Física - Informação a bares ou máquinas dispensadoras	
	Percent
Muito Pouco adequada	3,2
Pouco Adequada	12,9
Aceitável	29
Adequada	43
Muito Adequada	4,8
Sem Resposta	6,5

O grau de satisfação global referido com o direito ao acompanhamento no SU é satisfeito (Gráfico 10).

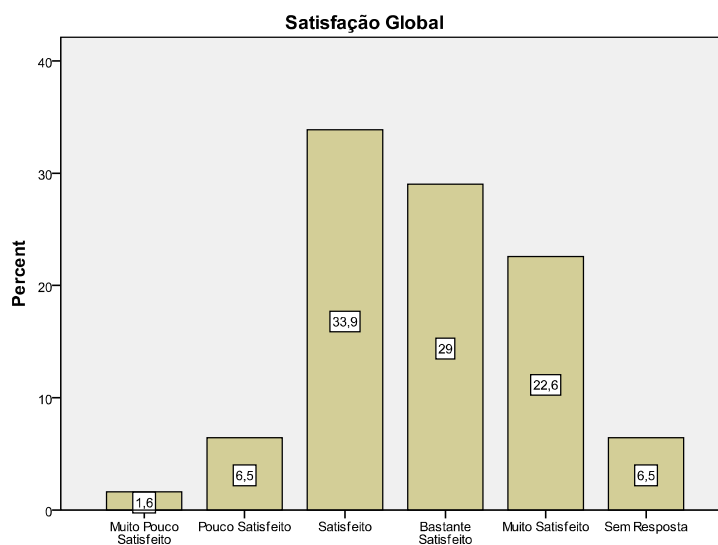


Gráfico 10

## **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

Conhecer a opinião dos acompanhantes dos utentes admitidos no SU em relação ao direito de acompanhamento constitui um importante elemento de medida da qualidade assistencial. À luz dos resultados obtidos, pode afirmar-se que os acompanhantes estão satisfeitos com o direito que fazem sobre o acompanhamento. No entanto, ainda existem aspectos que podem ser melhorados e constitui um novo desafio. De acordo com os resultados obtidos, os enfermeiros realizam um grande labor na promoção da lei, mesmo durante o atendimento.

De acordo com o grau de satisfação dos utentes, algumas das estruturas que compõem o SU, necessitam de ser melhoradas, como por exemplo a disponibilidade de cadeiras ou a privacidade para acompanhar o doente.

## **Bibliografia**

- ALMINHAS, S. Cuidar da pessoa no serviço de urgência. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. 75 (Novembro 2007), p. 57-60.
- BLANCO, S; SÁNCHEZ, F; CHINCHILLA, MA; COBRERO, EM; MEDIAVILLA, M; RODRÍGUEZ, A; CUÑADO, A. La satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. **Enfermería Clínica**. ISSN: 1130-8621, Vol. 20, nº 1 (2010), p.23-31.
- CARMO, M. Motivação profissional, qualidade de cuidados percebido e satisfação dos utentes. **Revista Investigação em Enfermagem**. ISSN 0874-7695, nº 15 (Fevereiro 2007), p. 24-37.
- CUÑADO, A; BERNARDO, C; RIAL, C; MARCO, A; GARCÍA, F. Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). **Enfermería Clínica**. ISSN: 1130-8621, Vol. 12, nº 5 (2002), p.273-80.
- DECRETO-LEI nº 161/96. **D.R. I Série-A**. 205 (1996-09-04) 2959-2962 (Regulamento do Exercício da Profissional dos Enfermeiros)
- FALCÃO, F; TRINDADE, A; CRUZ, A; LARANJEIRA, A; NOGUEIRA, A; SIMOES, G; FREITAS, I; SANTOS, I; LOPES, JM; ANTUNES, L; BAIA, L; MARTINS, M; SEQUEIRA, M; MEIRA, R; SOARES, R; CORADO, S. Satisfação na relação Enfermeiro-Utente. **Revista Investigação em Enfermagem**. ISSN 0874-7695, nº 9 (Fevereiro 2004), p. 45-50.
- GIRARDON-PERLINI, NM; PILATO, MT. Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. **Revista Electrónica de Enfermagem**. ISSN: 1518 – 1944. Vol. 10, nº 3; (2008), p.721-32.
- GONZÁLEZ, MA; PADÍN, S; RAMÓN, E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. **Enfermería Clínica**. ISSN: 1130-8621, Vol. 15, nº 3 (2005), p.147-55.

- HIDALGO I; VÉLEZ, Y; PUEYO, E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. ISSN: 1130-2399. Vol. 18, nº 3 (2007), p.106-114.
- LEI nº 33/2009. D.R. I Série. 134 (2009-07-14) 4467.
- LIBERARDO, J. A informação aos familiares e acompanhantes. Avaliação do grau de satisfação. **Revista Sinais Vitais**. ISSN: 0872-8844. Nº 52 (Janeiro 2004), p.19-24.
- MIGUEL, CP; PEREIRA, M. Satisfação dos utentes do centro de saúde de Mogadouro, face aos cuidados de enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. ISSN: 0872-8844. Nº 7 (Março 2007), p.61-66.
- NETO, AJ; RIBEIRO, LM; MAGALHÃES, LM; TORRES, MF, MENDES, MJ. Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. **Revista Servir**. ISSN: 0871-2379. Vol. 51, Nº 5 (Setembro/Outubro 2003), p. 214-227.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro. *Diário da República, 1.ª série—N.º 249. 7323 – 7333*.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência. ISBN 972-9425-99-X. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001 – 24 p.
- RIBEIRO, AL. O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN: 1646-2629. Nº 16, (Março 2005), p.53-60.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro, da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: UCE.