

3º

Livro de Resumos

Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Mesa do Colégio da Especialidade
de Enfermagem Médico-Cirúrgica



3º

Livro de Resumos

Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Mesa do Colégio da Especialidade
de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ficha Técnica

Título:
Livro de Resumos do 3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Iniciativa e coordenação:
Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enf. José Carlos Martins (Presidente)
Enf.ª Helena Lucas
Enf. Jorge Melo

Edição:
Ordem dos Enfermeiros – agosto 2015

Revisão:
José Carlos Santos

Grafismo e Paginação:
Academia do Design

ISBN:
978-989-8444-32-5

Esta é uma e-publicação

A Ordem dos Enfermeiros não se responsabiliza pelo conteúdo dos trabalhos contidos neste livro

ÍNDICE

Mensagem do Bastonário 9
Mensagem do Presidente do Conselho de Enfermagem 11
Mensagem do Presidente da MCEEMC 13

Resumos da Mesa Redonda: Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica nos diferentes contextos

- Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica nos diferentes contextos – Cuidados de Saúde Primários e referenciação em Enfermagem – Isabel Oliveira 17
- Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em equipas de Cuidados Paliativos – Paula Sapeta e Manuel Capelas 20
- Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência – Carmén Noivo 24
- Dotações adequadas de enfermeiros especialistas: melhores cuidados de Enfermagem – José Carlos Gomes 27

Parte I - Comunicações Livres

N.º 1 – Autocuidado de higiene: lavagem das mãos na pessoa com doença hematoncológica e imunodeprimida 33
N.º 2 – A adesão à terapêutica imunossupressora na pessoa transplantada renal 35
N.º 3 – A higiene oral nos Cuidados Intensivos: prevenir a Pneumonia Associada ao Ventilador 39
N.º 4 – Trabalho em equipa em contexto de emergência – Perceção dos enfermeiros e dos médicos num serviço de Urgência Médico-Cirúrgico 42
N.º 5 – A intervenção de Enfermagem na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar 44
N.º 6 – Prevenção da infeção na pessoa idosa hospitalizada com sonda vesical – A parceria com intervenção de Enfermagem para promover o cuidado de si 47
N.º 7 – Avaliação multidimensional da pessoa idosa no Serviço de Urgência: intervenção do enfermeiro especialista 49
N.º 8 – Intervenções de Enfermagem no controlo do *stress* da família da pessoa doente em situação crítica 52

N.º 9 – Gestão da doença após a alta clínica: o impacto das dificuldades dos doentes no período de transição 55
N.º 10 – Investir na prestação de informação e no plano de alta: um processo contínuo na melhoria de cuidados de Enfermagem 57
N.º 11 – O Sistema de Triagem de Manchester e a pessoa com Acidente Vascular Cerebral 60
N.º 12 – Perceção do enfermeiro no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento 65
N.º 13 – O significado da experiência vivida pelo enfermeiro no cuidado à pessoa adulta e à sua família em processo de morrer e de morte: uma revisão sistemática da literatura, com metassíntese 67
N.º 14 – Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiorrespiratória como uma competência exclusiva do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica 72
N.º 15 – Intervenção (in)visível do enfermeiro à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória: projeto «Família em segurança» 77
N.º 16 – Canulação de fístulas arteriovenosas em hemodiálise – Nova abordagem, novo olhar 80
N.º 17 – Segurança do doente e gestão de risco – Implementação de um programa numa unidade de hemodiálise 82
N.º 18 – Equipa de emergência intra-hospitalar: delinear um futuro próximo 84
N.º 19 – Respostas de emergência à pessoa em situação crítica nas enfermarias do hospital 88
N.º 20 – Contaminação ambiental num hospital por *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella spp, Mycobacterium* não *tuberculosis* e outros microrganismos oportunistas 93

Parte II – Pósteres

N.º 1 – Articulação do Hospital de Dia com o Serviço de Internamento de Doenças Infeciosas 97
N.º 2 – O exercício da autonomia do doente nos cuidados de saúde 99
N.º 3 – Decisão de alimentar e hidratar o doente terminal: revisão interrogativa da literatura 102
N.º 4 – Núcleo de Enfermagem da Especialidade de Médico-Cirúrgica do CHVNG/Espinho, EPE 104
N.º 5 – A prevenção da infeção por *Staphylococcus Aureus* Meticilino-Resistente (MRSA) na pessoa idosa na comunidade: o modelo de parceria como suporte da intervenção de Enfermagem 106

N.º 6 – Dotações em Enfermagem e incidências de quedas 109
N.º 7 – A parceria como intervenção de Enfermagem na prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência – Estudo de caso 111
N.º 8 – A prevenção da Infeção do Trato Urinário na Pessoa Idosa na comunidade: o modelo de parceria como suporte de intervenção de Enfermagem 114
N.º 9 – Infeção hospitalar: contributos para uma prática intencional 117
N.º 10 – A pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória – Construção de uma perspetiva especializada de Enfermagem 119
N.º 11 – Cuidar na doação de órgãos: percurso de aquisição de competências realizadas 122
N.º 12 – Satisfação dos doentes com os cuidados de Enfermagem do Centro de Cardiologia do Polo HG/CHUC 124
N.º 13 – Gestão pela qualidade – Um exemplo da gestão de processos numa unidade de hemodiálise 126
N.º 14 – Risco/alteração da membrana mucosa oral 128
N.º 15 – Enfermagem *Lean*: a aplicação do pensamento *Lean* ao processo de cuidar em Enfermagem 130
N.º 16 – E quando o Cateter Venoso Central é o (único) acesso vascular funcionante num doente hemodialisado 132
N.º 17 – Lidar com a violência não física do utente em contexto de hemodiálise: um percurso na aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica 135

Parte III – Associações/Sociedades 137



Mensagem do Bastonário

Caros Colegas,

É com bastante satisfação que, pelo terceiro ano consecutivo, congratulo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) pela realização de mais um encontro de enfermeiros especialistas na área.

A partilha de conhecimentos e o debate do *status quo* nesta, como noutras especialidades, é fundamental para a melhoria contínua dos cuidados prestados. Assim sendo, facilmente se percebe a importância que este 3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquire para o «estado da arte».

Ao reunir em livro os resumos das apresentações orais e pósteres apresentados no âmbito do evento supramencionado, a MCEEMC cumpre o seu dever de contribuir para a atualização científica dos seus pares.

Votos de boa leitura.

Enf. Germano Couto

Bastonário da Ordem dos Enfermeiros



Mensagem do Presidente do Conselho de Enfermagem

É com humildade e com renovada honra que me dirijo a todos os colegas do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros. Não só pelo rigor que o Colégio tem empenhado na sua ação e pelo trabalho muitas vezes anónimo de muitos enfermeiros especialistas, que todos os dias engrandece a área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, mas também pelo pensar «fora da caixa» e ousar levar a público novo conhecimento com a publicação deste livro de resumos, contribuindo para a evolução do pensamento, do conhecimento e da clínica em Enfermagem.

Os temas apresentados refletem uma qualidade que honra a profissão e promove o pensamento crítico na prática clínica. Interessa que a comunidade possa usufruir das imensas competências especializadas dos enfermeiros, frequentemente menosprezadas pelo poder político e executivo, vistas erradamente como uma despesa e não como o investimento no nível em saúde da população. Portugal deve aproveitar o corpo de conhecimentos na sua estrutura de Enfermagem de elevada qualidade, com muitas e variadas competências que são, indubitavelmente, um importante contributo para a melhoria do nível de saúde das populações, se houver ousadia (política e profissional) para as utilizar. E este encontro é disso prova.

Pelos motivos apontados, e pela forma envolvente e de construção como decorreu o evento, vale a pena a apreciação crítica com a leitura do documento que agora se apresenta. Atendendo à diversidade e à riqueza dos conteúdos abordados, convido todos os colegas a tirarem o máximo partido do conhecimento aqui exposto e ajudarem a Ordem dos Enfermeiros na divulgação desta obra, «passando a palavra» entre colegas. Desta forma estaremos a contribuir para o desenvolvimento da profissão e a pugnar por uma Enfermagem capaz de responder às necessidades de saúde da comunidade que servimos.

Resta fazer um enorme e sincero reconhecimento público ao Colégio e à sua Mesa, presidida pelo Enf. José Carlos Martins: pela ousadia; pela coragem; pela abnegação de todos os que tornaram este 3º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica realidade, num exercício de dedicação e de entrega à profissão que é, certamente, um modelo a seguir.

Bem-haja

Enf. José Carlos Gomes
Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros



Mensagem do Presidente da MCEEMC

O 3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica encontra o seu expoente de importância e pertinência pela presença e pelo envolvimento ativo dos enfermeiros.

Assim, é devido um cumprimento especial a cada participante e um agradecimento pelo empenho em aprender mais, em trabalhar melhor, em investigar mais, em partilhar mais. Em suma, um agradecimento pelo empenho em querer continuar a crescer e a ajudar a crescer. A concretização do 3º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi para nós, Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, motivo de honra e satisfação.

A primeira edição, no Porto, em fevereiro de 2013, foi, consideramos, um sucesso. Seguiu-se o 2º Encontro, há um ano atrás, em Coimbra, com um programa preparado com uma centralidade nos trabalhos propostos em formato de comunicação oral ou póster, e que se revelou novo sucesso.

Grande parte do sucesso dos dois primeiros encontros ficou a dever-se à elevada qualidade dos trabalhos desenvolvidos por especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou por equipas que integram especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim, preparámos esta terceira edição, mantendo um espaço relevante do programa para as propostas de trabalhos livres.

Ficámos felizes pelo número de propostas que nos chegaram, lamentando não conseguir espaço para todas no formato de comunicação oral. Mas também aqui constatámos a generosidade dos proponentes que acederam a manter a apresentação, ainda que em formato póster.

Todas as propostas foram analisadas de forma cega por pelo menos dois membros da comissão científica e posteriormente agrupadas em painéis em função das temáticas envolvidas.

Muito mais é feito pelos enfermeiros especialistas no nosso País, mas acreditamos que este 3º Encontro foi uma bela «montra» do que de muito bom se está a fazer, não apenas em contexto académico, mas também em contexto clínico.

E porque os melhores resultados surgem quando trabalhamos em equipa, esperamos que esta edição tenha sido também uma oportunidade para estabelecer contactos e criar redes, fomentando o desenvolvimento de projetos multicêntricos, mobilizadores de interesses comuns e geradores de resultados aos mais variados níveis.

Para este 3º Encontro procurámos trazer para a discussão um tema atual e pertinente: a dotação de enfermeiros especialistas.

Nos primeiros meses do ano, a propósito dos tempos de espera nos serviços de urgências (SU), a questão da dotação nestes serviços foi notícia de abertura em vários telejornais. A este respeito, gostava de partilhar convosco algumas ideias:

- Ouvimos as pessoas dizer que esperam muitas horas para serem atendidas, parecendo que não ficou marcado na memória o atendimento pelo enfermeiro da triagem, frequentemente nos primeiros minutos após a chegada da pessoa ao SU… estamos lá, somos uma peça importante do sistema, estamos «na porta», mas provavelmente não estamos a deixar «marcas» … precisamos de vincar junto das populações o nosso trabalho e a nossa dedicação diferenciada no processo;

- Sabemos que a gravidade das situações está sobretudo associada à carga de diagnósticos de Enfermagem. Por exemplo, a mesma infeção respiratória em duas pessoas com a mesma idade pode ter gravidade muito diferente se uma delas tiver a acrescer dependência na mobilidade ou incapacidade na alimentação. Ou seja, grande parte da carga de trabalho associada aos doentes em situação de doença grave é carga de trabalho para os enfermeiros. Também aqui precisamos de ser claros no discurso: mais doentes nos serviços e maior número de diagnósticos de Enfermagem implicam mais necessidade, sobretudo, de cuidados de Enfermagem e de cuidados de Enfermagem especializados;

- e, por tudo isto, acreditamos e precisamos de o dizer alto: morrem pessoas por falta de cuidados de Enfermagem!

Em estudo recente, publicado na revista *Lancet* em 2014, Linda Aiken e *cols*, depois de analisarem quase meio milhão de processos de pessoas com idade superior a 50 anos, após a alta em 300 hospitais europeus, mostraram que acrescentar um doente à carga de trabalho dos enfermeiros faz aumentar em 7% o risco de morrer. E verificaram ainda que aumentar uma equipa com um enfermeiro com formação superior diminui a mortalidade nesse serviço em 7%.

Em outro estudo onde participa também esta autora, publicado na revista *Medical Care* em janeiro de 2015, é demonstrado que por cada doente adicionado à carga de trabalho dos enfermeiros na área cirúrgica, aumenta o *odds ratio* de readmissão do doente no prazo de 30 dias em 3%.

Ou seja, as instituições têm a ganhar em ter dotações adequadas de enfermeiros e em ter enfermeiros com formação avançada.

Ora, nós temos apenas um nível nos profissionais de Enfermagem (enfermeiro, sem auxiliares ou técnicos), todos com formação superior, mas temos rácios bastante abaixo das recomendações e, em muitos casos, um deficitário aproveitamento dos recursos que já temos com formação avançada e especializada.

Ou seja, os enfermeiros estão com cargas de trabalho acima do desejável, com todos os efeitos perniciosos de tal acréscimo e estão a investir na formação às suas custas para, frequentemente, tal não ser reconhecido e rentabilizado pelas organizações.

Mas centremo-nos no que ao especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica diz respeito e coloquemos o foco nas duas áreas de especialidade: pessoa em situação crítica e pessoa em situação crónica e paliativa.

Em que contextos clínicos temos obrigatoriamente de estar? Quais as dotações adequadas de enfermeiros especialistas nos diferentes contextos clínicos?
As conferências de abertura e encerramento, assim como a mesa redonda trouxeram esta temática para a discussão, procurando ajudar a abrir espaço para propostas mais arrojadas para a Enfermagem.

Já me ouviram defender em outros momentos, e repito-o, que algumas unidades devem ter uma dotação de enfermeiros especialistas próximo dos 100%.

Já o temos por exemplo nas salas de partos por diretivas europeias.

E já temos o Despacho nº 1039/2014 (de 11 de agosto), a referir que a formação e o currículo de, pelo menos, 50% dos profissionais nas equipas de atendimento da Rede, em exercício em qualquer momento, nos Serviços de Urgência Básica, nos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e nos Serviços de Urgência Polivalente, devem contemplar, relativamente aos enfermeiros, as «Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros».

Penso que deveremos trabalhar para que exista uma definição clara das dotações adequadas de especialistas em outras unidades, como as Unidades de Cuidados Intensivos

monovalentes e/ou polivalentes, as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida, os Blocos Operatórios, as Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos, ou as Unidades de Cuidados Paliativos, apenas para citar alguns contextos que sabemos ligados às duas áreas de especialização do nosso Colégio), cabendo aqui à Ordem dos Enfermeiros um importante papel mobilizador.

E o Modelo de Desenvolvimento Profissional®, no que à formação de especialistas diz respeito, pode ajudar. Ou, se não ajuda, há que o mudar para que cumpra a sua função e para que também a Ordem dos Enfermeiros cumpra a sua função: zelar pela qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados ao cidadão, a cada cidadão, a todos os cidadãos.

O 3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica teve próximo de duas centenas de inscritos. No dia e meio de trabalhos foram apresentadas 20 comunicações livres e 17 pósteres. Os enfermeiros precisam, merecem, beneficiam de espaços de partilha como este, pelo que esperamos que surja um 4º Encontro.

Algumas palavras de agradecimento são devidas:

- À Ordem dos Enfermeiros, na pessoa do seu Bastonário, Enf. Germano Couto, pelo apoio à Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na organização dos vários encontros;
- À Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, na pessoa da sua Diretora, Prof.ª Isabel Silva, que graciosamente nos recebeu no seu espaço;
- À Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, na pessoa do seu Presidente, Enf. Alexandre Tomás, pela disponibilidade e apoio;
- A todos os membros das comissões Organizadora e Científica;
- A todos os colegas que participaram nas conferências e mesa redonda;
- Às associações e sociedades que desde o primeiro encontro estão presentes;
- Ao secretariado e ao seu incansável apoio;
- A todos os colegas que propuseram trabalhos e que generosamente os partilharam;
- A todos os participantes um grande obrigado e votos de que todos nós sejamos elementos ativos na construção de um futuro para a profissão e de todos os que dela precisam.

Enf. José Carlos Martins
Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Mesa Redonda:

Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica nos diferentes contextos – Cuidados de Saúde Primários e referenciação em Enfermagem

Isabel Oliveira
Presidente Conselho Diretivo Regional da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros

Enquadramento

- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto – regime de organização e funcionamento das unidades de saúde familiar;
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro – regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde;
- Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro – carteira básica e princípios para a carteira adicional;
- Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários para 2015 – Administração Central do Sistema de Saúde;
- Indicadores de Desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho – criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos;
- Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica;
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa – aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 22 de outubro de 2011.

Os Cuidados de Saúde Primários

Constituídos por várias unidades funcionais (UF). Destacamos, por serem unidades prestadoras de cuidados: as unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados que «Tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.»

Os programas de saúde desenvolvidos nestas unidades são:
- Saúde da Mulher e Planeamento Familiar
- Saúde Materna
- Saúde Infantil e Juvenil

- Hipertensão
- Diabetes
- Rastreio Oncológico
- Saúde Mental
- Saúde de Adultos
- Respiratório
- Visitação Domiciliária
- Tratamento de Feridas

Outra das unidades prestadoras de cuidados são as unidades de cuidados na comunidade, que «Presta (m) cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias ou grupos em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo (…).»

Os programas de saúde desenvolvidos nestas unidades são:
- Programa Nacional de Saúde Escolar
- Cuidados Continuados Integrados
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- Preparação para a Parentalidade/Parto
- Programas e Projetos de Intervenção Comunitária
- Redes Sociais da Comunidade

Integradas nas unidades de cuidados na comunidade estão as equipas de cuidados continuados integrados que é uma «Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários (…) cuidados domiciliários de Enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e reabilitadora e ações paliativas (…).»
Também no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários existem as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, que «Presta(m) cuidados paliativos específicos a doentes que deles necessitem e apoio às suas famílias e cuidadores, no domicílio (…). Presta(m) apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às UCC e ECCI.»

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Neste sentido, importa cruzar os programas que são desenvolvidos por estas unidades com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Alvo de intervenção:
- Pessoa com doença crónica incapacitante e terminal.

Competências:

- Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.
- Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o seu processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Assim, fará sentido que as seguintes unidades sejam dotadas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Medico-Cirúrgica (EEEMC) no seguintes termos:

- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos - Dotação de pelo menos um EEEMC;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados – o EEEMC é consultor (o elemento que integra a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos ou alocado a outra unidade funcional no agrupamento de centros de saúde para consultadoria a várias unidades funcionais).

Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em equipas de Cuidados Paliativos

Sapeta[1], Paula & Capelas[2], Manuel

Este artigo tem por objetivo refletir o conjunto de variáveis, pressupostos e condições que poderão influenciar o cálculo da dotação segura de enfermeiros especialistas em equipas de Cuidados Paliativos.

Os Cuidados Paliativos (CP) centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave e/ou incurável, em fase avançada e progressiva. Devem ser iniciados o mais precocemente possível, e não só no final da vida. Os Cuidados Paliativos devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana[3].

Existem diversos modelos de prestação de CP custo-efetivos e eficientes. A Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), prevista na Lei de Bases[4], propõe equipas prestadoras de Cuidados Paliativos em cada região, designadamente:

a) Unidades de Cuidados Paliativos (UCP);
b) Equipas intra-hospitalares de suporte em Cuidados Paliativos (IHSCP);
c) Equipas comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

A Base IX salvaguarda a necessidade de garantir qualidade na prestação de CP, a efetiva cobertura de todo o território nacional e ainda de assegurar a formação permanente dos profissionais de saúde. São três os indicadores de particular importância – Qualidade de cuidados, Igualdade no acesso e Formação dos profissionais – apesar dessa salvaguarda da lei, ainda não há observância dessa universalidade e igualdade no acesso; da formação dos profissionais dependerá sempre a qualidade de cuidados e serviços prestados.

A idoneidade da dotação de pessoal e as iniciativas de garantia de qualidade dos cuidados diretos são indicadores de qualidade do *Nursing Work Index*. O cálculo das dotações adequadas de enfermeiros especialistas em equipas de Cuidados Paliativos respeita à correta adequação entre o número de enfermeiros em tempo integral e a complexidade das competências disponíveis e exigidas. Resultará de uma equação onde ponderam diferentemente um conjunto de múltiplas variáveis e de pressupostos, sobre os quais incide esta reflexão.

Os Cuidados Paliativos são uma área relativamente recente em Portugal, ainda estamos numa fase inaugural, a «desbravar terreno», a vencer resistências, preconceitos e «tabus»

1 Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco.
2 Professor Adjunto no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica. Presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.
3 Base III - Lei nº 52/2012 de 5 de setembro - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.
4 Base IX idem.

que existem na população em geral, mas também nos profissionais de saúde. Muito está por fazer, investigar, definir e consolidar. Nessa equação estará sempre presente o objetivo de prestar cuidados de Enfermagem de qualidade para garantir conforto, qualidade de vida, segurança e satisfação do doente e família. Para tal, devemos adequar os cuidados em função das necessidades e da complexidade inerente a cada estádio de evolução da doença, em considerar a família, o contexto e o ambiente onde são prestados. Neste raciocínio devemos ter em conta variáveis como: a persistência de sofrimento evitável, gerado ou não por sintomas controláveis, o qual pode ser agravado pela falta de CP e de profissionais com formação na área, o que obriga a repensar a qualificação e o número ideal de enfermeiros especialistas por serviço/equipa, sabendo a *priori* que o trabalho em equipa multi e interdisciplinar é uma premissa fundamental para a satisfação das necessidades dos doentes e sua família.

A complexidade referida poderá advir das condições do doente: fase em que se encontra (reabilitação, pré-terminal, terminal ou em fase final[5]); características do doente (personalidade, experiências prévias, idade, fase do ciclo de vida; estado clínico (doença/impacto negativo, evolução rápida, crises frequentes, diferentes tipos de tratamento, + de três sintomas descontrolados, nível de dependência); estado emocional (ansiedade, depressão, alterações do comportamento e nas relações sociais, adaptação à doença, autoconceito, autoestima); situação familiar (presença de conflitos, ausência de cuidador ou incapaz, dificuldades económicas); intervenção de outras equipas (necessidade de múltiplos recursos, profissionais, equipas e tratamentos); a existência de dilemas éticos associados (sedação, nutrição, hidratação, pedido de eutanásia) e diferentes valores, atitudes e crenças. Poderá ainda resultar do local de trabalho e do ambiente de prestação de cuidados.

As Recomendações da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos[6] e da Associação Europeia de Cuidados Paliativos[7] apontam que, pelo menos, o líder de cada grupo profissional envolvido (mínimo, médico e enfermeiro) deve possuir **formação específica avançada** especializada em Cuidados Paliativos. A restante equipa deve ter, pelo menos, formação básica. São recomendações distantes no tempo, com mais de uma década e que se evidenciam desatualizadas.

De acordo com a Norma para o Cálculo de Dotações dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, por exemplo, é recomendado que numa equipa de cuidados continuados integrados exista um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação para cada sete utentes. O que parece resultar adequado considerando os objetivos

5 Adaptado de Mueller Busch, 2004.

6 Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos www.apcp.com.pt.

7 DE VLIEGER, M.; GÖRSCH, N. et al. (2001) A Guide for the Development of Palliative Nurse Education in Europe. European Association for Palliative Care (EAPC) www.eapcnet.org.

e a missão das ECC de Convalescença, de Média Duração e Reabilitação e as de Longa Duração. Refere ainda que a equipa comunitária de suporte em CP integre, maioritariamente, enfermeiros especialistas em CP.

Acrescentam ainda que, na falta de uma fórmula segura, se recomenda um cálculo feito numa base local, baseado nas necessidades e características geográficas, considerando os tempos gastos em grupos de atividades. Esta última recomendação reveste-se da maior importância. Tomando a comparação entre a dispersão geográfica do Alentejo ou região Porto ou Lisboa; bem como a acessibilidade a outros recursos de saúde ou ainda a fases de doença em que o doente se encontre, podem, no seu conjunto, fazer muita diferença no cálculo da dotação mais adequada.
A OMS[8], num documento orientador e de reflexão, enuncia os níveis de formação e as competências para que habilita:

- Formação básica ao nível pré-graduado para médicos e enfermeiros (e outros) habilita para ações paliativas;
- Formação intermédia para aqueles que trabalham com doenças limitadoras da vida, nomeadamente nos serviços de oncologia, doenças infeciosas, pediatria, geriatria e medicina interna – cuidados paliativos generalistas – pelo menos um especialista por serviço;
- Formação especializada para todos os profissionais que trabalham em Cuidados Paliativos.

Desta última recomendação se conclui que todos os enfermeiros de uma equipa de CP devem ser especialistas. A EAPC[9] preconiza para uma UCP (a mais diferenciada), pelo menos um enfermeiro especialista por cada cama/doente; para a EIHSCP (com funções sobretudo de assessoria), pelo menos dois enfermeiros especialistas; para a ECSCP (assistencial e também de assessoria), pelo menos dois enfermeiros especialistas; para hospital de dia, pelo menos dois enfermeiros especialistas.
Independentemente da tipologia e modelo de organização da equipa, o alvo de cuidados é sempre o doente e família, o que duplica as necessidades, a complexidade e o número de horas de cuidados de Enfermagem. Por outro lado, seja qual for a tipologia (intra-hospitalar, de suporte na comunidade ou em internamento) a equipa de CP é sempre uma equipa de assessoria, de referência e de intervenção especializada, donde concluímos que qualquer equipa de CP deve ser composta totalmente por especialistas. Pela fundamentação exposta esta é a proposta que defendemos.
À semelhança do que acontece nos serviços de obstetrícia, a equipa de Enfermagem de Cuidados Paliativos deve ser constituída por enfermeiros especialistas. Os Cuidados

8 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. 24 may 2014.

9 RADBRUCH L., PAYNE S., BERCOVITCH M., CARACENI A., VLIEGER T. De, FIRTH P., et al. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Eur J Palliat Care. 2010; 17(1):22–33.

Paliativos tem igual importância que os cuidados obstétricos e neonatais! É imperioso cuidar o «nascer» e o «morrer» com idêntica preocupação e detalhe.

Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência

Carmén Noivo

O Serviço de Urgência transformou-se ao longo dos anos na porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde, caraterizando-se por um contexto de intervenção onde impera a imprevisibilidade e a adaptação constante, exigindo dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) uma resposta eficaz, precisa, eficiente e em tempo útil visando permanentemente a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Como afirma a Ordem dos Enfermeiros (2010), são cuidados altamente qualificados alicerçados em competências clinicas especializadas: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima da conceção à ação e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Mas a qualidade dos cuidados de Enfermagem está diretamente relacionada com a organização dos serviços. Segundo o ICN (2006), vários estudos evidenciam um aumento das taxas de morbilidade e mortalidade das pessoas quando não estão disponíveis dotações adequadas.

Neste sentido, cuidados seguros resultam de um número apropriado de enfermeiros, «com a combinação adequada de conhecimento, aptidões e experiência, que está disponível em qualquer altura para garantir respostas efetivas às necessidades de cuidados dos doentes e a manutenção de um ambiente de trabalho livre de perigos» (ICN, 2006).

A evidência científica sustenta que uma dotação insuficiente de enfermeiros influencia, de forma expressiva, a qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem prestados, particularmente, na ocorrência de eventos adversos, tais como, quedas, erros de medicação, infeções associadas aos cuidados de saúde e elevadas taxas de readmissão (Pereira, 2014).

Na práxis clínica da urgência, as dotações adequadas adquirem particular importância face às variações no número de clientes que procuram este serviço e a sua gravidade clínica (Robison *et al*., 2004). A relação entre a dotação de enfermeiros e os resultados da prestação de cuidados está associada à mortalidade e à demora média do episódio de urgência, segundo Pereira (2014).

Refletindo no atual caos cíclico vivenciado nos serviços de urgência em Portugal, efeti-

vamente constata-se que as variações sazonais da procura, a existência de um aumento progressivo no número de doentes triados com prioridades mais elevadas e a influência do fluxo da procura do serviço de urgência interferem com a qualidade dos cuidados de Enfermagem e consequentemente nos *outcomes* do cliente.

Para uma resposta idónea no Serviço de Urgência é necessário investir em equipas com experiência clínica vivida e refletida em que se promova a formação para um elevado desempenho com competências específicas do EEEMC na vertente da pessoa em situação crítica (Despacho n.º 10319/2014).

É inquestionável que as dotações dos EEEMC influenciam a qualidade e a segurança dos cuidados no Serviço de Urgência. Nesta perspetiva, o planeamento de dotações adequadas tem de ser efetivada numa «base local» e fundamentada nas necessidades dos clientes naquele contexto. O cálculo das horas de cuidados especializados necessárias deve ser efetuado de acordo com o grau de dependência dos clientes (Nunes, 2011).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, temos de ser agentes dinâmicos e proativos para que as dotações adequadas de EEEMC no Serviço de Urgência se tornem uma realidade e assim assegurarmos a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem especializados.

Como refere Saint-Exupéry, «ainda que os teus passos pareçam inúteis, vai abrindo caminhos, como a água que desce cantando da montanha. Outros te seguirão...».

FONTES:

Despacho n.º 10319. D.R. II Série. 153 (14-08-11) 20673-20678.
INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Dotações seguras, salvam vidas. Maio, 2006. 84 p. [Em linha] [Consult. 28 dez. 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.p. ISBN 9295040449.
NUNES, Lucília. Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e discursos de acessibilidade. Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP. Vol.3, (Nov. 2011), p. 2 – 8.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Outubro, 2010. 4 p. [Em linha] [Consult. 27 dez. 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
PEREIRA, Marta; BORGES, Ana; MACHADO, Humberto. Análise do custo-efetividade da dotação de enfermeiros do serviço de urgência nos resultados da prestação de cuidados de saúde. Porto (2014) 196 p. [Em linha] [Consult. 02 jan. 2015]. Disponível em http://sigarra.up.pt/fep/pt/publs_pesquisa.FormView?p_id=102492.
ROBINSON, K. S.; JAGIM, M. M.; RAY, C. E. Nursing workforce issues and trends affecting emergency departments. Topics in Emergency Medicine. Vol. 26. nº 4 (2004). p. 276-286 [Em linha]. Consultado em 12 de dezembro de 2014. Disponível em http://www.search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005047715&lang=pt-br&site=ehost-live>. 0164-2340.

Dotações adequadas de enfermeiros especialistas: melhores cuidados de Enfermagem

Enf. José Carlos Rodrigues Gomes (RN, MHN, MPH, PhD)
Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

O cumprimento de dotações seguras não se associa a aumento de despesa, mas antes a um investimento com retorno garantido, como demonstrado pela evidência (Conselho de Enfermagem, 2014)

A rápida evolução do conhecimento e das práticas em geral, e do conhecimento e das práticas clínicas em Enfermagem em particular, assim como as profundas alterações a que as sociedades têm sido sujeitas em consequência de uma estonteante globalização em todos os aspetos da vida quotidiana obrigam a Enfermagem a olhar o futuro centrada em soluções para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à pessoa e às comunidades. A necessidade de recentrar o cidadão no sistema, incluir no sistema de saúde uma vertente **salutogénica** que promova a capacitação do cidadão e das comunidades e que não desperdice inúmeros recursos, particularmente financeiros, para a resposta a vontades e necessidades que não ultrapassam o enquadramento corporativo, são um dos maiores desafios que enfrentamos enquanto sociedade e enquanto enfermeiros. O desenvolvimento de novos indicadores de saúde, centrados nos ganhos em saúde e não no ato; centrados no cidadão e não no técnico; baseados nos ganhos para a comunidade e não para a instituição ou interesse de qualquer grupo; direcionado para a promoção da saúde e não apenas para uma mera resposta reativa à doença, é igualmente um desiderato a que os enfermeiros não podem ser alheios.

Interessa ainda que a comunidade possa usufruir das competências dos enfermeiros, de cuidados gerais, especializadas e acrescidas, frequentemente menosprezadas pelo poder político e pelas administrações das instituições de saúde, vistas erradamente como uma despesa e não como um investimento no nível em saúde da população. Portugal, enquanto país e economia que quer e precisa crescer, não se pode dar ao luxo de ignorar um corpo de conhecimentos nos seus enfermeiros de elevada qualidade, com muitas e variadas competências que são, indubitavelmente, um importante contributo para a melhoria do nível de saúde das populações, se houver ousadia (política e profissional) para as utilizar. Desde a gestão política e estratégica ao cuidado prestado no domicílio em qualquer aldeia perdida no Portugal rural, a Enfermagem tem o direito, e o dever, de se pôr ao dispor da população e de garantir o contributo que sabe dar para o sistema de saúde.

Foi nesta perspetiva que no passado mês de dezembro a Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros aprovou o regulamento de competências acrescidas. Nesse dia nasceu, formalmente, um novo paradigma para o reconhecimento de competências dos enfermeiros e o seu efetivo aproveitamento por parte das organizações prestadoras de cuidados de saúde e do sistema de saúde como um todo. Este novo paradigma em nada

diminui a importância das competências especializadas. Pelo contrário. Antes reforça a necessidade de continuarmos a introduzir rigor e a sermos capazes de regular o que os enfermeiros fazem bem e o que os enfermeiros fazem diferente. E as especialidades são, desde a década de 80, um marco deste esforço.

A nossa população envelhece, engorda, apresenta cada vez mais anos de vida, mas com menos vida nos anos, e a situação socioeconómica apresenta riscos para a saúde mental impossíveis de quantificar. A solução é aproveitar as potencialidades e capacidades já existentes, organizando as comunidades para a promoção da saúde, incluindo a gestão da doença quando esta surge.

Em suma, o desafio é dar à sociedade as ferramentas necessárias para uma melhor qualidade de vida que proporcione mais crescimento, maior e melhor distribuição da riqueza, e que promova uma participação mais efetiva de todos, em geral, e de cada um, em particular, nos processos de desenvolvimento social. Trata-se de (re)centrar a saúde no cidadão, ousando ir além das paredes das instituições de saúde e pensar a saúde de cada um como um bem útil para todos.

A formação em saúde não pode, nem deve, ficar alheia a estas realidades. A aposta numa formação de enfermeiros avançada é uma resposta que tem dado importantes resultados em países desenvolvidos, como por exemplo a Dinamarca, a Noruega ou a Holanda, conseguindo uma maior produtividade do sistema de saúde e melhores níveis de saúde das suas comunidades. Em Portugal a qualidade da formação destes profissionais é reconhecida internacionalmente, como a procura por enfermeiros por países da Europa, e de fora da Europa, o comprova.

Apesar disso, temos sido confrontados na comunicação social com duas notícias distintas: 1) a falta de médicos para responder às necessidades de saúde da população e 2) o desemprego crescente dos enfermeiros.

Os dados disponíveis desmentem claramente estas notícias: em 2013[10], segundo a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal apresentava 4,0 médicos por 1.000 habitantes, o que o colocava em 5º lugar numa lista de 34 países, acima da média de 3,2/1.000 habitantes. Portugal tem o 13º melhor *ratio* de médico obstetra por 100.000 mulheres. No mesmo documento, Portugal apresenta 5,7 enfermeiros por 1.000 habitantes, colocando-nos em 26º lugar na mesma lista, bem abaixo da média de 8,8/1.000 habitantes. Os enfermeiros especialistas em Saúde Materna atingem um péssimo 24º lugar, com 43,1 por 100.000 mulheres contra uma média de 69,9 da OCDE. Os dados apontam para um rácio enfermeiro/médico de 1,5 (31ª posição) para uma média da OCDE de 2,8 enfermeiros por médico. A vasta maioria dos países com melhor índice de desenvolvimento (com maior qualidade de vida) apresenta um rácio de três enfermeiros por médico ou superior. O Reino Unido ou a Irlanda, «importadores» de enfermeiros formados em Portugal, apresentam rácios de 3,1 e 3,8, respectivamente. Portugal continua a

10 OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.

aumentar a sua força médica, menosprezando e diminuído as competências instaladas nos seus enfermeiros.

A discrepância entre as notícias e os dados referidos pela OCDE mostram o quanto temos de ser capazes de fazer para garantir a sustentabilidade do nosso sistema de saúde cumprido o seu objetivo maior: garantir mais saúde ao maior número de pessoas. Para isso, o sistema de saúde deve valorizar as competências de todos os enfermeiros (aqueles que são tão apreciados lá fora), nomeadamente as competências especializadas, não permitindo que interesses corporativos afetem a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população ou ponham em causa a sustentabilidade financeira deste grande instrumento de equidade e bem-estar que é o Serviço Nacional de Saúde.

Pode argumentar-se que a situação do País não permite tal ousadia: a verdade é que sem saúde não há desenvolvimento e muito menos desenvolvimento económico; a verdade é que a saúde nasce todos os dias nos locais onde estudamos, onde trabalhamos onde descansamos e onde nos divertimos; a verdade é que a Saúde é uma responsabilidade de toda a sociedade (governo central, autarquias, instituições públicas e privadas, organizações não-governamentais e comunidade em geral); a verdade é que os enfermeiros são parte da resposta aos problemas com que o sistema se confronta.

Esta mudança de paradigma, centrada nas pessoas e nos seus contextos, e no uso das competências (especializadas) existentes nos enfermeiros é frequentemente contrariada por afirmações que carecem de evidência e por posições que só encontram fundamento em interesses outros que não a saúde e o bem-estar da população.

Se evidência faltava, permitam uma brevíssima revisão sobre algumas conclusões relativas à importância das competências dos enfermeiros especialistas e, também, relativas à importância, no sentido da boa gestão económica, da formação superior e avançada em Enfermagem.

Needleman *et al* (2002)[11] num estudo transversal, incluindo cinco milhões de clientes de Medicina e um milhão e cem mil doentes de Cirurgia, verificaram que nos contextos de prática clínica onde eram disponibilizadas uma maior proporção de horas de cuidados de Enfermagem e um mais elevado nível de diferenciação de competências por dia de internamento foi verificado a existência de internamentos mais curtos, taxas de infeção mais baixas (pneumonias, infeções urinárias, sépsis), menor taxa de paragens cardíacas e de insucesso na reanimação. Ou seja, aposta nas competências avançadas e dotações seguras.

Em 2005, o *Canadian Federation of Nurses Unions* apontou a existência de forte evidência entre dotações inadequadas de enfermeiros e a ocorrência de um espectro de resultados adversos dos doentes, tais como úlceras de pressão, infeções do trato urinário, pneumonias, infeções do local cirúrgico, erros de medicação, trombose, ineficaz gestão da dor, quedas, aumento de readmissões, insucesso na ressuscitação, insatisfação dos clientes. Ou seja, aposta nas dotações seguras.

11 NEEDLEMAN J., BUERHAUS P., MATTKE S., STEWART M., ZELEVINSKY K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med. May 30; 346(22):1715-22.

Kane *et al* (2007)[12] assinalaram a existência de uma forte relação entre o número de enfermeiros e os índices de mortalidade, complicações e eventos adversos e ainda que, a um maior número de enfermeiros mais qualificados estava associado um menor índice de mortalidade nos hospitais. Ou seja, aposta nas competências avançadas e dotações seguras.

Aiken *et al* (2012)[13], num estudo que envolveu doze países europeus e os Estados Unidos da América, concluíram que a dotação de enfermeiros e a qualidade do ambiente de prática clínica estavam diretamente associados com a satisfação dos clientes, a qualidade e segurança dos cuidados e os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Ou seja, aposta nas dotações seguras.

Mais recentemente, em 2014, o *Karolinska Institut* apontou, de acordo com um estudo internacional que envolveu nove países europeus, meio milhão de doentes cirúrgicos e mais de 26.000 enfermeiros, que o aumento de um doente na carga de trabalho dos enfermeiros, para além do considerado adequado, aumentava em 7% a probabilidade de um doente hospitalizado morrer no prazo de 30 dias a contar da admissão. Esta pesquisa demonstrou a importância quer do número de enfermeiros, quer do seu nível de qualificação, em relação à mortalidade dos doentes. Ou seja, aposta nas competências avançadas e dotações seguras.

Se Portugal (governo e sociedade em geral) souber valorizar as imensas competências dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas, saberá garantir mais e melhor saúde aos portugueses por um custo sustentável. Isto significa mais bem-estar para todos e um sector da Saúde estável e equilibrado do ponto de vista financeiro e com capacidade de resposta às mutações nas necessidades de saúde da população.

12 KANE, R. (et al) (2007). The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. Medical Care Volume 45, Number 12, december 2007.

13 AIKEN, L. (et al) (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care. British Medical Journal. 344.e1717.

PARTE I
COMUNICAÇÕES LIVRES



COMUNICAÇÃO N.º 1

Título: Autocuidado de higiene: lavagem das mãos na pessoa com doença hematoncológica e imunodeprimida.

Autor: Elisabete Alexandra Rodrigues Ferreira

Introdução

Nos estudos realizados sobre as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) ficou comprovado que a forma mais eficaz de prevenir e combater a infeção é a higiene das mãos, sendo considerada a lavagem das mãos como a mais eficaz. Pensamos que a pessoa deve ser envolvida no seu autocuidado de higiene: lavagem das mãos de forma mais responsável. Esta envolvência exige da parte dos enfermeiros maior investimento pessoal e profissional, no sentido de a pessoa adquirir comportamentos corretos referentes à higiene das mãos.

Objetivos

Determinar a importância que a pessoa com doença hematoncológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos; perceber se a pessoa com doença hematoncológica e imunodeprimida, internada num hospital, considera importante receber ensinos sobre a lavagem das mãos e; analisar os hábitos de lavagem das mãos da pessoa com doença hematoncológica e imunodeprimida, internada num hospital, fora e dentro do contexto hospitalar.

Metodologia

Amostra constituída por 30 pessoas com doença hematoncológica e imunodeprimidas, pós-tratamento de quimioterapia, internadas num hospital. A colheita de dados foi realizada entre outubro de 2012 e janeiro de 2013, para a recolha dos dados utilizámos um formulário construído por nós, com base na bibliografia consultada.
Este trabalho, em função do problema que pretendemos estudar, insere-se no domínio da investigação quantitativa descritivo-correlacional e transversal.

Resultados

Todos os participantes atribuem importância à lavagem das mãos e aos ensinos efetua-

dos pelos enfermeiros. Um pequeno número de inquiridos refere ter recebido ensinos e destes, somente uma pequena percentagem afirma ter modificado os seus hábitos de lavagem das mãos. Todos os participantes afirmam que lavam as mãos fora e dentro do contexto hospitalar. Analisando os hábitos de lavagem das mãos em função do número de comportamentos corretos e em função dos comportamentos corretos, em ambos os contextos constatámos que se apresentam em percentagens reduzidas embora com um ligeiro aumento percentual dentro do contexto hospitalar.

Conclusão

Parece-nos pertinente implementar uma conduta de educação para a saúde com enfoque nos ensinos sobre a correta lavagem das mãos. Na gestão de cuidados pretendemos intervir de forma independente na prevenção e minimização das infeções durante o período de internamento por forma a diminuir o tempo de internamento da pessoa e obter ganhos em saúde. Queremos salientar a necessidade de realização de mais estudos de investigação sobre esta problemática, da lavagem das mãos da pessoa doente, sugerindo futuros estudos em contextos de trabalho distintos ou até no nosso contexto de trabalho.

Fontes:

ABREU, Wilson C. Transições e Contextos Multiculturais. 2ª ed. Coimbra: Formasau, 2011. 156p. ISBN 978-989-8269-13-3.
AKYOL, Asiye D. [et al]. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. Journal of Clinical Nursing. ISSN 09621067. Vol.16, n.º4 (2007), p. 679-687.
CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça. Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures. 2006. 161p. ISBN 972-8930-22-4.
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – CIPE®: Versão 2. Lisboa: [s.n.], 2011. 209p. ISBN 978-92-95094-35-2.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde - Documento de Apoio. Lisboa: DGS, 2010a. 34p. [Em linha], [Consult. 10 setembro 2012]. Disponível em http://www.dgs.pt.

COMUNICAÇÃO N.º 2

Título: A adesão à terapêutica imunossupressora na pessoa transplantada renal

Autores: Susana Margarida Miranda Rodrigues, Anaísa Ferreira Reveles, Helena Isabel Fernandes Martins, Inês Lourenço Rodrigues, Maria do Céu Carrageta, Pedro Ricardo Coelho Gonçalves

Introdução

O transplante renal é considerado o tratamento de eleição para as pessoas com Doença Renal Crónica Terminal, exigindo uma estrita adesão à terapêutica imunossupressora. A literatura evidencia que a não adesão é um problema multifatorial e comum entre as pessoas transplantadas renais; aproximadamente 35% das perdas do enxerto renal estão relacionadas com a não adesão à terapêutica imunossupressora; a probabilidade de falência do enxerto é sete vezes superiores nos não aderentes; a esperança de vida para os não aderentes é quatro vezes menor do que a dos aderentes (Chisholm-Burns, Spivey, & Wilks, 2010). Face ao conhecimento das taxas de prevalência de não adesão à terapêutica imunossupressora e dos fatores que a influenciam é importante promover a sua adesão.

Objetivos

Determinar a melhor evidência sobre os fatores que influenciam a adesão à terapêutica imunossupressora na pessoa transplantada renal; identificar fatores que influenciam a adesão à terapêutica imunossupressora; identificar intervenções de Enfermagem que melhorem a mesma adesão.

Metodologia

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, a qual pretendeu dar resposta à questão de investigação: Quais os fatores que influenciam a adesão à terapêutica imunos--supressora na pessoa transplantada renal? A questão de investigação foi definida com base no método PI(C)OD.

Foram selecionados 10 artigos, resultantes de estudos primários, exclusivos com pessoas transplantadas renais, com idade superior a 18 anos, publicados entre 2009-2014 e pesquisados nas plataformas eletrónicas EBSCOhost, Biblioteca do Conhecimento *online* e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal com os descritores «adherence» and «kidney transplantation».

Resultados

Verificou-se que o fenómeno da adesão é multifatorial, sendo que os principais fatores que contribuem para a adesão à terapêutica imunossupressora são os socioeconómicos e culturais (idade, sexo, escolaridade, salário/rendimento mensal, estado civil, profissão/situação laboral e apoio social), relacionados com a pessoa doente (esquecimento, rotinas diárias, motivação, satisfação com a vida, crenças e autoeficácia), com a doença (tipo de dador, tempo de transplante e depressão) e com o tratamento (complexidade do regime terapêutico).

Conclusão

Embora não exista um método infalível que conduza à adesão terapêutica, o facto de se conhecerem os fatores que a condicionam permite delinear intervenções de Enfermagem (conjugação de intervenções educacionais e comportamentais) no sentido de promover a adesão à terapêutica imunossupressora, com ganhos em saúde para a pessoa transplantada renal.

Fontes:

BLESER, L., MATTESON, M., DOBBELS, F., RUSSELL, C., & GEEST, S. (2009). Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review. Transplant International, 22, 780-797.
BOTELHO, L., CUNHA, C. & MACEDO, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Sociedade, 5 (11), 121-136.
BUGALHO, A., & CARNEIRO, A.V. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa, Portugal: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
CABRAL, M.V., & SILVA, P.A. (2010). A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. 1-34. Recuperado de https://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20%C3%A0%20Terap%C3%AAutica%20PT.pdf.
CHISHOLM-BURNS, M.A., SPIVEY, C.A., & WILKS, S.E. (2010). Social support and immunosuppressant therapy adherence among adult renal transplant recipients. Clinical Transplantation, 24, 312-320.
CHISHOLM-BURNS, M., PINSKY, B., PARKER, G., JOHNSON, P., ARCONA, S., BUZINEC, P., COOPER, M. (2012). Factors related to immunosuppressant medication adherence in renal transplant recipients. Clinical Transplantation, 26, 706-713.
CHISHOLM-BURNS, M.A., SPIVEY, C.A., ZIVIN, J.G., LEE, J.K., SREDZINSKI, E., & TOLLEY, E.A. (2013). Improving outcomes of renal transplant recipients with behavioral

adherence contracts: a randomized controlled trial. American Journal of Transplantation, 13, 2364-2373.
DIAS, A.M., CUNHA, M., SANTOS, A.M.M., NEVES, A.P.G., PINTO, A.F.C., SILVA, A.S.A., & CASTRO, S.A. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. Millenium, 40, 201-219.
FINE, R.N., BECKER, Y., GEEST, S., EISEN, H., ETTENGER, R., EVANS, R., & DOBBELS, F. (2009). Nonadherence Consensus Conference Summary Report. American Journal of Transplantation, 9, 35-41.
GRIVA, K., DAVENPORT, A., HARRISON, M., & NEWMAN, S.P. (2012). Non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: intent vs. forgetfulness and clinical markers of medication intake. Annals of Behavioral Medicine, 44, 85-93.
MAISSIAT, G.S., MARIN, S.M., & FUZINATTO, C.R.D. (2013). Adherence to immunosuppresive treatment in post-renal transplant patients: a descriptive-exploratory study. Online Brazilian Journal of Nursing, 12 (2), 269-282. Recuperado de http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3865/pdf_1.
MARQUES, M.J., & BENTES, M.J.M. (2012). Transplante Renal. In M.M. SILVA, A. DUARTE, J. GALO & N. DOMINGUES (Eds.), Enfermagem em Urologia (pp. 353-362). Lisboa, Portugal: Lidel.
MASSEY, E.K., TIELEN, M., LAGING, M., BECK, D.K., KHEMAI, R., VAN GELDER, T., & WEIMAR, W. (2013). The role of goal cognitions, illness perceptions and treatment beliefs in self-reported adherence after kidney transplantation: A cohort study. Journal of Psychosomatic Research, 75, 229-234.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde. (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Lisboa, Portugal: DGS.
OBI, Y., ICHIMARU, N., KATO, T., KAIMORI, J., OKUMI, M., YAZAWA, K.,TAKAHARA, S. (2013). A single daily dose enhances the adherence to immunosuppressive treatment in kidney transplant recipients: a cross-sectional study. Clin Exp Nephrol, 17, 310-315.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS. (2005). CIPE/ICNP®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Beta 2. (D. Grassi, Trad.). Lisboa, Portugal: OE. (Obra original publicada em 1999).
ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). (D. Grassi, Trad.). Lisboa, Portugal: OE. (Obra original publicada em 2008).
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa, Portugal: OE.
RUSSELL, C.L., ASHBAUGH, C., PEACE, L., CETINGOK M., HAMBURGER, K.Q., OWENS, S., WAKEFIELD, M.R. (2013). Time-in-a-bottle (TIAB): a longitudinal, correlational study of patterns, potential predictors, and outcomes of immunosuppressive medication adherence in adult kidney transplant recipients. Clinical Transplantation, 27, E580-E590.

SCHMID-MOHLER, G., THUT, M.P., WÜTHRICH, P., DENHAERYNCK, K., & DE GEEST, S. (2010). Non-adherence to immunosuppressive medication in renal transplant recipients within the scope of the integrative model of behavioral prediction: a cross-sectional study. Clinical Transplantation, 24, 213-222.
SOUZA, M.T.; SILVA, M.D. & CARVALHO, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, 8 (1), 102-106.
STEELE, E., BIALOCERKOWSKI, A., & GRIMMER, K. (2003). The postural effects of load carriage on young people – a systematic review. BioMed Central, 4 (12), 1-7.
WENG, F.L., CHANDWANI, S., KURTYKA, K.M., ZACKER, C., CHISHOLM-BURNS, M.A., & DEMISSIE, K. (2013). Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months post-transplant: a cross-sectional study. BMC Nephrology, 14 (261).
WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genebra, Suíça: WHO.

COMUNICAÇÃO N.º 3
PAINEL I - 1º LUGAR

Título: A higiene oral nos Cuidados Intensivos: prevenir a Pneumonia Associada ao Ventilador

Autores: Ana Filipa Gomes Roque, Rui Filipe Lopes Gonçalves

Introdução

A higiene oral em doentes entubados é uma prática de Enfermagem essencial à manutenção da saúde oral, tendo-se mais recentemente associado esta prática à prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) [1]. A PAV poderá ocorrer 48 horas após a entubação traqueal e ventilação mecânica, constituindo uma das infeções hospitalares mais frequentes, com elevada morbilidade e mortalidade [2]. Os doentes entubados apresentam alterações na flora da cavidade oral que promovem a colonização bacteriana, com aumento da placa dentária, predispondo o desenvolvimento da PAV através da aspiração destes microrganismos para as vias aéreas inferiores [3].

Objetivos

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve zelar pela prestação dos cuidados de higiene oral ao doente entubado, promovendo a prática de Enfermagem baseada em evidências científicas. Neste contexto, necessita de estar informado sobre quais as medidas que revelam melhores resultados na redução da incidência da PAV [4].

Metodologia

Este trabalho tem assim como objetivos compreender a importância da higiene oral na prevenção da PAV, identificar quais as soluções orais que podem reduzir a incidência da PAV e identificar benefícios da escovagem dos dentes na prevenção da PAV. Para a concretização destes objetivos realizou-se uma revisão da literatura com pesquisa bibliográfica na base de dados EBSCOhost, com inclusão de artigos primários publicados entre 2009 e 2014, em que o idioma fosse Português ou Inglês. Foram excluídos todos os artigos não referentes aos Cuidados Intensivos.
O corpo de análise desta revisão resultou em seis artigos, todos eles quantitativos, em que os seus objetivos se relacionavam com a comparação do uso de diversas soluções orais e o uso da escovagem dos dentes na incidência da PAV.

Resultados

Os resultados dos estudos analisados não são consensuais, evidenciando-se que a clorohexidina reduz a incidência da PAV [5, 10], a escovagem dos dentes não reduz a incidência da PAV [5, 8], a aplicação de medidas onde se incluiu a escovagem de dentes reduz a incidência da PAV [6, 10] e o uso de soluções como o Listerine® e o bicarbonato de sódio não demonstraram ser eficazes.

Conclusão

Atualmente existe evidência científica que comprova que a higiene oral com clorohexidina reduz a PAV, no entanto não existem evidências que a escovagem dos dentes proporciona benefícios adicionais. Sugere-se a realização de mais estudos científicos que comparem a utilização da clorohexidina com e sem a realização da escovagem dos dentes, verificando se existe redução na incidência da PAV.

Fontes:

[1] DALE, C., Angus, J., SINUFF, T., MYKHALOVSKIY, E. (2012). Mouth care for orally intubated patients: A critical ethnographic review of the nursing literature. Intensive and Critical Care Nursing, 29(5), 266-274.
[2] MATOS, A., SOBRAL, A. (2010). Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, 17(1), 61-65.
[3] ANDREWS, T., STEEN, C. (2013). A review of oral preventative strategies to reduce ventilator-associated pneumonia. Nursing in Critical Care, 18(3), 116-122. doi: 10.1111/nicc.12002.
[4] ROBERTS, N., MOULE, P. (2011). Chlorhexidine and tooth-brushing as prevention strategies in reducing ventilator-associated pneumonia rates. Nursing in Critical Care, 16(6), 295-302. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00465.x.
[5] MUNRO, C., GRAP, M., JONES, D., MCCLISH, D., SESSLER, C. (2009). Chlorhexidine, Tooth Brushing, and Preventing Ventilator Associated Pneumonia in Critically Ill Adults. American Journal of Critical Care, 18(5), 428-438. doi: 10.4037/ajcc2009792.
[6] GARCIA, R., JENDRESKY, L., COLBERT, L., BAILEY, A., ZAMAN, M., MAJUMDER, M. (2009). Reducing Ventilador-Associated Pneumonia through Advanced Oral-Dental Care: A 48-Month Study. American Journal of Critical Care, 18(6), 523-534. doi:10.4037/ajcc2009311.
[7] BERRY, A., DAVIDSON, P., MASTERS, J., ROLLS, K., OLLERTON, R. (2011). Effects of three approaches to standardized oral hygiene to reduce bacterial colonization and ventilator associated pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised control trial. International Journal of Nursing Studies, 48, 681-688. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.11.004.

[8] LORENTE, L., LECUONA, M., JIMÉNEZ, A., PALMERO, S., PASTOR, E., LAFUENTE, N.,...SIERRA, A. (2012). Ventilador-associated pneumonia with or without toothbrushing: a randomized controlled trial. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 31, 2621-2629. doi:10.1007/s10096-012-1605-y.
[9] BERRY, A. (2013). A comparison of Listerine® and sodium bicarbonate oral cleansing solutions on dental plaque colonisation and incidence of ventilator associated pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised control trial. Intensive and Critical Care Nursing, 29, 275-281. doi:10.1016/j.iccn.2013.01.002.
[10] CUTLER, L., SLUMAN, P. (2014). Reducing ventilator associated pneumonia in adult patients through high standards of oral care: A historical control study. Intensive and Critical Care Nursing, 30, 61-68. doi:10.1016/j.iccn.2013.08.005.

COMUNICAÇÃO N.º 4

Título: Trabalho em equipa em contexto de emergência – Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

Autores: Alexandra Isabel Rebotim Azinhaga, Rui Carlos Negrão Baptista

Introdução

As situações de emergência em Saúde, pela sua complexidade, implicam a realização de atividades coordenadas, rápidas e sincronizadas pelos profissionais. O trabalho em equipa é de extrema importância para o resultado final, mas pode estar afetado.
Por vezes assistimos a um simples juntar de pessoas com formações diferentes, sem marcos de referência construídos de forma compartilhada, o que pode trazer dificuldades do ponto de vista da integração de conhecimentos e abordagens, resultando em conflitos dentro da equipa de profissionais e posturas fragmentadas (Alves, Ramos e Penna, 2005).

Objetivos

Descrever sentimentos e emoções manifestados pelos profissionais quando trabalham em equipa em contexto de emergência; descrever as dificuldades sentidas em relação à interligação com os vários elementos da equipa; conhecer a perceção sobre as consequências do trabalho em equipa no cuidar do doente em situação crítica; compreender que necessidades sentem, relativamente ao trabalho em equipa, após uma situação de emergência.

Metodologia

Estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica seguindo os passos metodológicos estabelecidos por Colaizzi. Analisadas doze entrevistas semiestruturadas, realizadas a enfermeiros e médicos de um Serviço de Urgência hospitalar, selecionados de forma intencional. Após a construção de um diagrama explicativo do fenómeno regressou-se aos participantes através de um *focus group*. Cumpridos os preceitos éticos.

Resultados

Emergiram três dimensões que nortearam a construção do diagrama: sentimentos gerados na situação, relação com os outros e projeção para o futuro.

Conclusão

Em contexto de emergência, os profissionais vivenciam sentimentos agradáveis e desagradáveis, que interferem no trabalho em equipa que desenvolvem. Esse trabalho é também influenciado por fatores resultantes da ligação entre os membros da equipa: formação, comunicação, experiência, organização e liderança. A projeção dos profissionais para emergências futuras está relacionada com as necessidades manifestadas após a situação de emergência: reflexão em equipa, mecanismos de avaliação e tempo de pausa. A realização deste estudo veio facultar e alertar para recomendações importantes nos diferentes níveis de cuidados, formação, investigação, prática e gestão, dos quais destacamos: fomentar a aquisição e desenvolvimento de competências específicas nos profissionais; proporcionar formação certificada e recertificação de competências; incluir a vertente prática, o treino de habilidades não técnicas e a realização de *briefing* no contexto formativo; desenvolver um instrumento que permita avaliar competências não técnicas da equipa em contexto real e garantir a existência de equipas de profissionais com dimensão, competência e dedicação necessárias ao adequado atendimento das situações de emergência no Serviço de Urgência.

Palavras-chave: Trabalho em equipa; Emergência; Equipa de emergência.

Fontes:

ALVES, Marília; RAMOS, Flávia Regina Souza; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O trabalho interdisciplinar: Aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma Unidade de Emergência – Texto & Contexto Enfermagem [Em linha] vol. 14, n.º3, (Jul. a set. 2005), p. 323-331, [consult. 17 de agosto de 2014]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a02.pdf.

COMUNICAÇÃO N.º5

Título: A intervenção de Enfermagem na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar

Autores: Sérgio Luís Jorge, Idalina Delfina Gomes

Introdução

Em Portugal, no último ano, 12,3% das pessoas com mais de 60 anos sofreu abuso físico, emocional, financeiro, sexual ou negligência no domicílio (1). No caso da pessoa idosa com demência (PIcD), as dificuldades físicas, psicológicas, sociais e financeiras associadas à prestação de cuidados podem fomentar comportamentos abusivos por parte do familiar cuidador (2, 3, 4).
O V Plano Nacional Contra a Violência Doméstica e de Género 2014-2017 destaca a relevância do papel dos profissionais de saúde na avaliação do risco e redução dos comportamentos abusivos (5). Enquanto enfermeiros, podemos intervir na prevenção e controlo deste fenómeno (6, 7, 8).

Objetivos

Intervir em parceria com o familiar cuidador, capacitando-o para responder às necessidades da PIcD, por forma a diminuir os fatores de risco de abuso associados ao papel de prestador de cuidados.

Metodologia

Quatro estudos de caso (9) de familiares cuidadores de PIcD, realizados entre 28/10/2013 e 14/02/2014, no contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados da região de Lisboa. O processo de cuidados teve como referencial o Modelo de Intervenção em Parceria, considerando as fases: revelar-se; envolver-se; comprometer-se; capacitar ou possibilitar e assumir ou assegurar o cuidado de si ou do outro (10). Como instrumentos de colheita de dados utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, questionários com base nos fatores de risco específicos para a avaliação do abuso à PIcD e as ferramentas *Indicators of Abuse Screen* (11) e *Elder Assessment Instrument* (12).

Resultados

A relação de parceria propiciou condições para identificar fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso. Estes surgiram associados ao processo familiar, ao isolamento, ao *stress* e à sobrecarga do cuidador. Atuou-se na prevenção primária e secundária através da capacitação do familiar cuidador para o cuidado de si e para possibilitar o cuidado da PIcD, preservando a sua dignidade.
As intervenções desenvolvidas passaram pela informação, a sugestão e a negociação de formas de superar os problemas decorrentes da prestação de cuidados que podiam precipitar os comportamentos abusivos. Os clientes referiram melhoria do bem-estar e da qualidade de vida.

Conclusão

Os resultados obtidos mostram a importância do familiar cuidador ser considerado como alvo prioritário para a intervenção, desenvolvendo uma prática em parceria que o ajude a gerir a situação de cuidados. Deste modo pode-se preservar a dignidade e a segurança dos cuidados à PIcD, protegendo-a do abuso. Sugere-se a realização de um estudo de base quantitativa que permita caraterizar e intervir numa população mais alargada.

Fontes:

1 – GIL A.P., SANTOS A.J., KISLAYA I., NICOLAU R. Envelhecimento e violência. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2014 [citado em 12 nov 2014]. Disponível na Internet: http://hdl.handle.net/10400.18/1955.
2 – LANDENBURGER K.M., CAMPBELL J.C. Violência e maus-tratos humanos. In STANHOPE M., LANCASTER J. Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 7. ed. Lisboa: Lusodidacta; 2011. p. 878-905.
3 – COOPER C., SELWOOD A., BLANCHARD M., WALKER Z., BLIZARD R. Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. British Medical Journal [revista em linha]. 2009 [citado em 23 nov 2014];338:583-86. Disponível na Internet: 10.1136/bmj.b155.
4 – WORLD HEALTH ORGANIZATION. European report on preventing elder maltreatment. Denmark: World Health Organization; 2011 [citado em 11 nov 2014]. Disponível na Internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.
5 – RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 102/2013 DE 31 DE DEZEMBRO. V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014-2017. Diário da República 1 Série. N.º 253 (13-12-31): 7017-27.
6 – PHELAN A. Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. Bristish Journal of Community Nursing. 2010; 15(10):472-78.

7 – ORDEM DOS ENFERMEIROS. Código Deontológico. Lisboa; 2009 [citado em 24 nov 2014] Disponível na Internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf.
8 – ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010 [citado em 10 nov 2014]. Disponível na Internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
9 – FORTIN, M.F., CÔTÉ J., FILION F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
10 – GOMES, I.D. Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In LOPES, M.A. O cuidado de Enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática. Ramada: Lusociência; 2013. p. 77-113.
11 – REIS M., NASMIASH D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. The Gerontologist [revista em linha]. 1998 [citado em 23 nov 2014]; 38(4):471-80. Disponível na Internet: 10.1093/geront/38.4.471.
12 – FERNANDES L., GONÇALVES R. Elder assessment instrument (EAI). In GEECD. Livro de escalas e testes na demência. 3. ed. [S.l.]: Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências; 2014.

COMUNICAÇÃO N.º 6

Título: Prevenção da infeção na pessoa idosa hospitalizada com sonda vesical – A parceria como intervenção de Enfermagem para promover o cuidado de si

Autores: Elodie Lopes Carvalho, Idalina Delfina Gomes

Introdução

No serviço de Urologia, a algaliação constitui um procedimento técnico muito utilizado no diagnóstico e tratamento de várias patologias. No entanto, a sua execução tem implicações na pessoa idosa a nível físico, psicológico e emocional e pode ter sérias complicações, tal como ocorrência de infeção (1). A nível nacional, a infeção das vias urinárias constituiu 21,1% das infeções nosocomiais, sendo que 32,9% ocorreram em doentes algaliados (2). A prevenção e controlo de infeção, parte integrante da segurança do doente, exigem o envolvimento dos enfermeiros na adesão às boas práticas e implementação da política institucional (3,4).

Objetivos

Capacitar a equipa de Enfermagem para reduzir o risco de infeção na pessoa idosa com sonda vesical num Serviço de Urologia, mobilizando a parceria como uma intervenção de Enfermagem para promover o cuidado de si.

Metodologia

Para a sua realização foi utilizada uma metodologia de projeto, com o envolvimento dos idosos com sonda vesical/cuidador e de toda a equipa multidisciplinar. No diagnóstico da situação e avaliação final, foram utilizados diversos métodos de recolha de informação, tais como a análise documental dos registos de Enfermagem, a aplicação de entrevistas aos enfermeiros, a observação participante da sua prática de cuidados e a realização de auditorias clínicas, possibilitando obter indicadores de resultados das atividades executadas e refletir nas competências adquiridas.

Resultados

Após a implementação do projeto, verifica-se a adoção de intervenções fundamentais para a prevenção da infeção, com uma melhoria do índice de qualidade na equipa de Enferma-

gem, de 47,45% para 81,66%, relativamente ao manuseamento da sonda vesical e sistema de drenagem. Alguns procedimentos são realizados com maior frequência tais como, a fixação da sonda vesical e a desinfeção da conexão entre algália e saco coletor quando o circuito é aberto. Os enfermeiros passaram a colher e a registar informações do idoso de forma mais individualizada e completa, bem como as intervenções implementadas na prevenção da infeção, conferindo maior visibilidade ao desempenho e à participação da pessoa idosa nos cuidados, capacitando-a a prosseguir o seu projeto de vida.

Conclusão

A segurança é um aspeto essencial dos cuidados de Enfermagem e diz respeito às suas atividades de suporte, de proteção ou de correção do ambiente (5). O enfermeiro desempenha um papel crucial, direcionando as suas intervenções de modo a estabelecer um trabalho de parceria com a pessoa idosa hospitalizada e cuidador, com o intuito de prevenir a ocorrência de infeção, sendo promotor do bem-estar, da segurança e do cuidado de si (6). Tem também responsabilidades na formação dos pares, na orientação, aconselhamento, liderança de projetos que promovam a redução do risco de infeção associada aos cuidados de saúde, alcançando melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes idosos. Sugere-se a realização de um trabalho de investigação para monitorização das medidas implementadas.

Fontes:

1 – LENZ, L.L. (2006). Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. Arquivos Catarinenses de Medicina. 35. (1). 82-91.
2 – DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2010). Relatório Inquérito de prevalência de infeção 2010 - Programa Nacional de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. Acedido a 25/05/2013. Disponível em: http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0.
3 – CURTIS, L.T. (2008). Prevention of hospital-acquired infections: review of nonpharmacological interventions. Journal of Hospital Infection. 69. 204-219.
4 – PEREIRA, T.M., CASTRO, K.F., SANTOS, T.O., PRADO, M.A., JUNQUEIRA, A.L.N., BARBOSA, M.A., TELES, S.A. (2008). Avaliação da adoção das medidas de precauções padrão em categorias específicas de profissionais de saúde. Revista Electrónica de Enfermagem. 10 (1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista.
5 – WATSON, J. (1998). Le caring (philosophie et science des soins infirmiers) – Jean Watson – tradução francesa de C. Waingnier e L. Caas sob direção de Josiane Bonnet. Editions Seli Arslan.
6 – GOMES, I.D. (2009). Cuidado de Si: a natureza da parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Doutoramento.

COMUNICAÇÃO N.º 7

Título: Avaliação multidimensional da pessoa idosa no Serviço de Urgência: intervenção do enfermeiro especialista

Autores: Maria de Fátima L. F. Coutinho, Maria Emília Brito

Introdução

Com o envelhecimento demográfico associado à alteração do padrão epidemiológico, verifica-se um aumento progressivo no atendimento às pessoas idosas (PI) nos Serviços de Urgência (SU) (1;2;3;4).
Situação que representa um constante desafio para os enfermeiros (3) por os SU serem locais hostis, em que o espaço físico e a gestão de cuidados não estão adequados às necessidades complexas das PI (5).
As PI que recorrem ao SU têm elevado risco de efeitos adversos, nomeadamente declínio funcional (1;6;7;8). No entanto, a ida ao SU pode ser uma oportunidade de avaliar a capacidade funcional e cognitiva (9) e a avaliação multidimensional revelar-se útil na deteção de síndromes geriátricas, tratamento e encaminhamento (1;3).

Objetivos

Por se verificar, no nosso contexto de prática, que as situações detetadas e as intervenções iniciadas carecem de continuidade aquando da alta das PI, em âmbito académico desenvolvemos um trabalho utilizando a metodologia de projeto, com os objetivos: implementar avaliação multidimensional sistematizada à PI admitida em SU e promover a continuidade de cuidados prestados à PI com alta do SU. Estruturámos uma atuação em duas fases: identificação, através da aplicação da escala *Identification of Seniors At Risk* (ISAR), da PI de risco admitida no SU; elaboração e aplicação de grelha de avaliação multidimensional, para o desenvolvimento de intervenções adequadas.

Metodologia

A implementação de intervenções à PI de risco no SU tem efeitos benéficos nos ganhos em saúde, reduzindo o declínio funcional e cognitivo. Intervenções que especificamente promovam a articulação com os Cuidados de Saúde Primários e, consequentemente, a continuidade dos cuidados, podem diminuir a utilização dos SU (10).

Resultados

Por encararmos a ida de uma PI ao SU como um processo de transição, utilizámos como referencial teórico a teoria das transições de Meleis. A consciencialização de um processo de envelhecimento; doença súbita/agudização de doença crónica; e alta para o domicílio podem influenciar a capacidade da PI continuar a representar o mesmo papel na estrutura familiar e conduzir à necessidade do familiar assumir o papel de cuidador. Determinar necessidades, identificar recursos e promover adequado encaminhamento são intervenções que facilitam a transição para o domicílio.

Conclusão

Este projeto permitiu a caraterização das PI admitidas, aspeto até então desconhecido. A grelha elaborada e implementada pode revelar-se futuramente um valioso instrumento de avaliação, contribuindo para a articulação de cuidados. Como implicações imediatas na prática de Enfermagem salientamos a consciencialização da problemática da PI em SU, com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados.

Fontes:

1 – AMINZADEH F., DALZIEL W.B. Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. Annals of Emergency Medicine. 2002; 39 (3): 238-47.
2 – FOO C.L., CHAN K.C., GOH H.K., SEOW E. Profiling acute presenting symptoms of geriatric patients attending an urban hospital emergency department. Annals of the Academy of Medicine, Singapore. 2009; 38 (6): 515-16.
3 – SALVI F., MORICHI V., GRILLI A., GIORGI R., DE TOMMASO G., DESSÌ-FULGHERI P. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. Internal Emergency Medicine. 2007; 2: 292–01.
4 – SAMARAS N., CHEVALLEY T., SAMARAS D., GOLD G. Older Patients in the Emergency Department: A Review. Annals of Emergency Medicine. 2010; 56 (3): 261-69.
5 – HWANG U., MORRISON R.S. The geriatric emergency department. Journal of the American Geriatrics Society. 2007; 55 (11): 1873-6.
6 – MCCUSKER J., BELLAVANCE F., CARDIN S., TRÉPANIER S., VERDON J., ARDMAN O. Detection of Older People at Increased Risk of Adverse Health Outcomes After an Emergency Visit: The ISAR Screening Tool. Journal of the American Geriatrics Society. 1999; 47: 1229-37.
7 – MCCUSKER J., CARDIN S., BELLAVANCE F., BELZILE E. Return to the Emergency Department among Elders: Patterns And Predictors. Academic Emergency Medicine. 2000; 7 (3): 249-59.
8 – MCCUSKER J., VERDON J., TOUSIGNANT P., DE COURVAL L.P., DENDUKURI N., BELZILE E. Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline: Results of a Multicenter Randomized Trial. Journal of the American Geriatrics Society. 2001; 49: 1272–81.
9 – CAPLAN G.A., WILLIAMS A.J., DALY B., ABRAHAM K. A Randomized, Controlled Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention After Discharge of Elderly from the Emergency Department –The DEED II Study. Journal of the American Geriatrics Society. 2004; 52: 1417–23.
10 – MCCUSKER J., VERDON J. Do Geriatric Interventions Reduce Emergency Department Visits? A Systematic Review. The Journal of Gerontology Biological Sciences & Medical Sciences. 2006; 61 A (1): 53-62.

COMUNICAÇÃO N.º 8
PAINEL III - 1º LUGAR

Título: Intervenções de Enfermagem no controlo do *stress* da família da pessoa doente em situação crítica

Autores: João Pedro Afonso Gonçalves, Joana Piedade Marques, Silvina Maria da Costa Moura, Isabel Rabiais

Introdução

Cuidar com qualidade a pessoa em situação crítica implica que o enfermeiro se preocupe e aumente o seu âmbito de intervenção para cuidar também da sua família, por esta vivenciar um momento de grande vulnerabilidade sob elevados níveis de *stress*. O processo de hospitalização traduz uma forte ameaça à integridade da família e a implementação de intervenções de Enfermagem específicas e direcionadas a cada uma das famílias pode facilitar este processo e adaptação/transição.

Objetivos

Este trabalho tem como objetivo identificar quais as intervenções de Enfermagem que visam o controlo do stress da família da pessoa doente em situação crítica.
Como forma de explorar esta problemática realizou-se uma revisão integrativa da literatura seguindo orientação metodológica defendida por Mendes *et al* (2008) visando explorar a evidência dos últimos cinco anos. Recorrendo à plataforma de pesquisa eletrónica EBSCOhost, selecionaram-se as bases de dados bibliográficas CINAHL®, MEDLINE® e *Nursing & Allied Health Collection*. Dos 67 artigos encontrados, 15 consideraram-se potencialmente relevantes, ingressando assim a nossa amostra.

Metodologia

As intervenções de Enfermagem encontradas na literatura foram divididas em cinco áreas de «Ação» segundo a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem que visaram o «Avaliar», «Planear», «Envolver», «Comunicar» e «Apoiar» a família da pessoa doente em situação crítica.

Resultados

As intervenções mais demonstradas na literatura na ação «Avaliar» em 33% foram avaliar

o *stress* do prestador de cuidados e avaliar o *coping* familiar. Na ação «Planear» numa percentagem superior a 40% visaram planear cuidados de Enfermagem centrados na família e planear um atendimento singular a cada família. Em percentagens similares na ação «Envolver» foram encontradas as intervenções que visam estabelecer uma relação empática e de confiança, facilitar e promover o envolvimento da família nos cuidados à pessoa doente e envolver a família no processo de tomada de decisão. Na ação «Comunicar» foi encontrada em 53% comunicar de forma aberta e efetiva com a família e com 33% informar a família relativamente aos cuidados e tratamento da pessoa doente, facilitar a comunicação com a família e promover a escuta ativa. Por último, na ação «Apoiar» a maior evidência (com mais de 40%) referem-se às intervenções de apoiar a família, confortar a família e promover mecanismos de *coping* entre outras.

Conclusão

Concluímos não existirem na literatura intervenções pré-definidas que comprovem o controlo do *stress* da família da pessoa em situação crítica, mas um sequenciar de ação-intervenção comprovou em alguns estudos que diminuiu o *stress* e que se revelaram promotoras do *coping* familiar. Sugerem-se estudos que utilizem estas intervenções e que se utilizem escalas de *stress* para validar a sua eficácia.

Fontes:

BLACK, P., BOORE, J.R.P. & PARAHOO, K. The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. Journal of Advanced Nursing 67, 1091–1101 (2011).
BLOM, H., GUSTAVSSON, C. & SUNDLER, A., JOHANSSON. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients - A phenomenological study. Intensive & Critical Care Nursing 29, 1–8 (2013).
BLOOMER, M., J. & O'CONNOR, M. Providing end-of-life care in the intensive care unit: Issues that impact on nurse professionalism. Singapore Nursing Journal 39, 25 –30 (2012).
CIPE® Versão 2 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.
DAS MERCES, M.C., RIGAUD, J., BAHIA, PINTO, F., PASSOS, SOUZA, L. & SILVA SERVO, M.L. Humanization practices in nursing care provided to clients in intensive care unit [Portuguese]. Enfermagem Brasil 11, 365–372 (2012).
DAVIDSON, J. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. Critical Care Nurse 29, 28–35 (2009).
DAVIDSON, J. Facilitated Sensemaking – A Strategy and New Middle-Range Theory to Support Families of Intensive Care Unit Patients. Critical Care Nurse 30, 28–39 (2010).
DE BEER, J. & MOLEKI, M.M. Critical Care Nurses' Perceptions Of Family Witnessed

Resuscitation In The Kingdom Of Saudi Arabia. Africa Journal of Nursing & Midwifery 14, 105–115 (2012).
IVERSON, E. et al. Factors affecting stress experienced by surrogate decision makers for critically ill patients: Implications for nursing practice. Intensive & Critical Care Nursing 30, 77–85 (2014).
HICKMAN, R., Jr., DALY, B., DOUGLAS, S. & CLOCHESY, J. Families in critical care. Informational coping style and depressive symptoms in family decision makers. American Journal of Critical Care, 19, 410–420 (2010).
JIYEON, Choi et al. Health Risk Behaviors In Family Caregivers During Patients' Stay In Intensive Care Units: A Pilot Analysis. American Journal of Critical Care 22, 41–45 (2013).
KNAPP, S., J., Sole, M., Lou & Byers, J., Fowler. The EPICS Family Bundle and its effects on stress and coping of families of critically Ill trauma patients. Applied Nursing Research 26, 51–57 (2013).
KHALAILA, R. Meeting the needs of patients' families in intensive care units. Nursing Standard 28, 37–44 (2014).
KÖBERICH, S., KALTWASSER, A., ROTHAUG, O. & ALBARRAN, J. Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses. Nursing in Critical Care 15, 241–250 (2010).
MENDES, Karina DS; SILVEIRA, Renata CCP; GALVÃO, Cristina M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. IN Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Vol. 17, n.º 4 (2008) p. 768-764.
PACHECO, Susana – Cuidar a pessoa em fase terminal – Perspectiva ética. 3ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2014. ISBN 978-989-80-75-38-3.
ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento n.º 124/2011 (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica). IN Diário da República, 2ª Série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011.
RINALDI, F., GRECO, V., CORSI, A., FRIGOTTO, M. & VALLAPERTA, E. 'Open Hospital' in emergency department: narrative review of literature. SCENARIO: Official Italian Journal of ANIARTI 31, 41–46 (2014).
RODRIGUES, Ticiana. Factores estressores para a equipa de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. In REME. Rev. Min. Enferm.; 16(3): 454-462, jul./set. 2012.
ROQUE, Alexandra; FABIÃO, Dina; OLIVEIRA; Virgínia – Cuidar em Família. In Suplemento 1º Seminário de Enfermagem em Cuidados Intensivos da Beira Interior, 2013, 32, p.2-6.
STAYT, L. Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. Journal of Clinical Nursing 18, 1267–1275 (2009).
VAZ SERRA, Adriano. A vulnerabilidade ao stress. In Psiquiatria Clínica, Coimbra, Vol. 21, n.º4, (Outubro/dezembro, 2000), p.261-278.
VAZ SERRA, Adriano. O Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Edição do Autor. 2007, 780p. ISBN: 9789729500329.
VIEIRA, Margarida. Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência. 2ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009, p. 158. ISBN: 978-972-54-0195-8.

COMUNICAÇÃO N.º 9

Título: Gestão da doença após a alta clínica: o impacto das dificuldades dos doentes no período de transição

Autor: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Introdução

As estatísticas revelam que as doenças cardiovasculares são um problema global pois comportam grandes custos e danos irreparáveis na saúde. As taxas de mortalidade e morbilidade são preocupantes e incluem limitações variadas: impacto no trabalho das pessoas, mudanças na rotina da família, etc... Devido a mudanças nas características sociodemográficas e da adoção de estilos de vida pouco saudáveis, os fatores de risco podem resultar em doenças, perdas de produtividade e morte prematura.

Objetivos

Analisar as perceções e dificuldades dos pacientes com o processo de doença/recuperação após a alta.
Identificar os preditores de readmissões e os preditores de mudanças no estilo de vida dos pacientes durante os primeiros seis meses após o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).

Metodologia

Análise transversal de um estudo longitudinal, descritivo e observacional com 106 doentes hospitalizados com o primeiro episódio de EAM. Foram determinados critérios de inclusão e exclusão de acordo com o objetivo central do estudo. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética onde a investigação foi efetuada e está em conformidade com os princípios enunciados na Declaração de Helsínquia.

Resultados

Existem discrepâncias entre a intenção dos doentes mudarem os seus estilos de vida (opinião durante o internamento) e as verdadeiras mudanças (apuradas seis meses após a alta). Os preditores de reinternamento estão associados a fatores de risco cardiovascular e à gravidade da doença, enquanto os preditores para a não adesão a mudança de

estilos de vida estão relacionados com as caraterísticas sociodemográficas e com a falta de educação para a saúde antes da alta.

Conclusão

A situação do doente pós-EAM é debilitante e influencia naturalmente no processo de transição, afetando posteriormente os seus autocuidados. A primeira hospitalização por EAM pode ter um grande impacto na vida do doente, portanto, envolver os doentes no plano de cuidados e no plano de alta torna-se essencial para além de ser uma excelente forma de otimização de recursos. A autogestão da doença em patologias como o EAM (onde existem fatores de risco potencialmente modificáveis) é muito importante, pelo que os enfermeiros têm uma responsabilidade preponderante no desafio da mudança de comportamentos.

Fontes:

ALSÉN P., BRINK E., PERSSON L.O., BRÄNDSTRÖM Y., KARLSON B.W. (2010). Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. Journal of Cardiovascular Nursing. Mar-apr;25(2):E1-E10. doi:10.1097/JCN.0b013e3181c6dcfd.
ARNETZ J.E., WINBLAD U., ARNETZ B.B., HÖGLUND A.T. (2008). Physicians' and nurses' perceptions of patient involvement in myocardial infarction care. European Journal of Cardiovascular Nursing. Jun; 7(2):113-20. Epub 2007 jun 19.
BORZAK S. (2004). A disease management program reduced hospital readmission days after myocardial infarction. ACP Journal Club. Jul-aug;141(1):4.
DAVIDSON P.M., DALY J., LEUNG D., ANG E., PAULL G., DIGIACOMO M., HANCOCK K., CAO Y., DU H., THOMPSON D.R. (2011). Health-seeking beliefs of cardiovascular patients: A qualitative study. International Journal of Nursing Studies. Nov;48(11):1367-75. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.021.
MALONEY L.R., WEISS M.E. (2008). Patients' perceptions of hospital discharge informational content. Clinical Nursing Research. Aug;17(3):200-19. doi: 10.1177/1054773808320406.
NUNES S.R., REGO G., NUNES R. (2013). Awareness of costs and individual accountability in health care. Nursing Ethics. Sep;20(6):645-59. doi: 10.1177/0969733012468464. Epub 2013 jan 31.
NUNES S.R., REGO G., NUNES R.(2014) The experience of an information system for nursing practice: the importance of nursing records in the management of a care plan. Computers Informatics Nursing. Jul; 32(7):322-32. doi: 10.1097/CIN.0000000000000060.
NUNES S.R., REGO G., NUNES R. (2014). Self-management of Cardiovascular Risk Factors After Myocardial Infarction, Experimental & Clinical Cardiology 20, 8: 3794 - 3805.
NUNES S.R., REGO G., NUNES R. (2014). Right or duty of information: a Habermasian perspective. Nursing Ethics. Dec 8. pii: 09697330145571l6. [Epub ahead of print].

COMUNICAÇÃO N.º 10

Título: Investir na prestação de informação e no plano de alta: um processo contínuo na melhoria de cuidados de Enfermagem

Autores: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Introdução

Apesar dos sucessos atuais de tratamento a nível das doenças cardiovasculares, é necessário melhorar os cuidados básicos de educação e promover a prevenção de fatores de risco cardiovascular mesmo após a hospitalização através de ensino e também do fornecimento de informação de forma mais clara e objetiva, indo ao encontro às necessidades dos doentes. Desta forma, torna-se essencial compreender que tipo de intervenções de Enfermagem são efetuadas no internamento e refletir acerca das tendências atuais.

Objetivos

Identificar e descrever o tipo de intervenções de Enfermagem que são mais frequentes no plano de cuidados de um paciente pós-EAM, considerando o modelo de sete eixos da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).
Demonstrar o possível contributo da Enfermagem na sustentabilidade dos cuidados de saúde e na promoção da dignidade das pessoas através do ensino e do fornecimento de informação.

Metodologia

Análise transversal de um estudo longitudinal, descritivo e observacional com 106 doentes hospitalizados com o primeiro episódio de EAM. Foram determinados critérios de inclusão e exclusão de acordo com o objetivo central do estudo. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética onde a investigação foi efetuado e está em conformidade com os princípios enunciados na Declaração de Helsínquia.

Resultados

Durante o internamento dos doentes, as intervenções mais contabilizadas surgiram no âmbito do «Observar» (40%) e do «Gerir» (23%), pelo que as intervenções associadas à gestão de sinais e sintomas foram mais frequentes e foram realizadas em 84,9% dos doentes.

Verificou-se também que as informações fornecidas aos doentes durante a hospitalização e antes da alta hospitalar com registo efetivo estavam relacionadas com a gestão de sinais e sintomas em 90,6% dos doentes. As intervenções associadas à prestação de informação sobre as mudanças nos estilos de vida foram realizadas em apenas 27,4% dos doentes e estavam relacionadas com os hábitos alimentares, exercício e tabaco.

Conclusão

Para uma comunicação eficaz deve haver participantes com competência, adotando uma atitude objetiva, determinando a ação comunicativa que promove a busca de entendimento mútuo, resultando num processo de interação que promove a autodeterminação. O direito à informação e a comunicação devem estar presentes na gestão de cuidados e na garantia de satisfação dos doentes. Assim, através de uma organização centrada na pessoa doente e liderando efetivamente, haverá um envolvimento ativo de todos os protagonistas e haverá consequentemente uma tomada de decisão baseada na evidência de forma assertiva e legítima.

Fontes:

ALSÉN P., BRINK E., PERSSON L.O., BRÄNDSTRÖM Y., KARLSON B.W. (2010). Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. Journal of Cardiovascular Nursing. Mar-apr;25(2):E1-E10. doi:10.1097/JCN.0b013e3181c6dcfd.
ARNETZ J.E., WINBLAD U., ARNETZ B.B., HÖGLUND A.T. (2008). Physicians' and nurses' perceptions of patient involvement in myocardial infarction care. European Journal of Cardiovascular Nursing. Jun;7(2):113-20. Epub 2007 jun 19.
ENGEL J. & PRENTICE D. (2013). The ethics of interprofessional collaboration. Nursing Ethics. Jun;20(4):426-35. doi: 10.1177/0969733012468466. Epub 2013 jan 17.
DECKER C., GARAVALIA L., CHEN C., BUCHANAN D.M., NUGENT K., SHIPMAN A. & SPERTUS J.A. (2007). Acute myocardial infarction patients' information needs over the course of treatment and recovery. The Journal of Cardiovascular Nursing. Nov-dec;22(6):459-65.
GUNTER T.D. & TERRY N.P. (2005). The emergence of national electronic health record architectures in the United States and Australia: models, costs, and questions. Journal of Medical Internet Research. 2005 mar 14;7(1):e3.
NUNES S.R., REGO G., NUNES R. (2013). Awareness of costs and individual accountability in health care. Nursing Ethics. Sep;20(6):645-59. doi: 10.1177/0969733012468464. Epub 2013 jan 31.
NUNES S.R., REGO G., NUNES R.(2014) The experience of an information system for nursing practice: the importance of nursing records in the management of a care plan. Computers Informatics Nursing. Jul;32(7):322-32. doi: 10.1097/CIN.0000000000000060.

NUNES S.R., REGO G., NUNES R. (2014). Self-management of Cardiovascular Risk Factors After Myocardial Infarction, Experimental & Clinical Cardiology 20, 8: 3794 - 3805.
NUNES S.R., REGO G., NUNES R. (2014). Right or duty of information: a Habermasian perspective. Nursing Ethics. Dec 8. pii: 09697330145571l6. [Epub ahead of print].

COMUNICAÇÃO N.º 11

Título: O Sistema de Triagem de Manchester e a pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Autores: Marisa Sofia Monteiro Pereira, José Carlos Amado Martins

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa a primeira causa de morte em Portugal sendo a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas. Nos doentes com doença cerebrovascular, o Sistema de Triagem de Manchester (STM) tem um papel essencial, pois o reconhecimento precoce de um sinal ou sintoma sugestivo de AVC pode resultar num tratamento imediato com repercussão no prognóstico. Os enfermeiros que utilizam este sistema de triagem são detentores de conhecimentos e habilidades específicos para definição da prioridade de atendimento. A implementação da Via Verde do AVC (VV-AVC) no STM tem como função melhorar a acessibilidade e permitir um tratamento mais eficaz, reduzindo a mortalidade, a morbilidade e as sequelas.

Objetivos

Este estudo teve como objetivo analisar possíveis relações entre a prioridade definida pelo STM e algumas variáveis demográficas e clínicas no doente com AVC.
Trata-se de estudo retrospetivo com abordagem quantitativa, do tipo exploratório descritivo. A recolha dos dados foi realizada a partir do *software* ALERT®. Foram incluídos todos os doentes que deram entrada no Serviço de Urgência (SU) de um hospital central da região Centro do País, entre 1 de janeiro de 2010 e 31 dezembro de 2012, com o diagnóstico de AVC, num total de 864 casos. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um formulário.

Metodologia

A maioria dos doentes com AVC foi triada com elevada prioridade sendo as idades diferentes entre homens e mulheres, com estas triadas com prioridade superior aos homens. Prioridades mais elevadas foram atribuídas às pessoas mais idosas, aos que faleceram e aos que foram internados.

Resultados

Os efeitos de alguns programas nacionais para diminuir as repercussões do AVC na população, nomeadamente a VV-AVC, poderiam ser mais abrangentes em relação aos critérios de acessibilidade, cobrindo atualmente apenas uma proporção estimada em 14% de todos os casos.
A atribuição de prioridades do Sistema de Triagem de Manchester revelou-se sensível na gestão da dinâmica dos serviços de urgência, atribuindo um nível de prioridade «emergente/muito urgente» à maior parte dos doentes com diagnóstico de AVC.

Conclusão

Desta forma, é importante salientar a necessidade de campanhas para fazer chegar a informação à comunidade não só sobre a clínica do AVC, como também sobre os fatores de risco do mesmo, e ainda alertar os profissionais de saúde de forma a promover a avaliação rápida e tratamento nos doentes vítimas de AVC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Sistema de Triagem de Manchester; Via Verde do Acidente Vascular Cerebral; Serviço de Urgência, Enfermagem.

Fontes:

ADAMS, Harold [et al.] Guidelines for the Early Management of Adults with Ischemic Stroke. A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Stroke Association. Stroke. 2007. 38: p.1659.
ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral. Lisboa. 2007. 60p. (p. 23-26, 31-45, 50-58).
ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. Campanha nacional sobre enfarte e AVC. [Em linha]. (2008). [Consult 15 jul 2013]. Disponível em: http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/1/campanha+avc.htm.
AZEREDO, Tania. [et al.] Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. International Emergency Nursing. 06 (2014).
COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES. Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC). [Em linha] Lisboa: INEM; 2007. [Consult 15 jul 2013]. Disponível em https://pt.scribd.com/doc/114520500/Vias-Verdes-AVC-e-Coronaria.
COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES. Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral. Indicadores de actividade 2010. Lisboa: CNDC; 2011. ISBN: 978-989-96263-6-2.
COUTINHO, Ana; CECÍLIO, Luiz; MOTA, Joaquim. Classificação de risco em serviços

de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev. Med. Minas Gerais (2012). Vol.22 (2). p.188-198.
DELFIM, Luciana [et al.]. A Percepção de Enfermeiros sobre o Atendimento de Pacientes com Acidente Vascular Encefálico Agudo. Journal of Nursing UFPE On Line. 2012. 6 (9). p. 2204-2212.
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Protocolos de Triagem de Prioridades em Urgência. Circular Informativa nº 52/DSPCS, de 04 de outubro de 2005.
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Risco de Morrer em Portugal 2006. Lisboa: 2009.
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, [Em linha] (2001). Disponível em: http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pdf.
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 62p. ISBN: 2183-0681, 2013.
EUROPEAN STROKE ORGANIZATION (ESO). Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008. [em linha]. (2013) Consult a 30 jan 2014. Disponível em http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf.
EVENSON, K.R., ROSAMOND W.D., MORRIS D.L. Pre-hospital and in-hospital delays in acute stroke care. Neuroepidemiology 2001; 20:65-76.
FERRO José [et al.] An analysis of the admission delay of acute stroke. Cerebrovascular Disease, 1994;4: 72-75.
FREITAS, Paulo.Triagem no serviço de urgência. 2ª Ed. Manchester: Grupo de triagem de Manchester, 2002.
GABRIEL, João [et al.]. Triagem Intra-Hospitalar das Admissões por Acidente Vascular Cerebral Isquémico Através do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. Sinapse. 2007. 1 (7). p. 28-35.
GOMES, Ricardo [et al] Vias Verdes do Enfarte de Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral, Coordenação Nacional das Doenças Cardiovasculares. Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. 2007.
GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. Implementação da Triagem de Manchester em Portugal. 2009.
GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes. 2009.
GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando. 2002, 2.ª ed. Lisboa: BMJ Publishing Group.
GUEDES, Helisamara. Valor de predição do protocolo Manchester em um hospital do Vale do Jequitinhonha. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Estatísticas Demográficas 2012. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2013. ISBN 978-989-25-0115-4.
INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Dados Estatísticos: Taxa de mortalidade

por doenças cerebrovasculares por 100.000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo e Grupo etário; Anual [Em linha]. 2014. [Consult. 05 out. 2014]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003726&contexto=bd&selTab=tab2.
KURZ, M., KURZ, K., FARBU, E. Acute ischemic stroke - from symptom recognition to thrombolysis. Acta Neurologica Scandinavica. 2013. 127 (Suppl. 196). p. 57-64.
LARRY, B. Goldstein [et al.] Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association. American Stroke Association. Stroke. 2011; 42:517-584.
MACKWAY-JONES Kevin. Emergency Triage: Manchester Triage Group. 2ªed, Oxford: Blackwell, 2006.
MARQUES, António. Triagem de Prioridades no Serviço de Urgência: Funções e enquadramento no âmbito da reestruturação da organização da urgência. Departamento de Urgência, Hospital Geral de Santo António. 2001.
MARQUES, António [et al.] Triagem no serviço de urgência: protocolo de triagem de Manchester. 2ª ed. Grupo Português de Triagem, (2009). 21-93.
MARTINS, Cuna, [et al.]. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital." Emerg Med J 26(3): (2009). p. 183-186.
MARTINS, José Carlos A. Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem. Vol 12, Nº 2 (Dezembro, 2008), p. 62-66.
MARTINS, José Carlos A. Actuação do Enfermeiro no Sector de Urgências: Gestão para o Desenvolvimento de Competências. In MALAGUTTI, William; CAETANO, Karen – Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado. Rio de Janeiro: Rubio. 2009. 175-189. ISBN: 978-85-7771-054-6.
MARTINS, T. Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formasau – Edição Sinais Vitais, 2006. ISBN 972-8485-65-4.
MEDEIROS, GIÓIA e LOPES. Triagem no Departamento de Emergência. In FONSECA, A. [et al.] – Enfermagem em Emergência. Elsevier Editora. Brasil. P. 75-97. 2011. ISBN: 978-85-352-4870-8. 2011.
MINISTRO DA SAÚDE. Determinação da obrigatoriedade da triagem de prioridades no Serviço de Urgência, Despacho n.º 19124/2005, de 17 de Agosto, Diário da República n.º 169, 2 de Setembro de 2005, página 12834.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo de trabalho das urgências. Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. 2006.
OLIVEIRA, Victor. Acidente Vascular Cerebral em Portugal – O Caminho para a Mudança. Ordem dos Médicos. Acta Médica Portuguesa. 2012. Sep-oct; 25(5):263-264.
OLOFSSON, P. [et al.] Manchester Triage in Sweden – Interrater Reliability and accuracy. International Emergency Nursing. Suécia. 2009.
SÁ, Maria José. AVC – Primeira causa de morte em Portugal. Revista da Faculdade de ciências da Saúde. Porto. Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN: 1646-0480.6 (2009). p. 12-19.

SÁ, Maria José. Neurologia clínica: compreender as doenças neurológicas. Porto: Univ. Fernando Pessoa, 2009. 645 p. ISBN 978-989-643-034-4.
SMITH, Eric [et al.] Poor Outcomes in Patients Who Do Not Receive Intravenous Tissue Plasminogen Activator Because of Mild or Improving Ischemic Stroke. Stroke. 2005. 36. p. 2497-2499.
TUNA, Assunção, PEREIRA, José Pedro. Acidente Vascular Cerebral Agudo, in Curso da Evidência na Emergência – Manual de Fundamentos 2008, 1ª Edição, Multitema, Porto. pp. 319-328.

COMUNICAÇÃO N.º 12

Título: Perceção do enfermeiro no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento

Autor: Sílvia Maria Cordeiro Costa Fragoso, Rui Carlos Negrão Baptista

Introdução

A técnica de Ventilação Não Invasiva (VNI) já mostrou ser eficaz em vários tipos de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada (Ferreira et al., 2009). Para a utilização desta modalidade ventilatória existem evidências em que os profissionais devem estar treinados e serem detentores de conhecimentos, destacando-se um desenvolvimento importante da aplicação da mesma (Esquinas *et al*., 2011 e Hess, 2013). A área problemática pela qual optámos surgiu da constatação das dificuldades do enfermeiro no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento de Medicina.

Objetivos

Assim, o presente estudo versa a perceção do enfermeiro no cuidar do doente com Ventilação Não Invasiva num serviço de internamento de um Hospital Distrital (HD). Considerámos para a nossa investigação utilizar um estudo descritivo, exploratório de nível I, com uma abordagem qualitativa. Atribuímos como objetivo descrever e analisar a perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento. Como técnica de colheita de dados recorremos às entrevistas semi-estruturadas e o tratamento dos dados foi efetivado com base na análise de conteúdo segundo Bardin (2011).
As estratégias para o desenvolvimento profissional, as estratégias de adaptação do doente à VNI, as estratégias de manutenção da VNI e as complicações da VNI.

Pretendemos que este trabalho favoreça e sensibilize os profissionais para a importância na prática dos cuidados, sobretudo da:

- Efetivação de normas de atuação e manuais
- Formação e aquisição de conhecimentos
- Disponibilidade e gestão de materiais
- Uniformização dos equipamentos – «Bipap»
- Partilha entre médicos e enfermeiros bem como o trabalho em equipa
- Vigilância do doente e o ajuste das intervenções da equipa de saúde

- Relação entre enfermeiro e o doente, visando a aceitação do doente
- Preparação e ensino do doente/família
- Prevenção das complicações

Igualmente desejamos que o estudo favoreça a investigação futura sobre a temática no âmbito dos cuidados de Enfermagem. Como exemplos: determinar o conhecimento que os enfermeiros sentem como fundamentais para a sua formação, podendo-se deste modo colaborar para uma formação/ensino mais adaptado às necessidades identificadas na prática; ou determinar na vertente do doente qual a sua perceção sobre a técnica de VNI de forma a identificar as suas necessidades e aplicar as medidas necessárias para um cuidado de maior qualidade.

Conclusão

Nesta lógica, propomos a efetivação de outros estudos na comunidade científica, contribuindo assim para o desenvolvimento de boas práticas no desempenho profissional dos enfermeiros.

Fontes:

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 978-972-44-1506-2.
ESQUINAS, António M. [et al.] Princípios da ventilação mecânica não invasiva – do hospital ao domicílio. [S.l.]: Tipografia do Ave, 2011. ISBN 978-84-614-5831-1.
HESS, Dean R. How to Initiate a Non-invasive Ventilation Program: Bringing The Evidenc to the Bedside. Respiratory Care. [em linha] 54:2 (2009) 232-245. [Consult.05Dez.2013]. Disponível em http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=1d537052-30af-421a-a501-af85e6e8a6c4%40sessionmgr115&hid=128. ISSN 0020-1324.

COMUNICAÇÃO N.º 13

Título: O significado da experiência vivida pelo enfermeiro no cuidado à pessoa adulta e à sua família em processo de morrer e de morte: uma revisão sistemática da literatura, com metassíntese

Autor: Verónica Maria Marques Simões, José Carlos Amado Martins

Introdução

A morte resume-se ao acontecimento em que a vida termina, conduzindo a reações emocionais para o indivíduo que está a morrer, para a sua família e para os profissionais de saúde que lhes prestam cuidados. A morte consiste assim num processo determinado biologicamente, mas onde o pensamento e as relações humanas estão presentes, independentemente do local e causas de morte e, portanto, com forte componente social, espiritual e psíquica.

Objetivos

Esta revisão sistemática da literatura com metassíntese pretende sistematizar e analisar a evidência produzida relativamente ao significado da experiência vivida pelos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta e à sua família no processo de morrer e de morte em contexto institucional.

Metodologia

A abordagem adotada foi baseada nas orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2014) para revisões qualitativas. A pesquisa foi orientada pela pergunta: «Quais os significados da experiência vivida pelos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta e à sua família no processo de morrer e de morte em contexto institucional», sendo esta realizada em bases de dados eletrónicas indexadas nas plataformas B-On, EBSCO-host, RNACCP e Google Académico. Foram selecionados 39 estudos com base nos critérios pré-definidos, na avaliação da qualidade metodológica e na avaliação crítica dos resultados, no espaço temporal entre 2003-2013, em Português e em Inglês.

Resultados

Os significados da experiência vivida dos enfermeiros provenientes dos 39 estudos sele-

cionados foram organizados em quatro grandes temas: o impacto biopsicossocial e espiritual no enfermeiro; estratégias adaptativas eficazes e ineficazes do enfermeiro; competências do enfermeiro na terminalidade e fatores que influenciam o cuidado ao doente terminal e à sua família, relacionados com o enfermeiro, com o doente e sua família, com a equipa multidisciplinar e com a gestão organizacional.

Conclusão

A morte, independentemente do local, da cultura e do país onde ocorre, conduz inevitavelmente a repercussões a vários níveis para quem a vivência. Os enfermeiros necessitam assim de formação especializada e focada na filosofia de cuidados paliativos, sendo necessário que as instituições de ensino, de saúde e as entidades governamentais desenvolvam estratégias, induzindo nos profissionais de saúde uma visão mais holística do cuidado ao doente terminal e à sua família, promovendo assim Cuidados Paliativos de excelência.

Palavras-chave: morte; Cuidados Paliativos; Enfermagem; experiência vivida; doente terminal.

Fontes:

LOPES, A.J.M. (2004). Experiência de cuidar da pessoa em fase terminal: na perspetiva dos enfermeiros que cuidam dessas pessoas. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto. Disponível em < http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10346>.
ALVES, F. (2005). A interpretação de cuidar face à morte: análise fenomenológico-hermenêutica da significação das experiências subjetivas vivenciadas pelos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/245.
CERQUEIRA, A.I.V. (2007). O enfermeiro perante a morte do idoso em contexto hospitalar. Monografia para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3144/3/MONO_andreia.pdf.
SILVA, N.V.R. (2009). Conceito e especificidade dos cuidados paliativos: experiência dos cuidadores e dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2720.
CERQUEIRA, M.M.A. (2010). A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa. Disponível em http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3614.
OLIVEIRA, A.M.P. (2011). A abordagem do doente em fase paliativa no Hospital de Santa Maria: visão do enfermeiro. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universi-

dade de Lisboa. Disponível em http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6328.
SAMPAIO, A.I.C. (2011). Cuidar do doente em fase terminal: vivências e estratégias adotadas pelos enfermeiros. Monografia para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2763.
FRIAS, C. (2012). O cuidar da pessoa em fim de vida como experiência formadora. Revista Avances en enfermería, V.XXX n.° 1: 13-22. Disponível em http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a02.
PEREIRA, A.M.T.S.S.J. (2013). Morte em contexto hospitalar: vivências dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESEnfC. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24345%26code%3D757&ei=GL3aU9uEI6i00QXYroCABw&usg=AFQjCNGGYXEunGVhdPNDsJd_guf_H5Kq_g&sig2=JYc3NAZsd0PeNEyxeRnbxQ.
XAVIER, S.M.M. [et al.]. (2013). Conforto em pacientes fora de possibilidades de cura: que significado? Rev enferm UFPE, jun.,7(6):4479-87. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revista.ufpe.br%2FrevistaEnfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F3282%2F6443&ei=dtDaU5PmNaGc0QWDjIGgAg&usg=AFQjCNHFKhrzWpD8PwtMzb-Z9gdf_I6PRw&sig2=0fCdfHqh-vGVUg2OIgTYYA.
POPIM, R.C., Boemer, M.R. (2005). Cuidar em oncologia na perspetiva de Alfred Schütz. Rev Latino-am Enfermagem, setembro-outubro; 13(5):677-85. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500011.
BARBOSA, C. S.P. [et al.]. (2006). Percepção da morte no olhar do enfermeiro. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em < http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/RE_0578_0588_01.pdf>.
GARGIULO, C.A. [et al.]. (2007). Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, out-dez; 16(4): 696-702. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a14v16n4.
VIDORI, C., KLOCKNER, L.M. (2008). Os enfermeiros no mercado de trabalho atual: como permanecer perante os últimos momentos de vida um paciente e frente a sua família? Monografia para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, Faculdade Assis Gurgacz. Disponível em http://www.fag.edu.br/tcc/2008/Enfermagem/os_enfermeiros_no_mercado_de_trabalho_atual.pdf.
SOUSA, D.M. [et al.]. (2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. Texto Contexto Enfermagem, Floriamopolis, jan-mar; 18(1): 41-7.Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05.
KUSTER, D.K., BISOGNO, S.B.C. (2010). A perceção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. Revista Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v.11, n.1: 9-24. Disponível em http://sites.unifra.br/Portals/36/Saude/2010/02.pdf.

PREARO, C. [et al.]. (2011). Percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado aos pacientes portadores de neoplasia. Arq Ciênc Saúde, jan-mar; 18(1):20-7. Disponível em http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=645655&indexSearch=ID.
MEDEIROS, J.D. [et al.]. (2012). Cuidado paliativo: uma forma de refletir a abordagem do enfermeiro ao cliente oncológico. R. pesq.: cuid. fundam.jul./set. 4(3):2655-71. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1799/pdf_619.
SANTANA, J.C.B., BARBOSA, N.S., DUTRA, B.S. (2012). Representatividade dos cuidados paliativos aos pacientes terminais para o enfermeiro. Enfermagem Revista, v. 15, n. 1:58-71. Disponível em http://periodicos.pucminas.br/index.php/Enfermagemrevista/article/view/3273.
LIMA, M.G.R., NIETSCHE, E.A., TEIXEIRA, J.A. (2012). Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. Rev. Eletr. Enf. jan/mar;14(1):181-8. Disponível em http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a21.pdf.
FERNANDES, M.A. [et al.]. (2013). Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. Ciência & Saúde Coletiva, 18(9):2589-2596. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900013&script=sci_abstract&tlng=pt.
SALIMENA, A.J.O. [et al.]. (2013). O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. Cogitare Enferm. Jan/mar; 18(1):142-7. Disponível em http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/31320.
FONTOURA, E.G., ROSA, D.O.S. (2013). Vivência da tríade trágica nos cuidados de Enfermagem à pessoa na finitude da vida. Cienc Cuid Saude, jul/set; 12(3):508-514. Disponível em http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18066.
MOHAN, S. [et al.]. (2005). Caring for patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience. Eur J Cancer Care. Jul; 14(3): 256-63. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15952970.
COSTELLO, J. (2006). Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. J Adv Enfermagem. Jun; 54 (5) :594-601. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16722957.
BARNARD, A. HOLLIN, GUM, C., HARTFIEL, B. (2006). Going on a journey: understanding palliative care nursing. Int J Palliat Nurs. Jan, 12 (1) :6-12. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16493299.
ABLETT, J.R., JONES, R.S. (2006). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. Psycho-oncology. Aug; v16(8): 733-40. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17171723.
IRANMANESH, S. [et al.]. (2009). A caring relationship with people who have cancer. J Adv Nurs. Jun;65(6):1300-8. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19374671.
WU, H.L., VOLKER, D.L. (2009). Living with death and dying: the experience of taiwanese hospice nurses. Oncol Nurs Forum. Sep;36(5):578-84. Disponível em http://www.

ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19726398.
IRANMANESH, S. [et al.]. (2009a). Caring for People at the End of Life: Iranian Oncology Nurses' Experiences. Indian J Palliat Care. Jul-dec; 15(2): 141–147. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902116/.
HOV, R., ATHLIN, E., HEDELIN, B. (2009). Being a nurse in nursing home for patients on the edge of life. SCAND J Caring Sci. 2009 dec;23(4):651-9. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453658.
SALVAGE, A.V. (2010). Caring towards death: a phenomenological inquiry into the process of becoming and being a hospice nurse. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, University of Surrey. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CG4QFjAH&url=http%3A%2F%2Fkmi-web23.open.ac.uk%3A8081%2Fdownload%2Fpdf%2F245435.pdf&ei=osnaU7jKLNKX0QWBnYHQDA&usg=AFQjCNEsw-8bIB4yjpRHAZJXhFuf8vuBhw&sig2=1NcMC0Yo1VDM3ngaDZYQ4A.
IRANMANESH, S. [et al.]. (2010). Caring for Dying and Meeting Death: Experiences of Iranian and Swedish Nurses. Indian J Palliat Care. May-aug; 16(2): 90–96. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3144438/.
JUTHBERG, C., SUNDIN, K. (2010). Registered nurses' and nurse assistants' lived experience of troubled conscience in their work in elderly care: a phenomenological hermeneutic study. International Journal of Nursing Studies, January, V47, Issue 1: 20–29. Disponível em http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(09)00183-7/abstract.
JOHANSSON, K., LINDAHL, B. (2011). Moving between rooms: moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. J Clin Nurs. Jul;21(13-14):2034-43. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22151228.
LEUNG, D. [et al.]. (2011). How haematological cancer nurses experience the threat of patients'mortality. J Adv Nurs. Oct;68(10):2175-84. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22150339.
GANNOM, M., DOWLING, M. (2011). Nurses' experience of loss on the death of older persons in long-term residential care: findings from an interpretative phenomenological study. Int J Older People Nurs. Dec;7(4):243-52. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21714852.
RIDLEY, T.C. (2012). Hospice nurses in Utah: a qualitative study of their views on hospice nursing philosophy and practice. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, College of Nursing The University of Utah. Disponível em http://content.lib.utah.edu/cdm/ref/collection/ehsl-GerInt/id/97.
TROUT, L.A. (2013). Nursing presence from the perspective of hospice nurses. Dissertação de Doutoramento em Filosofia, Faculty of the School of Nursing Widener University. Disponível em http://gradworks.umi.com/35/70/3570582.html.
JBI. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition. The University of Adelaide, Austrália. Disponível em http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf.

COMUNICAÇÃO N.º 14
PAINEL IV - 1º LUGAR

Título: Liderança e gestão da equipa em processos de reanimação cardiorrespiratória como uma competência exclusiva do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica

Autor: Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria, Anabela da Graça Amaro Pereira Mendes

Introdução

A presente comunicação livre surge no seio do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica.
Decorrente da necessidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências de Enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), emergiu a seguinte apreciação: a liderança e a gestão da equipa de Enfermagem e assistente operacional em situações de reanimação cardiopulmonar deve ser tida em consideração como uma competência específica do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica (PSC) e/ou Médico-Cirúrgica (MC).

Objetivos

Propor que seja específico do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica a liderança e a gestão da equipa nos momentos de PCR.

Metodologia

- Processo de reflexão profundo sobre o enquadramento da prestação de cuidados à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória.
- Pesquisa em base de dados idónea – HEBSCO.
- Consulta de documentação da Ordem dos Enfermeiros – REPE; regulamentos de competências comuns e específicos do enfermeiro especialista.

Conclusão

No que concerne à intervenção especializada sobre a pessoa vítima de PCR em ambiente hospitalar, é extremamente redutor pensar apenas na formação em SBV, SIV, SAV e/ou SAV trauma. A prestação de cuidados é sempre feita em equipa. Prestação esta que

deve estar bem coordenada e deve ser liderada pelo enfermeiro especialista pois é o elemento que melhor conhece os elementos de equipa de Enfermagem e assistentes operacionais ao nível das suas competências, além de que é também o elemento que melhor conhece os recursos materiais do seu serviço.
Na presença de um médico esta liderança não desvanece pois ele é o ponto de articulação com a restante equipa e pode servir de «filtro» de más práticas.
Todas as comunicações veiculam através do enfermeiro especialista, minimizando os ruídos comunicacionais e melhorando o *timing* das intervenções prioritárias.
É de referir que existe a necessidade de ter um líder que oriente e coordene as ações dos outros elementos, de forma a aumentar a eficácia e eficiência de cuidados.
A liderança e a gestão da equipa nos cuidados à pessoa em situação de PCR requerem uma maturidade profissional equiparada ao de «perito», sendo o enfermeiro especialista o elemento com qualificações específicas para assumir este papel.

Recomendações

Sugere-se o desenvolvimento de mais estudos e trabalhos que permitam consolidar e evidenciar a necessidade da intervenção do enfermeiro especialista em MC/PSC na liderança da equipa em contexto de prestação de cuidados à pessoa vítima de PCR.

Fontes:

ADRIE, C., CARIOU, A., MOURVILLIER, B., LAURENT, I., DABBANE, H., HANTALA, F., … MONCHI, M. (2006). Predicting survival with good neurological recovery at hospital admission after successful resuscitation of out-of-hospital cardiac arrest: the OHCA score. European Heart Journal, 27(23), 2840–5. doi:10.1093/eurheartj/ehl335.
ANDRES, J. (2013). Analgesia & Resuscitation : Current Research In-hospital Cardiopulmonary Resuscitation Outcomes, 1–2.
BINGHAM, R.M. (2011). Predicting the outcome from pediatric cardiopulmonary arrest. Paediatric Anaesthesia, 21(8), 831–3. doi:10.1111/j.1460-9592.2011.03508.x.
BRINDLEY, P.G., MARKLAND, D.M., MAYERS, I., & KUTSOGIANNIS, D. (2002). Predictors of survival following in-hospital adult cardiopulmonary resuscitation, 167(4).
BOTERF, G. Le. (2005). Construir as Competências Individuais e Colectivas: Resposta a 80 questões. (Edições Asa, Ed.). Porto.
BOTERF, G. Le. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. Reflexão, 60–63. Retrieved from http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation versiondirectePessoal.pdf.
DEMARIA, S., BRYSON, E.O., MOONEY, T.J., SILVERSTEIN, J.H., REICH, D.L., BODIAN, C., & LEVINE, A.I. (2010). Adding emotional stressors to training in simulated cardiopulmonary arrest enhances participant performance. Medical Education, 44(10), 1006–15. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03775.x.

DOBBS, J., GREENE, M., MACGILLIS, P.A., STOCKHAUSEN, P.A., JOSEPH, S., & MEDICAL, R. (2002). A Model to Enhance Staff Response in Cardiopulmonary Arrest, 17(1), 47–54.
EWY, G.A., & KERN, K.B. (2009). Recent advances in cardiopulmonary resuscitation: cardiocerebral resuscitation. Journal of the American College of Cardiology, 53(2), 149–57. doi:10.1016/j.jacc.2008.05.066.
ESEL. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC (p. 2010). Lisboa. Retrieved from http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/PlanoEstudos/Mestrado_PCriticaPE.htm.
EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Retrieved from https://www.erc.edu/.
GILLIGAN, P., BHATARCHARJEE, C., KNIGHT, G., SMITH, M., HEGARTY, D., SHENTON, A., … BRADLEY, P. (2005). To lead or not to lead? Prospective controlled study of emergency nurses' provision of advanced life support team leadership. Emergency Medicine Journal : EMJ, 22(9), 628–32. doi:10.1136/emj.2004.015321.
HAMILTON, R. (2005). Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 51(3), 288–97. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03491.x.
HUIKURI, H.V. (2011). Prediction and prevention of sudden cardiac arrest. CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne, 183(15), 1692–3. doi:10.1503/cmaj.111245.
HUNZIKER, S., BÜHLMANN, C., TSCHAN, F., BALESTRA, G., LEGERET, C., SCHUMACHER, C., … MARSCH, S. (2010). Brief leadership instructions improve cardiopulmonary resuscitation in a high-fidelity simulation: a randomized controlled trial. Critical Care Medicine, 38(4), 1086–91. doi:10.1097/CCM.0b013e3181cf7383.
HUNZIKER, S., JOHANSSON, A. C., TSCHAN, F., SEMMER, N. K., ROCK, L., HOWELL, M. D., & MARSCH, S. (2011). Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation. Journal of the American College of Cardiology, 57(24), 2381–8. doi:10.1016/j.jacc.2011.03.017.
JACOBS, I., NADKARNI, V., BAHR, J., BERG, R.A., BILLI, J.E., BOSSAERT, L., … ZIDEMAN, D. (2004). Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries: a statement for healthcare professionals from a task force of the International Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Australian Resuscitation Council, New Zealand Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, InterAmerican Heart Foundation, Resuscitation Councils of Southern Africa). Circulation, 110(21), 3385–97. doi:10.1161/01.CIR.0000147236.85306.15.
INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2011). Manual de suporte avançado de vida. Lisboa.
KAYE, P. (2005). Early prediction of individual outcome following cardiopulmonary resuscitation: systematic review. Emergency Medicine Journal : EMJ, 22(10), 700–5. doi:10.1136/emj.2004.016253.

LINDNER, T.W., SØREIDE, E., NILSEN, O.B., TORUNN, M.W., & LOSSIUS, H.M. (2011). Good outcome in every fourth resuscitation attempt is achievable - an Utstein template report from the Stavanger region. Resuscitation, 82(12), 1508–13. doi:10.1016/j.resuscitation.2011.06.016.

MARX, M., & POULIN, R. (2013). Managing Editors (Vol. 22, pp. 1–12).

MEANEY, P.A., BOBROW, B.J., MANCINI, M.E., CHRISTENSON, J., DE CAEN, A.R., BHANJI, F., … LEARY, M. (2013). Cardiopulmonary resuscitation quality: [corrected] improving cardiac resuscitation outcomes both inside and outside the hospital: a consensus statement from the American Heart Association. Circulation, 128(4), 417–35. doi:10.1161/CIR.0b013e31829d8654.

MELLICK, L.B., & ADAMS, B.D. (2009). Resuscitation Team Organization for Emergency Departments : A Conceptual Review and Discussion. The Open Emergency Medicine Journal, 18–27.

NUNES, L., AMARAL, M., & GONÇALVES, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. (O. dos Enfermeiros, Ed.) (pp. 35–100). Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010). Portugal. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEMedico-Cirurgica-Legislacao.aspx.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2010). Portugal. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2012). Portugal. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf.

PORTER, J.E., COOPER, S.J., & TAYLOR, B. (2013). Emergency Resuscitation team roles: What constitutes a team and who's looking after the family? Journal of Nursing Education and Practice, 4(3), 124–132. doi:10.5430/jnep.v4n3p124.

SAYRE, M.R., CANTRELL, S.A., WHITE, L.J., HIESTAND, B.C., KESEG, D.P., & KOSER, S. (2007). Impact of the 2005 American Heart Association cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care guidelines on out-of-hospital cardiac arrest survival. Prehospital Emergency Care : Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors, 13(4), 469–77. doi:10.1080/10903120903144965.

SIU, T., HOSPITALS, K., CHAI, W., KONG, H., & KONG, N.T.H. (2010). Nurses' role in the early defibrillation of cardiac patients : Implications for nursing in Hong Kong, 35(1), 88–94.

TEMPLE, A., & PORTER, R. (2012). Predicting neurological outcome and survival after cardiac arrest. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, 12(6), 283–287. doi:10.1093/bjaceaccp/mks029.

TERZI, A. (2012). Nurse's Role in the Modern Resuscitation Era. HOSPITAL CHRONICLES, 7(1), 25–31.

TISHERMAN, S.A., BARIE, P., BOKHARI, F., BONADIES, J., DALEY, B., DIEBEL, L., … SIMON, R. (2004). Clinical Practice Guideline: Endpoints of Resuscitation. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care, 57(4), 898–912. doi:10.1097/01.TA.0000133577.25793.E5.

VAN DE GLIND, E.M.M., VAN MUNSTER, B.C., VAN DE WETERING, F.T., VAN DELDEN, J.J.M., SCHOLTEN, R.J.P.M., & HOOFT, L. (2013). Pre-arrest predictors of survival after resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest in the elderly a systematic review. BMC Geriatrics, 13, 68. doi:10.1186/1471-2318-13-68.

XUE, J., LENG, Q., GAO, Y., CHEN, S., LI, Z., LI, H., & HUANG, W. (2013). Factors influencing outcomes after cardiopulmonary resuscitation in emergency department, 4(3), 183–189.

COMUNICAÇÃO N.º 15

Título: Intervenção (in)visível do enfermeiro à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória: projeto «Família em segurança»

Autor: Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria, Anabela da Graça Amaro Pereira Mendes

Introdução

Projeto que surge por iniciativa individual com a finalidade de massificar conhecimentos em Suporte Básico de Vida (SBV) e primeiros socorros no seio da população de Setúbal, tendo por base o tema do afogamento. A escolha do tema deve-se à proximidade de Setúbal com a linha costeira, praias (fluviais e marítimas) e às condições geográficas e climáticas que propiciam o elevado número de recursos hídricos artificiais.
Como forma de complementariedade no percurso de competências de enfermeiro especialista, o trabalho foi considerado relevante para ponderação na avaliação, como atividade desenvolvida no contexto do curso de Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Objetivos

Instruir a população de Setúbal sobre SBV e primeiros socorros.

Objetivos Específicos

- Instruir os setubalenses, teoricamente, sobre noções de SBV e primeiros socorros.
- Alertar os setubalenses que sejam pais de crianças e jovens dos 0 aos 19 anos para a problemática do afogamento.
- Promover a boa imagem do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) e dos seus profissionais, no seio da população setubalense.
- Demonstrar a preocupação do CHS face às necessidades de saúde dos setubalenses, no que respeita à problemática do afogamento.

Metodologia

Projeto apresentado no final de 2013 ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal, tendo sido aprovado.

Em conjunto com o Serviço de Gestão da Formação foram programados, ao longo do ano de 2014, dois módulos de cinco sessões de educação para a saúde idênticas, com a duração de duas horas (das 14 às 16h).
A inscrição para estas sessões foi sempre gratuita, ocorreu aos sábados e teve o limite de 30 formandos por sessão.

Resultados

Este projeto decorreu com bastante sucesso, superou as expetativas, levou à necessidade de sessões de educação extra e permitiu a projeção da Enfermagem no espaço mediático de um programa televisivo.

Conclusão

A população valoriza e está bastante recetiva a este tipo de iniciativas por parte do Centro Hospitalar de Setúbal.
Confirma-se a necessidade real da população de Setúbal de adquirir conhecimentos sobre o Suporte Básico de Vida e os primeiros socorros.
A grande maioria dos formandos sugeriu a continuidade do projeto, com necessidade de existência de uma vertente prática.

Fontes:

APSI (2007). Relatório Afogamentos em Crianças – Portugal 2005/2006 em www.apsi.org.pt.
APSI (2011). Relatório 2002-2010: Afogamentos em crianças e jovens em Portugal em www.apsi.org.pt.
CONSUMER SAFETY INSTITUTE. Mortality Statistics, Statistics Netherlands 1998-2001 publicado por European Child Safety Alliance (2006) em Factsheet: Be Water Wise.
DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2012-2016, consultado no site http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/.
EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE (2007). The Water Wise facts Sheet – Child Water Safety em www.childsafetyeurope.org.
EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE (2008). Protecting Children and Youths in Water.
ISN (2010) através da consulta dos dados estatísticos no site oficial http://isn.marinha.pt/PT/Paginas/default.aspx.
RECREATION - Safety Guidelines for Service Providers em www.childsafetyeurope.org.
EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE (2009). Child Safety Report Card – 2009 – Portugal, em www.apsi.org.pt.
EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE (2009). Child Safety Country Profile – 2009 –

Portugal em www.apsi.org.pt.
EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (2010). Guidelines for Resuscitation.
NOGUEIRA, P.J., COSTA, A.J., PINTO, C.S., ALVES, M.I. & ROSA, M.V. (2013). Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2011) em www.dgs.pt.
TAPADINHAS, F., et al (2006). Acidentes de Submersão em crianças no sotavento algarvio – uma realidade a alterar. Revista Saúde Infantil; Vol. 28, 1:19-29.
THE EUROPEAN ENVIRONMENT AND HEALTH INFORMATION SYSTEM (2007). Policies to reduce and prevent selected unintentional injuries (falls, drowning, poisoning, fires and choking) in children and adolescents em http://www.enhis.org/object_document/o4728n27384.html.
UNICEF (2001). Childhood drowning is a global concern (2002) em www.bmj.com.
UNITED STATES CONSUMER PRODUCT SAFETY COMMISSION. How to plan for the unexpected: Preventing Child Drownings. Pub. No. 359 em Factsheet: Be Water Wise. European Child Safety Alliance (2006).
WORLD CONGRESS ON DROWNING (2002) em http://www.who.int/en.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). Guidelines for Safe Recreational-Water Environments. Vol.2: Swimming pools, spa and similar recreational-water environments. Capítulo 2: Drowning, Injuries and Pool Safety Management.
WORLD HEALTH ORGANIZATION & UNICEF (2008). European Report on Child Injury Prevention.
PORDATA em www.pordata.pt.

COMUNICAÇÃO N.º 16

Título: Canulação de fístulas arteriovenosas em hemodiálise – Nova abordagem, novo olhar

Autores: Rui André Saldanha Santos Sousa, Pedro Henrique Loureiro Gonçalves, Jorge Manuel Cardoso Dias Melo, Marta Filipa dos Santos Costa Coimbra, Sandra Isabel Cunha Campos

Introdução

BALL (2007) verificou que apesar do número crescente de utilizadores da técnica de botoeira, as complicações associadas à má remoção da crosta continuam a estar presentes, levando ao aparecimento de complicações e dificuldades na punção. A *rope-ladder* tem sido a técnica mais divulgada como forma de preservar o acesso, contudo nem sempre é assim pelo facto de ser mais dolorosa, por conter riscos acrescidos de hematomas e por em alguns acessos ser impraticável devido ao limitado comprimento da veia.

Objetivos

Implementação de uma nova técnica de canulação, *Multi Single Puncture Technique* (MuST), com base na simbiose entre a técnica em escada utilizando o trajeto venoso e a botoeira utilizando locais específicos para puncionar. Idealmente são seis locais de punção, sendo três arteriais e três venosos, com a rotação dos locais associada ao dia de tratamento do doente.

Metodologia

Implementação de formação sobre a técnica e objetivos do projeto a toda a equipa de Enfermagem. A equipa de coordenação de acessos vasculares, juntamente com a equipa de Enfermagem, selecionou os acessos vasculares que iniciaram a técnica gradualmente desde março de 2013. Foi efectuado o registo das intercorrências e registo fotográfico dos acessos ao longo do ano.

Resultados

No final de dezembro de 2014, cerca de 45 fístulas estavam a ser canuladas através da MuST. As fístulas em que utilizámos a técnica divergem entre fistulas rádio-cefálicas

(35%), bráquio-cefálicas (40%) e bráquio-basílicas (25%). Os nossos doentes selecionados foram na sua maioria homens (85%) que realizavam diálise em média há 22 meses. Foram efectadas mais de 3.000 sessões a utilizar esta técnica, ou seja, 6.000 canulações. Verificámos que a presença de crosta oscilou entre os 30 e os 70%. A complicação mais frequente foi a dificuldade na canulação (14 episódios/1.000 tratamentos) e levou a mudança do local em duas ocasiões. De referir que os hematomas apresentaram valores ainda mais baixos (7 episódios/1.000 tratamentos). A complicação menos frequente foram os sinais inflamatórios no local de canulação (2 episódios/1.000 tratamentos), sem necessidade de uso de medicação.

Conclusão

Podemos afirmar que estes primeiros resultados são animadores. Conseguimos verificar que a técnica permitiu evitar as complicações mais frequentes associadas as técnicas existentes e utilizar o trajeto venoso do acesso. Estamos convencidos, com a continuação da investigação associada a novos estudos multicêntricos, que poderemos confirmar que esta técnica será a nova técnica de canulação das fístulas arteriovenosas.

Fontes:

BALL, Lynda. Improving arteriovenous fistula cannulation skills, Nephrology Nursing Journal, november-december 2005, Vol 32, N.º 6.
BALL L., [et al]. A Multi-Center Perspective of the Buttonhole Technique in the Pacific Northwest, Nephrology Nursing Journal, march-april 2007, Vol. 34, No. 2.
FAZENDEIRO, J. [et al]. Manual de Hemodiálise para Enfermeiros, Fresenius Medical Care Portugal, Coimbra, 2011.
KRONUNG, G. Plastic deformation of cimino fistulae by repeated puncture. Dial Transplant 1984 13:635-638.
TWARDORWSKI, Z. (1995) Constant Site (Buttonhole) Method of Needle Insertion for Haemodialysis. p.560.
VAUX, E. [et al]. Effect of Buttonhole Cannulation With a Polycarbonate Peg on In-Center Hemodialysis Fistula Outcomes: A Randomized Controlled Trial, Am J Kidney Dis. 2013.

COMUNICAÇÃO N.º 17

Título: Segurança do doente e gestão de risco – Implementação de um programa numa unidade de hemodiálise

Autores: Sandra Isabel Cunha Campos, Pedro Henrique Loureiro Gonçalves, Jorge Manuel Cardoso Dias Melo, Marta Filipa dos Santos Costa Coimbra, Rui André Saldanha Santos Sousa

Introdução

A crescente importância deste tema visa sobretudo promover o bem-estar dos doentes, evitando os possíveis erros resultantes da prática clínica. Estes erros têm normalmente consequência devastadoras para o doente, família e para todos os profissionais de saúde envolvidos. Numa investigação inglesa verificamos que 10% dos doentes admitidos no sistema nacional de saúde inglês (NHS) passaram por um tipo de incidente e quase metade destes eram incidentes evitáveis. Numa unidade de hemodiálise são realizados vários procedimentos com muita frequência e com possíveis riscos para o doente e profissional de saúde. Por exemplo, numa unidade de hemodiálise média nacional são realizadas sensivelmente mais de 30.000 punções de acessos vasculares num ano.

Objetivos

Implementação na NephroCare Viseu de um sistema de segurança corporativo para os doentes, denominado «Variância Clínica» baseado no *Seven steps to patient safety* do NHS.

Metodologia

O programa teve início em janeiro de 2013, com registo na base de dados clínica (EUCLID). Desenvolvemos um estudo quantitativo, exploratório e descritivo com recurso a análise retropetiva dos dados clínicos desde janeiro de 2013 até dezembro de 2014.

Resultados

Após um trabalho prévio realizado por outras unidades da empresa, de analisar quais os eventos mais frequentes numa unidade de hemodiálise, foi disponibilizado uma lista de eventos mais ou frequentes com a respetiva descrição. O registo dos incidentes e

eventos na nossa unidade iniciou em janeiro de 2013, após formação a todos os colaboradores. Após 24 meses pudemos verificar que os resultados confirmam os eventos empiricamente esperados. Foram reportados cerca de 650 eventos. Os eventos mais frequentes foram os relacionados com o volume do doente e o seu peso, ou seja, a hipotensão (30%), cãibras (10%). Além destes eventos é de salientar os problemas associados com o acesso vascular (21%). A maioria dos eventos foram identificados como tendo um dano ligeiro para o doente. Não se verificou danos graves para doente relacionados com erro de atuação dos profissionais de saúde.

Conclusão

A implementação deste sistema de registo de eventos permitiu conhecer, avaliar e atuar sobre as nossas complicações mais frequentes. Outra das vantagens deste sistema é a monitorização e quantificação dos eventos, de uma forma simples e prática, permitindo uma intervenção mais eficaz dos vários colaboradores da unidade sobre os problemas, de forma a evitar a sua repetição.

Fontes:

RAMOS, S. e TRINDADE, L. Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar, tecno hospital, nov/dez, 2011.
NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. Seven steps to patient safety - The full reference guide, august 2004.
NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. Seven Steps to patient safety in general pratice, june 2009.
COSTA, Ana. Segurança do Doente, Programas e Projectos, DGS, 2012, https://www.dgs.pt/departamento-da...na...3.../cristina-costa-pdf.aspx.
EIRAS, Margarida. Qualidade, Gestão do Risco e Segurança do Doente na Prestação de Cuidados de Saúde, 2009.

COMUNICAÇÃO N.º 18

Título: Equipa de emergência intra-hospitalar: delinear um futuro próximo

Autor: Andreia Bem, José Carlos Amado Martins

Introdução

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é a mais emergente das emergências com que os profissionais se defrontam. Uma intervenção precoce e adequada nas horas que antecedem a PCR pode diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração fisiológica aguda (em 80% dos casos), sendo crucial a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada. (Nolan *et al,* 2010; Conselho Português de Ressuscitação (CPR), 2011).
A Direção-Geral de Saúde (DGS) estabelece, por recomendação do Departamento da Qualidade na Saúde, a criação e implementação, a nível nacional, das Equipas de Emergência Intra-hospitalares (EEIH).

Objetivos

Identificar necessidades existentes no Centro Hospitalar Oeste – Caldas da Rainha para dar resposta face à pessoa em situação crítica; identificar constrangimentos/barreiras à criação e implementação de Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEIH) no Centro Hospitalar Oeste – Caldas da Rainha; identificar vantagens sentidas pelos enfermeiros de instituição que tem Equipa de Emergência Intra-Hospitalar em funcionamento. Neste sentido desenvolveu-se um estudo misto, do tipo descritivo, exploratório e analítico.

Metodologia

Realizámos três estudos, um centrado em cada objetivo: estudo 1: quantitativo, por consulta à estatística do Centro Hospitalar Oeste, face à análise de óbitos nos anos de 2010 e 2011; estudo 2: junto de amostra de médicos e enfermeiros do Centro Hospitalar Oeste – Caldas da Rainha; estudo 3: junto de amostra de enfermeiros do Centro Hospitalar Leiria Pombal, EPE – Leiria. Colheita de dados de julho a outubro de 2012.

Resultados

Nos anos 2010 e 2011 morreram, nas unidades de internamento do Hospital de Caldas da Rainha, 469 pessoas adultas. Acreditamos que haveria campo para intervenção especializada de uma EEIH, caso existisse, na larga maioria dessas pessoas. Nos estudos 2 e 3, os resultados evidenciaram que a importância atribuída à EEIH está relacionada com a idade, experiência profissional e serviço de internamento. Por outro lado, constatámos que quem já possui EEIH atribui maior importância e necessidade e refere várias vantagens sentidas após a implementação.

Conclusão

Face ao exposto, este trabalho mostra-se útil para compreender a necessidade da implementação da EEIH, assim como conhecer fontes de dificuldade à sua implementação. Por outro lado, verificámos imensas vantagens sentidas pelos enfermeiros em funções numa instituição que já tem implementada a EEIH.
Temos a responsabilidade de acompanhar este processo, demonstrando competência, rigor no desempenho e respostas de Enfermagem de elevada qualidade à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; Equipa de Emergência Intra-hospitalar; Enfermagem.

Fontes:

CARNEIRO, Rui [et al]. Qualidade e Satisfação com a Prestação de Cuidados na Patologia Avançada em Medicina Interna. Arquivos de Medicina [Em linha]. 23:3 (2009). [Consult. 8 maio 2013]. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0871-34132009000300001&script=sci_arttext>. ISSN 0871-3413.
COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO. Um ano de Reflexão e Mudança!.[Em linha]. 2009. Administração Regional Saúde Norte. s. p. [Consult. em 5 de janeiro de 2012]. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Livro%20CRDC/Livro_CRDC.pdf>.
CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO. Suporte Imediato de Vida - recomendações ERC 2010, 1ª ed. [S.l.: s.n.], 2011. 80 p. ISBN 9789079157525.
DECRETO-LEI n.º 161/96 D.R. 1 Série. 205 (96-09-04) 2959-2963.
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Circular Normativa n.º15/DQS/DQCO. 22/06/2010. 11 p. [Consult. em 10 de out. 2011]. Disponível em: http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16316>.
EMERGENCY NURSES ASSOCIATION. Position Statement Autonomous Emergency

Nursing Practice. [em linha]. [S.l.]: Emergency Nurses Association, 2005. [Consult. 10 jan 2013]. Disponível em http://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Autonomous_Emergency_Nursing_Practice_-_ENA_PS.pdf>.
FORTIN, Marie-Fabienne. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. 595 p. ISBN: 978-989-8075-18-5.
GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS. O Serviço de Urgência - Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. [Em linha]. [S.l]. 2006. [Consult. em 20 de dez. 2011]. Disponível em http://pt.scribd.com/doc/23680917/GTU-Organizacao-das-Urgencias-2006>.
INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Demográficos, Portugal, 2001-2011 [em linha]. [S.l.]. 2012. [Consult. 8 maio 2013]. Disponível em https://www.google.pt/ search?q=INE+taxa+de+esperan%C3%A7a+m%C3%A9dia+de+vida&aq=f&oq=INE+taxa+de+esperan%C3%A7a+m%C3%A9dia+de+vida&aqs=chrome.0.57.12589j0&sourceid=chrome&ie=UTF-8#sclient=psy-ab&q=INE+taxa+de+esperan%C3%A7a+m%C3%A9dia+de+vida+20092011&oq=INE+taxa+de+esperan%C3%A7a+m%C3%A9dia+de+vida+2009 2011&gs_l=serp.3...216210.219834.0.220464.10.10.0.0.0.0.294.1295.0j9j1.10.0...0.0...1c.1.12.psy¬ab.-mKQz7jK_vc&pbx=1&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.46226182,d.ZG4&fp=ae5c75e35f58989&biw=828&bih=345>.
JUILLARD, Catherine J. [et al] Establishing the evidence base for trauma quality improvement: a collaborative WHO-IATSIC review [Em linha]. 33:5 (2009), 1075-1086. [Consult. 21 jan. 2013]. Disponível em http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00268-009-9959-8?LI=true#>.
KEROUAC, Suzanne [et al.]. El pensamento enfermeiro. Barcelona: Elsevier-Masson, 1996. ISBN 84-4580365-4. 184 p.
MARTINS, José Carlos A. Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 12, n.º 2, (2º Semestre de 2008), p. 62-66.
MARTINS, José Carlos A. Atuação do enfermeiro no setor de urgências: gestão para o desenvolvimento de competências. In: MALAGUTTI, William; CAETANO, Karen (org) – Gestão do serviço de Enfermagem no mundo globalizado. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. ISBN 978-85-7771-054-6. p. 175-189.
MARTINS, José Carlos, MARTINS, André. Terapia Intravenosa ao paciente na Emergência. In: MALAGUTTI, William; ROEHRS, Hellen – Terapia Intravenosa: atualidades. São Paulo: Martinari, 2012. ISBN 978-85-89788-96-0. p. 219-235.
NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Acutely ill patients in hospital: recognition of and response to acute illness in adults in hospital. National Institute for Health and Clinical Excellence.[Em linha]. London, 2007. [Consult. 27 de fev. 2012]. Disponível em http://www.nice.org.uk/>.
NOLAN, Jerry P [et al] European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2005. Section 4. Adult advanced life support [Em linha]. Resuscitation (2005), 67S1:S39-S86. [Consult. 10 de dez. 2011]. Disponível em https://www.erc.edu/index.php/guideli-

nes_download_2005/>.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [Em linha]. Outubro, 2010. 4 p.. [Consult. 29 de mar. 2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCriticaa_aprovadoAG20Nov2010.pdf>.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [Em linha]. (2011), 8 p. [Consult. 27 de fev. 2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Dados estatísticos 2000-2012. [S.l.] [em linha] (Janeiro 2013) [Consult. 4 maio. 2013] Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/files/assets/basic-html/page10.html>.
ORDEM DOS MÉDICOS; SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. Transporte de doentes críticos – recomendações. [S.l.]: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008. 48 p.
PORTARIA n.º 276/12 D.R. 1 Série. 177 (12-09-12) 5199-5200.
PORTUGAL, Ministério da Saúde. Estrutura Concetual da Classificação Internacional para a Segurança do doente. DGS, 2011. 142 p.
RELATÓRIO DE ACTIVIDADES 2011: Centro Hospitalar do Oeste Norte. [S.l.: s.n], 2011. 58 p.
REGULAMENTO n.º 124/2011. D.R. II Série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 35 (18-02-2011). 8656-8657.

COMUNICAÇÃO N.º 19
PAINEL V - 1º LUGAR

Título: Respostas de emergência à pessoa em situação crítica nas enfermarias do hospital

Autores: Tiago João Simões Flórido, José Carlos Amado Martins

Introdução

É consensual que a situação clínica do doente em contexto intra-hospitalar obedece, muitas vezes, a um agravamento progressivo nas horas que antecedem a situação de emergência. Uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade destes doentes. Neste sentido, a implementação de Equipas de Emergência Intra-hospitalar (EEIH) torna-se imperativa. Os enfermeiros são o elo fundamental no reconhecimento e deteção de situações que possam comprometer a estabilidade clínica ou até mesmo a vida do doente. O alerta precoce e as intervenções necessárias devem ter em conta o estado clínico do doente. A ativação da EEIH deve obedecer a critérios-padrão e recorrer a sistemas de classificação de doentes que antecipem a falência e previnam a Paragem Cardiorrespiratória.

Objetivos

Os objetivos deste estudo são: identificar a situação clínica do doente na enfermaria e as intervenções realizadas antes, durante e após a ativação da emergência interna no polo Hospitais da Universidade de Coimbra; conhecer a opinião dos enfermeiros quanto à sua capacidade de resposta face à pessoa em situação crítica; autoconfiança e recetividade a novas aplicações na área de emergência intra-hospitalar.

Metodologia

Trata-se de um estudo de metodologia mista, que compreende informação de natureza quantitativa e qualitativa, através de dois estudos complementares. No estudo I, de caráter exploratório retrospetivo, transversal, recorreu-se à análise documental retrospetiva dos processos únicos dos doentes, definindo-se uma amostra aleatória de 60 elementos. No estudo II, do tipo prospetivo, analisou-se a opinião dos enfermeiros das enfermarias, relativa a esta área de intervenção, sendo esta amostra constituída por 245 elementos.

Resultados

Os resultados do estudo I demonstraram, através dos dados disponíveis nos registos médicos e de Enfermagem, a viabilidade da utilização de escalas de classificação precoce e algoritmos de intervenção para a situação clínica vivenciada pelo doente, assim como a relevância da ativação precoce da Equipa de Emergência Intra-hospitalar. No estudo II, a opinião manifestada pelos enfermeiros evidencia níveis tendencialmente baixos de autoconfiança, sentimentos de desamparo e limitação na resposta ao doente em situação crítica, justificadas pela necessidade de enfermeiros com «mais experiência», «maior conhecimento», «melhor resposta em Paragem Cardiorespiratória», «metodologia de trabalho comum» e expressando, maioritariamente, a pertinência de integração de um enfermeiro na EEIH e da reestruturação de políticas institucionais neste domínio.

Fontes:

ALAM, N. [et al.]. The impact of the use of the Early Warning Score (EWS) on patient outcomes: a systematic review. Resuscitation. New York. ISSN 0300-9572. Vol. 85, n.º5 (mai. 2014), p. 587-594.
AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes da American Heart Association para RCP e ACE. [em linha] American Heart Association , 2010. 28 p. [Consult. 2 setembro 2014]. Disponível em http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf>.
BENNER, Patricia. De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294 p. ISBN 972-8535-97-X.
COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO. Um ano de reflexão e mudança! Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, IP, 2009. 143p.
CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Dotações seguras salvam vidas. Genebra. 2006. 84p. ISBN 9295040449.
CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho=Cuidados de qualidade. Genebra. 2007.95p. ISBN 9295040805.
CRETIKOS, Michelle [et al.]. The objective medical emergency team activation criteria: A case control study. Resuscitation. New York. ISSN 0300-9572. Vol. 73, n.º1 (abr. 2007), p.62-72.
CUTHBERTSON, B.H. The impact of critical care outreach: is there one? Critical Care. London. ISSN 1364-8535 (nov. 2007), Vol. 11, n.º 6, p. 179-180.
DEAKINA, Charles D. [et al.] Adult advanced life support. Resuscitation [em linha]. Vol.81, (2010) p.1305–1352. [Consult. em 2 de out. 2014]. Disponível em http://hcs.gr/admin/spaw/uploads/files/4%20Full_ERC_2010_Guidelines%20ALS.pdf>.
DEVITA, Michael A. [et al.]. Identifying the hospitalised patient in crisis - A consensus conference on the afferent limb of Rapid Response Systems. Resuscitation. New York. ISSN 0300-9572. Vol. 81, n.º4 (abr. 2010), p.375-382.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Organização do material nos serviços e unidades de Saúde. Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 008/2011 [em linha] (28/03/2011), 11p. . [Consult. em 2 de out. 2013]. Disponível em http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/carros_de_emergencia.pdf>.
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Circular normativa n.º 15/DQS/DQCO [em linha] (22/06/2010), 11 p. [Consult. em 2 de out. 2013]. Disponível em http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circularnormativa-n-15dqsdqco-de-22062010.aspx>.
EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. Suporte Avançado de Vida: Recomendações ERC 2010. 1ª ed. Porto : Conselho Português de Ressuscitação, 2011. 206 p. ISBN 9789079157280.
GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS. O Serviço de Urgência - Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes [Em linha]. [S.l]. 2006. [Consult. em 2 de set. 2013]. Disponível em http://pt.scribd.com/doc/23680917/GTU-Organizacao-das-Urgencias-2006>.
HARRISON, David A. [et al.] The effects of critical care outreach services before and after critical care: A matched-cohort analysis. Journal of Critical Care. New York. ISSN 0883-9441. Vol. 25, n.º 2 (jun. 2010) p. 196–204.
INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. Suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa. [em linha] 1ª ed. 2012. [Consult. 2 setembro 2014]. Disponível em http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108164324288184.pdf>.
JANSEN, Jan O.; CUTHBERTSON, Brian H. Detecting critical illness outside the ICU: the role of track and trigger systems. Critical Care. London. ISSN 1364-8535 (jun. 2010), Vol. 16, n.º3, p. 184-190.
LADEIRA, José P. Ressuscitação Cardiorrespiratória e Cerebral. In: MARTINS, Herlon; DAMASCENO, Maria Cecília; AWADA, Soraia. Pronto-Socorro: Diagnóstico e Tratamento em Emergências.2ª ed. Brasil: Manole, 2008. ISBN 978- 85-204-27729. p.125-133.
LEACH, Richard; WARD, Jeremy; SILVESTER, J.T. Compêndio de Medicina Intensiva. 2009. 206p. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 978-989-659-002-4.
LEIGH, Gwen T. High-Fidelity Patient Simulation and Nursing Students` Self-Efficacy: A Review of the Literature. International Journal of Nursing Education Scholarship. [S.l.]. ISSN 1548-923X. Vol. 5, n.º 1 (2008) p. 1-16.
LUDIKHUIZEA, Jeroen [et al.]. Standardized measurement of the Modified Early Warning Score results in enhanced implementation of a Rapid Response System: A quasi-experimental study. Resuscitation. New York. ISSN 0300-9572. Vol. 85, n.º 5 (mai. 2014), p.676-682.
MARTINS, José C. [et al.]. Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da Self-confidence Scale em estudantes de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [em linha]. (2014) 1-8 [Consult. 2 outubro 2014].Dis-

ponível em www:<URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/pt_0104-1169-rlae-01041169-3128-2451.pdf.>.
MARTINS, José C. [et al.]. Theoretical and simulation classes in the emergency nursing OMS curriculum in Cape Verde: Effect on the self-confidence to intervene in emergencies. Journal of Nursing Education and Practice. Toronto. ISSN 19 26 254040. Vol. 4, n.º 8 (agos. 2014), p. 26-33.
MARTINS, José C., MARTINS, Regina M. Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série, n.º 2 (dez. 2010), p. 79-88.
MAUL, Richard. A medicina intensiva trata doentes críticos agudos, muitas vezes no limite. SESARAM E.P.E. [em linha] (2010). [Consult. 2 set. 2014]. Disponível em http://sras.govmadeira.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=3468:cinco-medicos-nosintensivos&catid=21:imprensa-regional&Itemid=45.
MENDES, António [et al.]. Paragem Cardíaca Intra-hospitalar: Factores Associados à Decisão de Não Reanimar. O Impacto da Emergência Intra-hospitalar Organizada. Revista Portuguesa de Cardiologia. Lisboa. ISSN: 0870-2551. Vol 28, n.º 2 (fev. 2009), p. 131-141.
MENOITA, Elsa. Formação em serviço – um contributo para o desenvolvimento de competências. 1ª ed. Coimbra : Formasau – Formação e Saúde, Lda., 2011. 206 p. ISBN 978-989-8269-15-7.
NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Accutely ill patents in hospital: recognition of and response to acute illness in adults in hospital. [em linha] London, 2007 [Consult. 2 mar. 2013]. Disponível em http://www.nice.org.uk.
NOGUEIRA, Cármen. O Outro Olhar (sobre os enfermeiros): Percepções dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de Enfermagem. Tese de mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010.
NOLAN, Jerry P. [et al.]. 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. [S.l.]. Vol. 81, n.º 1, Supplement (out. 2010), p. e1-e330.
NUNES, Fernando. Tomada de Decisão de Enfermagem de Emergência. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 219 (Mar. 2007) p. 7-11.
OLIVEIRA , Nânci. O fim de vida: considerações éticas. Coimbra. Sinais Vitais. ISSN 0872-8844. N.º 114 (junho 2014) p. 5-8.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Desenvolvimento Profissional – Certificação de Competências: fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN: 1646-2629. Suplemento do n.º 26 (jun. 2007), p. 4-8.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem. [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2014. [Consult. 2 outubro 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_ 2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, [em linha]. Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Consult. 2 setembro 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Emergency Medical Services Systems in the European Union [em linha]. Relatório da Organização Mundial de Saúde, 2008. [Consult. 2 setembro 2014]. Disponível em https://ec.europa.eu/digitalagenda/sites/digital-agenda/files/WHO.pdf>.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Os sistemas de saúde e serviços: o papel dos cuidados intensivos. [em linha]. Boletim da Organização Mundial de Saúde, 2013. [Consult. 2 setembro 2014]. Disponível em http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/.>.
PEBERDY, Mary A. [et al.]. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. Resuscitation. New York. ISSN 0300-9572. Vol. 58, n.º3 (2003), p.297308.
REGULAMENTO n.º 124/2011. D.R. II Série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 35 (18-02-2011). 8656-8657.
ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. National early warning score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. London: Royal College of Physicians, 2012. 29 p. ISBN ISBN 978-1-86016-471-2.
SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. Transportes de Doentes Críticos: Recomendações [em linha]. 2008 [Consult. 2 setembro 2014]. Disponível em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf>.
SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. Ética da reanimação e decisões de fim-de-vida. Lisboa. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. ISSN 0872-3087.Vol 18, n.º 1 (2011) p.77-79.

COMUNICAÇÃO N.º 20
PAINEL II - 1º LUGAR

Título: Contaminação ambiental num hospital por *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella spp, Mycobacterium* não *tuberculosis* e outros microrganismos oportunistas

Autores: Fernando Gama, José Carlos Martins, Paula Morais, Nuno Empadinhas

Objetivos

Determinar o grau de contaminação de equipamentos hospitalares, a prevalência de *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella spp* e *Mycobacterium* não *tuberculosis* e a variabilidade genética destas estirpes em doentes internados no hospital e no ambiente hospitalar.

Metodologia

Recolha das amostras ambientais em equipamentos e materiais não críticos húmidos e secos, através de zaragatoa, durante três meses consecutivos.
As amostras foram inoculadas por espalhamento em placas de Petri com meios de cultura seletivos para os microrganismos em estudo. O laboratório de microbiologia do hospital cedeu as amostras clínicas e respetivo perfil de sensibilidade a antibióticos para posterior comparação.
O nível de contaminação dos equipamentos foi dividido em três classes de acordo com o número de colónias recuperadas.

Resultados

As torneiras e os chuveiros foram os equipamentos cujas amostras revelaram maior número de colónias. Foram isoladas do ambiente uma estirpe *P.aeruginosa* e três estirpes *Mycobacterium gordonae*. Não foi isolada nenhuma estirpe de *Klebsiella spp*. Os isolados clínicos de *P.aeruginosa*, quando comparados com a estirpe ambiental, não revelaram provável origem clonal. Não foi identificada nenhuma estirpe clínica de *Mycobacterium* não *tuberculosis*. O estudo possibilitou ainda a identificação de outros microrganismos potencialmente patogénicos para o Homem, alguns deles com provável origem clonal.

Conclusão

Os resultados trazem benefícios para a instituição, para a gestão e para a prática dos cuidados de Enfermagem. Este trabalho identificou microrganismos potencialmente pa-

togénicos presentes em equipamentos de uso clínico, alertando para a necessidade de uma melhor limpeza e desinfeção destes e higienização das mãos de forma mais sistemática e cuidada.

Fontes:

ABREU, Pedro M. de, SANTOS, Susana, PAIVA, Gabriel, ALMEIDA, Ana, MORAIS, Paula V. Ocurrence of Environmental Pseudomonas aeruginosa and other associated species in Hospital de Faro, Portugal. Microbiotec 11 /Health Microbiology and Biotechnology Posters [em linha]. Braga, 2011. [consult. 15 de mar. de 2012]. Disponível em: http://microbiotec11.files.wordpress.com/2011/12/e-microbiotec11.pdf.

ALVES, Artur, ISABEL, Henriques, SANTOS, Ana, TACÃO, Marta, CORREIA, António. Tipagem Genética de Microrganismos. Departamento de Biologia da Universidade de Aveiro [em linha]. 2003. [consult. 16 de fev. de 2012]. Disponível em: http://www.cesam.ua.pt/files/Manual%20Metodos%20de%20Tipagem.pdf.

LEE, E.S., LEE, Meu, HAN, S.H., KA, J.O. Occurrence and Molecular Differentiation of Environmental Mycobacteria in Surface Waters. Journal of Microbilogy and Biotechnology. Vol. 18, n.º 7 (2008) p. 1207-1215.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [em linha]. 2007. [consult. 08 de jan. 2012]. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf.

PARTE II
PÓSTERES



PÓSTER N.º 1

Título: Articulação do Hospital de Dia com o Serviço de Internamento de Doenças Infeciosas

Autores: Ana Beatriz Rodrigues de Sá e Miranda, Bárbara Marisa Franco Nunes da Silva Cardoso, Filipa Gramacho

Introdução

A equipa de Enfermagem do Hospital de Dia de Doenças Infeciosas do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, faz maioritariamente o seguimento de utentes portadores de infeção por VIH. No decorrer da prática clínica, constatou-se um acréscimo de utentes internados no Serviço de Internamento de Doenças Infeciosas provenientes do nosso serviço.

Objetivos

De forma a perceber esse acréscimo e os fatores que poderiam despoletar o internamento, no que respeita à adesão dos utentes aos cuidados de saúde, propôs-se uma articulação entre as equipas de Enfermagem desses dois serviços. Esta articulação tem como principal objetivo melhorar a continuidade de cuidados e acompanhamento dos utentes.

Metodologia

Os enfermeiros do Hospital de Dia realizaram uma visita diária ao serviço de internamento, de modo a efetuarem um levantamento da informação relativa a todos os utentes portadores da infeção por VIH fazendo a distinção entre: seguidos pela nossa equipa; diagnóstico inaugural de infeção por VIH que pertencem à área de abrangência do hospital e seguidos noutra instituição. Conjuntamente com a equipa de Enfermagem do serviço de internamento foram colhidos dados que permitiram perceber o motivo de internamento e caracterizar o utente a nível de adesão aos cuidados de saúde.
Numa primeira visita ao utente internado foi realizada uma colheita de dados, de modo a perceber junto do mesmo a gestão que este fazia da sua situação clínica, assim como do regime terapêutico realizado.

Resultados

Nesta avaliação inicial foi possível averiguar quais destes utentes ficaram internados por não adesão aos cuidados de saúde e quais os principais fatores condicionantes da não adesão.
No momento de alta foram delineadas intervenções conjuntas entre enfermeiros do Serviço de Internamento – utente/família – enfermeiros do Hospital de Dia que visaram colmatar as barreiras à adesão previamente identificadas. Na transição da alta para o regime em ambulatório ficou combinado com o utente um acompanhamento telefónico até à data da consulta, por parte dos enfermeiros do Hospital de Dia. Os mesmos realizam uma consulta de Enfermagem pós-alta, onde é efetuada uma análise das necessidades do utente, definindo-se os diagnósticos e intervenções de Enfermagem em linguagem CIPE®, assim como avaliação dos resultados esperados.

Conclusão

Pretendemos com esta articulação garantir uma eficaz continuidade dos cuidados prestados aos utentes, indo ao encontro das suas necessidades e minorando o risco de não adesão.

Fontes:

CABRAL, Manuel Villaverde, SILVA, Pedro Alcântara (2010). A adesão terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Lisboa: Associação Portuguesa da Indústria Portuguesa – APIFARMA.
ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
WHO (2003). Adherence to long-term therapies – evidence for action.

PÓSTER N.º 2

Título: O exercício da autonomia do doente nos cuidados de saúde

Autores: Ana de Jesus Nunes Tavares, José Carlos Amado Martins

Introdução

A vivência do exercício da autonomia tem sofrido algumas mudanças ao longo dos anos, vivência que se tem interpretado nos diferentes contextos e que se associa à grandeza crescente que se tem dado aos direitos da pessoa. Enquanto profissionais de saúde não podemos esquecer esses direitos nem o Código Deontológico que pauta o nosso exercício.

Objetivos

Sintetizar a evidência científica e analisar os fatores que influenciam o doente no exercício de autonomia nos processos de transição saúde-doença.

Metodologia

Pesquisa realizada segundo metodologia de revisão integrativa da literatura, segundo o acrónimo PICOD. Realizada pesquisa na EBSCO com os descritores (DeCS) «Autonomia» (*Personal Autonomy*) e «Cuidados de saúde (*Delivery of Health Care*) e doentes (*Patients*) para publicações entre 2005 e 2013. Foram encontrados 1.318 artigos. Aplicados os critérios de inclusão: estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola; artigos e teses científicas; texto completo disponível; e estudos realizados em doentes com idade superior a 18 anos. Resultaram sete artigos para análise.

Resultados

Da análise dos estudos selecionados emergiram os seguintes conceitos: Papel dos Intervenientes, Informação, Conhecimento, Comunicação, Crenças e Cultura, Diretivas Antecipadas de Vontade.

Conclusão

O respeito pela autonomia do doente que seja competente é um direito universal. Por

vezes, este respeito acarreta dilemas éticos aos profissionais de saúde, gerando *stress* e comprometendo o desenvolvimento das suas funções. Para obviar estes dilemas, todos os intervenientes devem ter um papel ativo na gestão deste complexo processo que é a tomada de decisão do doente nos processos de transição saúde-doença. Em termos práticos, os profissionais de saúde devem ter o conhecimento dos valores, crenças, cultura e escolhas pessoais do doente, que deve estar informado e esclarecido acerca da sua situação clínica. Neste âmbito, os profissionais de saúde desempenham um papel muito importante, nomeadamente na forma como comunicam com os doentes e sua família. Este conhecimento também pressupõe que, à partida, identifiquem se o doente é detentor de Diretivas Antecipadas de Vontade para que assim se cumpra a expressão dos seus desejos em situações de fim de vida. A relação de todos estes fatores deve funcionar no sentido do empoderamento do doente respeitando a sua autonomia. Os estudos deixam antever que, apesar de este ser um direito universal, o empoderamento do doente ainda não atingiu os níveis desejados, pelo que muitas vezes ainda é o profissional de saúde que detém o papel de decisor, incluindo por vezes a família, com constantes dilemas éticos associados.

Fontes:

MIYATA, H., SHIRAISHI, H., KAI, I. Survey of the general public`s attitudes toward advance directives in Japan: How to respect patients` preferences. BMC Medical Ethics. [Em Linha] 7: 11 (2006). [Consult. a 10 de out. 2014]. Disponível em http://www.biomedcentral.com/1472-6939/7/11.

DREYER, A., FORDE, R., NORTVEDT, P. Autonomy at the end of life: life-prolonging treatment in nursing homes – relatives` role in the decision-making process. Journal of Medical Ethics. [Em Linha] 35 (2009) 672-677. [Consult. a 10 de out. 2014]. Disponível em http://jme.bmj.com/content/35/11/672.

ROMAN et al. Ethical issues in communication of diagnosis and end-of-life decision-making process in some of the Romanian Roma communities. Medical Health Care and Philos. [Em Linha] 16 (2012) 483-497. [Consult. a 10 de out. 2014]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22752639.

DREYER, A., FORDE, R., NORTVEDT, P. Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice Journal of Medical Ethics [Em Linha] 36 (2010) 396-400. [Consult. a 10 de out. 2014]. Disponível em http://jme.bmj.com/content/36/7/396.

LUNA et al. Elderly patients also have rights. Law, Ethics and Medicine. [Em Linha] 33 (2007) 712-716. [Consult. a 10 de out. 2014]. Disponível em http://jme.bmj.com/content/33/12/712.

ULRICH et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. Journal of Advanced Nursing. [Em Linha] 66:11 (2010) 2510-2519. [Consult. a 10 de out. 2014]. Disponível em http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x/pdf.

LYTTLE, D., RYAN, A. Factors influencing older patients` participation in care: a review of the literature. International Journal of Older People Nursing. [Em Linha] 5 (2010) 274-282. [Consult. a 10 de out. 2014]. Disponível em http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x/pdf.

PÓSTER N.º 3

Título: A decisão de alimentar e hidratar o doente terminal: revisão integrativa da literatura

Autor: Ana de Jesus Nunes Tavares, Sara Margarida Rodrigues Gomes, Marcia Lúcia Sousa Dias Alves, Irina Margarida Fonseca Veloso

Introdução

A alimentação e hidratação do doente terminal é uma área de intervenção sensível aos cuidados de Enfermagem, exigindo uma tomada de decisão pela equipa multidisciplinar, doente e família. Realizámos uma revisão integrativa da literatura baseada na questão «Quais os elementos equacionados pelos profissionais de saúde no processo de decisão de alimentar e hidratar o doente terminal?».

Objetivos

Sintetizar a evidência científica e analisar os construtos básicos, centrados nos elementos equacionados pelos profissionais de saúde no processo de decisão de alimentar e hidratar o doente terminal.

Metodologia

A pesquisa decorreu entre 21 de março e 3 de abril de 2014. Analisámos seis estudos selecionados segundo alguns princípios do *Joanna Briggs Institute* e o acrónimo PICOD, publicados entre 2003 e 2013, em bases de dados *online* (EBSCO, LILACS, B-on, PubMed, ScienceDirect, RCAAP).

Resultados

Os elementos equacionados neste processo de decisão foram os intervenientes, a tipologia da doença, as crenças e cultura, as Diretivas Antecipadas de Vontade, a qualidade de vida/prolongamento de vida e o conhecimento.

Conclusão

A tomada de decisão de alimentar e hidratar o doente terminal é um processo complexo

e contextualizado que deve contemplar a equipa interdisciplinar, centrando-se no doente e família. A formação centrada na compreensão dos processos fisiológicos da perda de apetite, caquexia, efeitos da hidratação e alimentação, desenvolvem a confiança dos profissionais neste domínio, levando-nos a considerar de elevada importância a realização de *workshops*, assim como a criação de espaços de partilha de experiências interequipas, em contexto clínico.

Fontes:

BUITING, H.M. et al (2007). Forgoing Artificial Nutrition or Hydration in Patients Nearing Death in Six European Countries. Journal of Pain and Symptom Management, 34(3), 305-313.
HOPKINSON, J., CORNER, J. (2006). Helping Patients with Advanced Cancer Live with Concerns About Eating: A Challenge for Palliative Care Professionals.Journal of Pain and Symptom Management, 4(31), 293-305.
YAMAGISHI, A., TANAKA, F., MORITA, T. (2009). Artificial Hydration Therapy for Terminally Ill Cancer Patients: A Nurse-Education Intervention. Journal of Pain and Symptom Management, 3(38), 358-364.
PINTO, F.J.C. (2012). Alimentação em Final de Vida: A Opinião dos Enfermeiros (Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.
RIET, P.V.D. et al (2009). A discourse analysis of difficult clinical situations in relation to nutrition and hydration during end of life care. Journal of Clinical Nursing, 18, 2104–2111.
RURUP, M.L. et al (2006). Attitudes of physicians, nurses and relatives towards en-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia. Patient Education and Counseling, 61, 372-380.

PÓSTER N.º 4
MENÇÃO HONROSA

Título: Núcleo de Enfermagem da Especialidade de Médico-Cirúrgica do CHVNG/Espinho, EPE

Autores: Dalva Manuela Dias da Silva Pinto da Costa Gomes, Domingos Ferreira Leal, Judite Cristina Moreira Pacheco, Rosa Maria Sousa Carvalho Monteiro

A criação do Núcleo de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica do CHVNG/Espinho surgiu da necessidade sentida por estes enfermeiros especialistas do Centro Hospitalar em promover condições para a sua diferenciação.

O objetivo principal deste núcleo é potenciar a visibilidade do seu exercício profissional.

Este projeto foi executado em duas fases. Na primeira fase foi constituída uma comissão instaladora que elaborou o regulamento do núcleo, tendo como guia orientador o Regulamento Interno do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A segunda fase é dividida em várias etapas: a primeira foi a eleição (ocorrida a 27 de fevereiro de 2014) da mesa do núcleo; a segunda foi a criação do logótipo do núcleo e na terceira foi elaborado um plano formativo para o ano de 2014 com a colaboração de todos os elementos do núcleo. Também foram desenvolvidas conversações com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE com o intuito de desenvolver, em 2015, um projeto que permita elaborar uma norma para cálculo das dotações destes enfermeiros especialistas.

Como grupo de trabalho prespetiva-se motivar os enfermeiros especialistas em EMC do CHVNG/Espinho a refletir sobre os cuidados prestados e a sua pertinência nos serviços onde exercem funções.

Este póster visa apresentar o núcleo, dar a conhecer o trabalho desenvolvido e sensibilizar outros colegas a desenvolver atividades que deem visibilidade aos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Fontes:

Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.
Regulamento n.º 124/2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.

PÓSTER N.º 5
MENÇÃO HONROSA

Título: A prevenção da infeção por *Staphylococcus Aureus* Meticilino-Resistente (MRSA) na pessoa idosa na comunidade: o modelo de parceria como suporte da intervenção de Enfermagem

Autores: Verónica Isabel Marques Florêncio, Idalina Delfina Gomes

Introdução

O MRSA é uma importante causa de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) em todo o mundo, constituindo um grave problema de Saúde Pública. Os idosos são a faixa etária com a mais elevada taxa de IACS (13,8%) e de consumo de antimicrobianos (56,6%), com fortes implicações económico-sociais e elevada morbimortalidade[1,2,3]. Portugal apresenta uma taxa de incidência de MRSA de 53,8%, uma das mais elevadas da Europa[4]. A DGS defende que uma atuação bem planeada e estruturada, dinamizada por profissionais especializados, conseguirá evitar, pelo menos, 1/3 das infeções[5].
Em 2013 foi criado um programa de saúde prioritário visando a diminuição da bacteriemia por MRSA, tornando-se imperativo a adoção de medidas de prevenção e controlo. Estas deverão ser assentes em serviços de saúde integrados e baseados na comunidade, onde os cidadãos participem ativamente[6,7].

Objetivos

Capacitar o idoso e cuidador familiar na prevenção da infeção por MRSA em contexto domiciliário, tendo a parceria como intervenção de Enfermagem.

Metodologia

Estudo de caso realizado em contexto de uma equipa de cuidados continuados. O processo de cuidados teve como referencial o modelo de intervenção em parceria, considerando as fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, e assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro[8].
A recolha de informação foi realizada através da observação participante e da entrevista semidirigida, assente num instrumento de recolha baseado na avaliação multidimensional do idoso, sob consentimento informado.

Resultados

A relação de parceria estabelecida com o idoso e seu cuidador familiar permitiu identificar como principal problema o risco de infeção, manifestado pela colonização por MRSA, história recente de internamento, e presença de úlcera cutânea.
Em parceria foi construída uma relação de confiança onde, através da negociação, se traçou como compromissos: frequente higienização das mãos, cumprimento do regime terapêutico, cuidados de higiene diários, não partilha de objetos pessoais, manutenção dos pensos limpos e secos, tratamento a altas temperaturas da roupa pessoal/cama, e informar as unidades de saúde da história de colonização.

Conclusão

O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na prevenção da transmissão da infeção por MRSA nos diferentes contextos de cuidados, o que implica um conhecimento multidimensional do idoso/família, de forma a evitar práticas de risco e minimizar custos sociais e económicos[10]. A educação da família/idoso colonizado com MRSA é crucial, mas integrada numa relação de parceria que promova o seu *empowerment* e capacitação, para a prevenção da infeção e das complicações associadas[8,9,11].

Fontes:

1 – DGS (2013a). Portugal – Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos em números – 2013 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido em 01/07/2014. Disponível em https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx.
2 – DGS (2013b). Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses. Acedido em 01/07/2013. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Finquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012- jpg.aspx&ei=LFPOU4_zH6LH0QXNxoDICA&usg=AFQjCNHcKmCk4NPOwUcowCqHput160K2kQ&sig2=ro9rh0JONok3yTCI2YMCIQ.
3 – ECDC (2013a). Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data 2013. Acedido em 01/07/2014. Disponível em http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf.
4 – EDCD (2013b). Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2012. Acedi-

do em 01/07/2014. Disponível em http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf.
5 – DGS (2007) Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Acedido em 01/07/2014. Disponível em http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf.
6 – DGS (2013c). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas Acedido em 01/07/2014. Disponível em https://www.google.pt/#q=Programa+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Controlo+de+Infe%C3%A7%C3%B5es+e+Resist%C3%AAncias+aos+Antimicrobianos.
7 – CRISP, L.N., BERWICK, D., KICKBUSCH, I., BOS, W., ANTUNES, J.L., BARROS, P.P. & SOARES, J. (2014). Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em 10/09/2014. Disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html#/2/.
8 – GOMES, I.G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência.
9 – NOBLE, D.B. (2009). Patient Education on MRSA Prevention and Management:The Nurse's Vital Role. Nurses as Educators, 18(6), 375-378.
10 – SILVA, A.M., CARVALHO, M.J., CANINI, S.R.M.S., CRUZ, E.D.A. & GIR, E. (2010). Methicillin Resistant Staphylococcus aureus: Knowledge and Factors Related to the nursing Team's Adherence to Preventive Measures. Rev. Latino. Am. Enfermagem, 18(3), 346-351.
11 – DUNCAN, C.P. & DEALEY, C. (2007). Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. British of Nursing. 16(1), 34-38.

PÓSTER N.º 6

Título: Dotações em Enfermagem e incidência de quedas

Autores: António José dos Santos Ferreira, Dora Raquel Martins Ledo, Marco António Rodrigues Gonçalves, Susana Catarina Domingos dos Reis

Introdução

Em Portugal assiste-se a uma preocupação crescente com as questões do domínio da segurança do doente, que está relacionada com a forma como os processos de prestação de cuidados previnem os eventos adversos ou danos, nomeadamente as quedas de doentes nos hospitais.
Vários autores têm-se dedicado à compreensão desta problemática, fazendo referência ao número de doentes por profissional de saúde, sendo que o principal objetivo destes estudos tem sido o desenvolvimento de estratégias que melhorem a segurança dos doentes visando, principalmente, uma correta dotação de profissionais nos serviços de saúde hospitalares.

Objetivos

Analisar a evidência científica disponível que relacione as dotações em Enfermagem e a incidência de quedas.

Metodologia

A operacionalização desta revisão integrativa da literatura partiu da seguinte questão de pesquisa: «As dotações de enfermeiros influenciam a incidência de quedas em doentes hospitalizados?». Com este trabalho procurámos identificar estudos cujo foco incidisse sobre a relação entre as dotações de enfermeiros e a incidência de quedas em doentes hospitalizados e, por outro lado, pretendemos identificar o tipo de relação entre as dotações de enfermeiros e a incidência de quedas.

Resultados

Foram obtidos sete estudos após a aplicação dos critérios de inclusão definidos pelo método PICOD. Os resultados mostram que o n.º de horas de cuidados de Enfermagem é preditivo do n.º de quedas de doentes, apesar de os autores reconhecerem limitações

na generalização dos resultados, não tendo sido encontrados estudos portugueses que cumprissem os critérios de inclusão.

Conclusão

A associação entre baixas dotações em Enfermagem e a incidência de quedas não tem por base uma relação de causa-efeito linear, mas consiste na interação de vários fatores com efeitos sinergéticos. Neste contexto, existe evidência de que os cortes nos recursos humanos e nos padrões de dotação são maleficentes para os doentes, não podendo este facto, ser ignorado pelos gestores de Enfermagem, que têm um papel preponderante no desempenho dos profissionais e na melhoria dos cuidados prestados à comunidade.

Fontes:

DUBOIS, C., D'AMOUR, D., TCHOUAKET, E., CLARKE, S., RIVARD, M., & BLAIS, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. International Journal for Quality in Health Care, 25 (2), 110-117. Recuperado de http://intqhc.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/18/intqhc.mzt019.full.pdf+html.

HANRAHAN, N.P., KUMAR, A., & AIKEN, L.H. (2010). Adverse events associated with organizational factors of general hospital inpatient psychiatric care environments. Psychiatric Services, 61 (6), 569-574. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20513679.

HINNO, S., PARTENEN, P., & VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. (2011). Nursing activities, nurse staffing and adverse patient outcomes as perceived by hospital nurses. Journal of Clinical Nursing, 21, 1584-1593. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22171625.

KALISCH, B.J., & TSCHANNEN, D. (2012). Missed nursing care, staffing, and patient falls. Journal of Nursing Care Quality, 27 (1), 6-12. Recuperado de: http://journals.lww.com/jncqjournal/Fulltext/2012/01000/Missed_Nursing_Care,_Staffing,_and_Patient_Falls.2.aspx.

LAKE, E.T., SHANG, J., KLAUS, S., & DUNTON, N.E. (2010). Patient falls: Association with hospital Magnet status and nursing unit staffing. Research in Nursing & Health, 33 (5), 413-425. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20824686.

PATRICIAN, P.A., LOAN, L., MCCARTHY, M., FRIDMAN, M., DONALDSON, N., BINGHAM, M., & BROSCH, L.R. (2011). The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events. The Journal of Nursing Administration, 41 (2), 64-70. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21266884.

STAGGS, V.S., & DUNTON, N. (2013). Associations between rates of unassisted inpatient falls and levels of registered and non-registered nurse staffing. International Journal for Quality in Health Care, 26 (1), 87-92. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3914564/pdf/mzt080.pdf.

PÓSTER N.º 7

Título: A parceria como intervenção de Enfermagem na prevenção de Úlceras por Pressão na pessoa idosa internada no Serviço de Urgência – Estudo de caso

Autor: Ana Filipa Alves Duarte, Idalina Delfina Gomes

Introdução

O Serviço de Urgência (SU) é caraterizado pelo ambiente estranho e sobrelotado, aspetos que promovem o aparecimento de problemas como: confusão, quedas e Úlceras por pressão (UP) na pessoa idosa[1,2,3].
A UP é um problema multifatorial que pode ser prevenido[4,5,6]. Os enfermeiros são fundamentais pois diagnosticam e prescrevem intervenções capazes de prevenir as UP[7,8]. A prevalência nacional nos SU é de 12,5%[9], sendo 16,31% no contexto do estudo. Pretende-se a identificação precoce das mesmas, no SU, através da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMDPI) e promoção de intervenções de Enfermagem personalizadas realizadas em parceria com o idoso e Cuidador Familiar (CF)[8,10].

Objetivos

Capacitar a pessoa idosa e o CF para a prevenção de UP durante um episódio de internamento no SU, tendo a parceria como intervenção de Enfermagem.

Metodologia

Estudo de caso em contexto de SU, tendo em conta as cinco fases do modelo de Parceria – revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir ou assegurar o cuidado da pessoa idosa e do CF[8]. Para colheita de dados foi utilizada: observação e entrevista, para AMDPI, e as escalas MMSE, MNA, Barthel e Braden.

Resultados

Em parceria com a pessoa idosa e CF foi realizada a AMDPI. Identificaram-se como principais problemas: a confusão, risco de desnutrição e o alto risco de UP.
Construiu-se uma ação comum negociada, baseada na confiança, que permitiu estabelecer compromissos com o idoso e CF, personalizando as intervenções que se salienta: permitida a presença do CF nos horários de refeições; orientação no tempo e espaço;

manutenção de ambiente seguro; explicado ao idoso e CF fatores de risco e sinais de alerta da UP; negociados os posicionamentos; incentivada a mobilização no leito e o levante; oferecido urinol e colocado colchão antiescaras. O idoso manteve-se orientado, com alimentação adequada e com a pele íntegra. O CF mostrou-se mais confiante para cuidar do seu familiar após a alta.

Conclusão

A intervenção de Enfermagem em parceria facilita a AMDPI, revelando-se fundamental para a capacitação do idoso e CF para o cuidado de si, estabelecendo compromissos e intervenções que visem a prevenção de UP, assegurando ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Recomenda-se a implementação de protocolos de intervenção de Enfermagem em parceria como forma de diminuir a incidência de UP no SU e a realização de estudos de investigação para avaliação destes ganhos.

Fontes:

1 – SALVI, F., MORICHO, V., GRILLI, A., GIORGI, R., TOMMASO, G., & DESSÌ-FULGHERI, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. Internal Emergency Medicine. 2, 292-301.
2 – HWANG, U. & MORRISON, R. (2007). The Geriatric Emergency Department. The American Geriatrics Society. 55. 1873-1876.
3 – ELLIS, G., MARSHALL, T., & RITCHIE, C. (2014). Comprehensive geriatric assessement in the emergency department. Clinical interventions in Aging. 9. 2033-2043.
4 – ARMOUR-BURTON, T., FIELDS, W., OUTLAW, L., & DELEON, E. (2013). The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and Treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. American Association of Critical-Care Nurses. 33 (3) 32-39.
5 – FULMER, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. American Journal of Nursing, 107, (10). 40-48. Acedido em 01/04/2014. Disponível em http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1187.
6 – STOTTS, N. & GUNNINGBERG, L. (2007). Predicting Pressure Ulcer Risk: Using the braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it. American Journal of Nursing, 107, (11) 40-48. Acedido em 01/04/2014. Disponível em http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1239.
7 – FERREIRA, P., MIGUÉNS, C., GOUVEIA, J., & FURTADO, K. (2007). Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Implementação nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência.
8 – RODRIGUES, A.M., & SORIANO, J.V. (2011). Fatores influenciadores dos cuidados de Enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem, 3 (5), 55-

63. Acedido em: 9/04/2014. Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIn5/serIIIn5a06.pdf.
9 – VANDERWEE, K.; CLARK, M., DEALY, C., GUNNINGBERG, L., DEFLOOR, T. (2006). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 13, 227–235. Acedido em 10/10/2014. Disponível em http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2006.00684.x/abstract.
10 – GOMES, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência.

PÓSTER N.º 8

Título: A prevenção da Infeção do Trato Urinário na Pessoa Idosa na comunidade: o modelo de parceria como suporte de intervenção de Enfermagem

Autores: Vera Lúcia Pereira de Oliveira, Idalina Delfina Gomes

Introdução

A Infeção do Trato Urinário (ITU) é a infeção mais comum na comunidade encontrando-se associada a elevadas taxas de morbilidade e custos financeiros[1]. O comprometimento cognitivo, a incapacidade nas atividades de vida diárias, história de ITU e a incontinência urinária[2], idade superior a 60 anos e tempo de permanência de algaliação contribuem para as ITU e devem ser considerados na sua prevenção[3,4,5,6].
A prevenção da ITU é pertinente pelo impacto negativo na saúde da Pessoa Idosa (PI) e sistema de saúde[2]. Os enfermeiros devem contribuir para a prevenção de complicações para a saúde dos clientes[7]. Neste processo é fundamental o estabelecimento de uma relação de parceria, conhecendo e capacitando a PI para o cuidado de si[8].

Objetivos

Capacitar a PI e Cuidador Familiar (CF) na prevenção da ITU em contexto domiciliário, intervindo em parceria com as mesmas.

Metodologia

Estudo de caso realizado no contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). O processo de cuidados teve como referencial o Modelo de Parceria[8] e avaliação multidimensional da PI (AMDPI)[9]. Recolha da informação: observação, entrevista semidirigida suportada num instrumento de recolha elaborado com base na AMDPI, visando a prevenção da ITU. Foi pedido consentimento informado.

Resultados

Realizada a AMDPI e intervindo em parceria com a PI e CF foram identificados os diagnósticos de que se salienta: risco de retenção urinária e de ITU por presença de algália; conhecimento sobre sinais de infeção não demonstrado. Foi construída uma ação conjunta para capacitar a PI e CF para os cuidados uretrais/perineias; vigilância da elimi-

nação urinária e sinais de ITU; medidas de prevenção de contaminação; autocontrolo da infeção; ingestão hídrica; avaliação da temperatura em SOS. Foi removido o cateter quando se verificou que a PI já não reunia critérios para se manter algaliado, não se tendo verificado sinais de ITU.

Conclusão

A presença de cateteres vesicais representa um risco de ITU para a PI[4,5,6,10,11]. Com o intuito de promover a prevenção da infeção na PI é importante que os cuidados de Enfermagem se baseiem num quadro de atuação centrado na PI e CF. O enfermeiro especialista deve efetuar a AMDPI por forma a identificar problemas e estabelecer um plano personalizado. Pela aplicação do Modelo de Parceria foi possível intervir na comunidade junto da PI e CF, negociando estratégias para a diminuição do risco de ITU, promovendo a sua capacitação e qualidade de vida. Recomenda-se a realização de estudos de investigação para monitorização da ITU na comunidade.

Fontes:

1 – PRAKASH, D. & SAXENA, R.S. (2013). Distribution and Antimicrobial Susceptibility Pattern of Bacterial Pathogens Causing Urinary Tract Infection in Urban Community of Meerut City, India. ISRN Microbiology, 2013, 1-13. Acedido em 18/12/2014. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3830820/pdf/ISRN.MICROBIOLOGY2013-749629.pdf.
2 – CALJOUW, M.A.A., ELZEN, W.P.J.E., COOLS, H.J.M. & GUSSEKLOO, J. (2011). Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. A population-based prospective follow-up study. BioMed Central, 9, 1-8. Acedido em 05/04/2014. Disponível em http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-9-57.pdf.
3 – FOXMAN, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. Infectious Disease Clinics of North America, 28, 1-13.
4 – HICPAC (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC. Acedido em 17/03/2014. Disponível em http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf.
5 – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.
6 – ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY, INC. (APIC) (2014). Guide to Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections. USA: APIC. Acedido em 20/07/2014. Disponível em http://apic.org/Resource_/EliminationGuideForm/0ff6ae59-0a3a-4640-97b5-eee38b8bed5b/File/CAUTI_06.pdf.

7 – ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Divulgar.
8 – GOMES, I.G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência.
9 – GIERM (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/06/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.
10 – APOSTOLOPOULOU, E., RAFTOPOULOS,V., FILNTISIS, G., KITHREOTIS, P., STEFANIDIS, E., GALANIS, P. …VELDEKIS, D. (2013). Surveillance of device-associated infection rates and mortality in 3 greek intensive care units. American Journal of Critical Care, 22(3), 12-20.
11 – PINA, E., FERREIRA, E., MARQUES, A. & MATOS, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 27-39.

PÓSTER N.º 9

Título: Infeção hospitalar: contributos para uma prática intencional

Autores: Ana Filipa Ferreira de Almeida, Maurício Fernandes Alves, Tânia Sofia Reis Mendes, Maria Isabel Domingues Fernandes

Introdução

A pessoa em situação crítica hospitalizada numa Unidade de Cuidados intensivos (UCI) encontra-se mais suscetível a potenciais infeções nosocomiais (1,2). Ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica compete liderar processos de intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica (3,4). A tomada de decisão sobre medidas a adotar é complexa tanto pela rapidez na resposta exigida, como na vastidão de conhecimentos que é necessário fundamentar. Assim, refletiu-se sobre o potencial contributo de um instrumento de tomada de decisão dos enfermeiros para uma prática intencional.

Objetivos

Contribuir para uma prática intencional de Enfermagem na prevenção e controlo da infeção hospitalar na pessoa em situação crítica.

Metodologia

Elaboração de um guia sobre precauções de isolamento hospitalar a adotar em situações de infeção por microrganismos multirresistentes, com maior incidência numa UCI; Aplicação de um questionário *online* à equipa de Enfermagem de uma UCI.

Resultados

Com o objetivo de sensibilizar a equipa, divulgar o guia e conhecer o impacto imediato que a intervenção tinha desencadeado, foi enviado por correio eletrónico a toda a equipa de uma UCI (60 elementos) uma versão do documento e um questionário. Neste questionava-se a perceção sobre o guia e as precauções de controlo e prevenção da infeção que eram adotadas na prática diária. Da análise dos dados concluiu-se que, dos 24 inquiridos que responderam ao inquérito, 17 já conheciam o guia que tinha sido disponibilizado (aqueles que não conheciam manifestaram in-

teresse em conhecer) e destes, 100% consideravam-no uma mais-valia, por várias razões. Os 24 enfermeiros que responderam consideravam que atendiam à situação microbiológica dos seus doentes na planificação/e prestação de cuidados. Destes, apenas dois referiram que não adotavam medidas adicionais para controlo e prevenção da infeção nas situações em que as precauções básicas de controlo de infeção não eram suficientes.

Conclusão

Neste contexto específico, identificou-se uma oportunidade de melhoria, concebendo-se uma estratégia e disponibilizando-se um guia de apoio à tomada de decisão, que é, simultaneamente, um guia de boas práticas na área da prevenção e controlo de infeção. Esta intervenção contribuiu para a tomada de decisão dos enfermeiros, como um elemento facilitador deste processo, permitindo que a equipa de Enfermagem responda mais eficazmente na prevenção e controlo de infeção e tenha uma prática intencional neste âmbito.

Fontes:

(1) SOUSA, C. Prevenção de infeção nosocomial – O ponto de vista do Especialista. Rev Port med int Vol.17 n.1. 2010 [Em linha]. [Consult. 30 nov. 2014]. Disponível em http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_47a53.pdf.
(2) OLIVEIRA, M.J. Vigilância de infeções associadas aos cuidados de saúde e importância do consumo de antimicrobianos em cuidados intensivos. Dissertação Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, 2009.[Em linha]. [Consult. 30 nov. 2014]. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1105/1/18097_ulsd_dep.17640re_T.Mestrado_Junho_2009_v.definitiva_Maria_Oliveira.pdf.
(3) REGULAMENTO n.º 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011), p. 8648-8653.
(4) REGULAMENTO n.º 124/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011), p. 8656-8657.

PÓSTER N.º 10
MENÇÃO HONROSA

Título: A pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória - Construção de uma perspetiva especializada de Enfermagem

Autores: Flávio Anselmo Rocha de Almeida Faria, Anabela da Graça Amaro Pereira Mendes

Introdução

Contextualizando, o presente póster surge no seio do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, no qual está implícito um planeamento e o desenvolvimento de atividades sob alçada de um tema de desenvolvimento específico da área da pessoa em situação crítica, tendo como finalidade a edificação de um perfil de competências específicos do curso de mestrado e semelhante ao da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tema de desenvolvimento – A pessoa adulta vítima de Paragem Cardiorrespiratória: intervenções especializadas de Enfermagem.
Decorrente da necessidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências de Enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória, emergiu a seguinte problemática: como organizar as múltiplas intervenções de Enfermagem direcionadas especialmente à vítima de Paragem Cardiorrespiratória tendo por base os conceitos específicos da disciplina de Enfermagem?

Objetivos

Construir uma perspetiva específica e especializada de Enfermagem sobre as intervenções à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória.
Desenvolver uma ferramenta estrutural para a organização das intervenções específicas de Enfermagem à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória, na sua multiplicidade de contextos.

Metodologia

Processo de reflexão profundo sobre o enquadramento da prestação de cuidados à pessoa vítima de Paragem Cardiorespiratória com a disciplina de Enfermagem: Afaf Meleis e Patrícia Benner.
Pesquisa em base de dados idónea – HEBSCO.

Consulta de documentação da Ordem dos Enfermeiros.
Leitura de teóricas de Enfermagem.

Resultados

Através da construção deste esquema mental, alicerçado essencialmente no processo de transição de Afaf Meleis, cruzando-o com o conceito de saúde e com a perspetiva do impacto produzido pela doença na pessoa de acordo com Marie Collière, é possível esquematizar de forma estruturada e organizada as diferentes tipologias de intervenção especializadas de Enfermagem à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória e pessoa(s) significativa(s).

Conclusão

A intervenção de Enfermagem à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória ultrapassa de longe a prestação direta de cuidados. Com base nesta premissa e aglutinando ao esquema proposto a perspetiva de hierarquização de prioridade de cuidados da Triagem de Manchester, é possível incluir o fator tempo e distinguir o caráter subjacente, mais preponderante (tipologia reativa ou preventiva) da prestação de cuidados, nos diferentes momentos deste processo de transição.

Recomendações

Sugere-se o uso deste esquema como ferramenta do enfermeiro especialista na abordagem à pessoa vítima de Paragem Cardiorrespiratória.

Fontes:

BOTERF, G. Le. (2005). Construir as Competências Individuais e Colectivas: Resposta a 80 questões. (Edições Asa, Ed.). Porto.
BOTERF, G. Le. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. Reflexão, 60–63. Consultado a 10 de novembro de 2014, disponível em http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation version directe Pessoal.pdf.
CARVALHO, A. (2007). Promoção da Saúde : concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior. Universidade do Minho. Consultado a 12 de outubro de 2014, disponível em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7518/1/Tese Doutoramento-Am%C3%A2ncio Carvalho.pdf.
COLLIÈRE, M. (2003). Cuidar… A primeira arte da vida. Loures: Lusociência.
ESEL. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC (p. 2010). Lisboa. Consultado a 2 de abril de 2014, disponível em http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/PlanoEstudos/Mestrado_PCriticaPE.htm.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Consultado a 21 de outubro de 2014, disponível em https://www.erc.edu/.
INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2011). Manual de suporte avançado de vida. Lisboa.
MELEIS, A.I., SAWYER, L.M., IM, E.O., MESSIAS, D.K.H., & SCHUMACHER, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science (ANS), 23(1), 12–28. consultado a 7 de outubro de 2014, disponível em http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=5058f402-56bd-4342-b650-bf4108f23ccf@sessionmgr4003&vid=1&hid=4212&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ==#db=rzh&AN=2000060332.
NUNES, L., AMARAL, M., & GONÇALVES, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de casos. (O. dos Enfermeiros, Ed.) (pp. 35–100). Lisboa.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010). Portugal. Consultado a 4 de dezembro de 2014, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEMedico-Cirurgica-Legislacao.aspx.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2010). Portugal. Consultado a 12 de outubro de 2014, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2012). Portugal. Consultado a 12 de outubro de 2014, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf.
TOMEY, A.M., & ALLIGOOD, M.R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). In Lusociência (Ed.), (5a Edição., p. 632 e 705). Loures.

PÓSTER N.º 11

Título: Cuidar na doação de órgãos: percurso de aquisição de competências especializadas

Autores: Marco Job Batista

Introdução

Atualmente, a transplantação de órgãos e tecidos é uma das possibilidades terapêuticas em algumas doenças terminais. Para existir transplantação é obrigatório ter órgãos para colher, o que nem sempre é possível em tempo útil. Assim, um doente neurocrítico que evolua para morte cerebral poderá ser considerado um potencial dador de órgãos. As intervenções de Enfermagem na manutenção de um potencial dador multiorgânico são importantes pois permitem limitar a progressão da morte somática, que normalmente sucede após a morte cerebral, garantindo uma adequada perfusão dos órgãos a transplantar. O enfermeiro encontra-se também na melhor posição para estabelecer uma relação de ajuda com a família do potencial dador, esclarecendo-a de todos os procedimentos legais e clínicos em todo o processo de doação.

Objetivos

Esta comunicação tem como objetivo dar a conhecer as competências especializadas adquiridas e desenvolvidas durante o 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, onde foi desenvolvido o tema «Cuidar na doação de órgãos».

Metodologia

Ao estágio com relatório do referido curso cumpriu-se um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências tanto na área da Enfermagem à pessoa em situação crítica como na área da doação e transplantação de órgãos, que incluiu uma revisão da literatura e a realização de estágios num Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos, num Serviço de Urgência Polivalente e numa Unidade de Transplantação.

Resultados

Durante a realização dos vários estágios foram concretizadas várias atividades que permitiram a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas definidas pela Ordem dos Enfermeiros em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Por outro lado desenvolveram-se competências na área da doação de órgãos, nomeadamente na coordenação, identificação e manutenção de um potencial dador e na abordagem à família.

Conclusão

É importante realçar que o percurso de desenvolvimento profissional realizado ao longo do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica permitiu conciliar a experiência profissional com a evidência científica de forma a desenvolver competências específicas na área de especialização Pessoa em Situação Crítica e doação de órgãos.

PÓSTER N.º 12

Título: Satisfação dos doentes com os cuidados de Enfermagem do Centro de Cardiologia do Polo HG/CHUC

Autores: Jorge Miguel Dias Henriques, Anaísa Ferreira Reveles

Compete às instituições de saúde adequar os recursos, criar as estruturas e um ambiente favorecedor do desempenho profissional dos enfermeiros que valorize e promova a qualidade (OE, 2001). A medição da satisfação dos utentes é essencial para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo também uma oportunidade de participação do utente na construção de um serviço de saúde baseado na perceção e valorização dos cuidados prestados.

O Centro de Cardiologia do Polo HG/CHUC está suportado numa vasta equipa multidisciplinar distribuída por várias valências que funcionam de modo integrado, cooperam e trabalham em prol da qualidade assistencial e da satisfação dos doentes. Este trabalho tem proporcionado um crescimento sustentado em vários domínios como sejam: indicadores de produtividade, desenvolvimento de autonomia em novos domínios tecnológicos de tratamento do doente cardíaco, crescente notoriedade e reconhecimento público, estabelecimento de parcerias com outras instituições de saúde para referenciação e tratamento dos seus doentes e ainda, enquanto estrutura de formação, desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional para vários técnicos da área da saúde. A equipa de Enfermagem tem também feito um esforço de dignificação da qualidade dos cuidados, acompanhando o ritmo de desenvolvimento, empenho e exigência, contribuindo para a prossecução dos objetivos do serviço.

De modo a dar suporte ao trabalho de melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem e de organização do ambiente de trabalho, identificando as condições que refletem satisfação/insatisfação dos utentes face aos cuidados de Enfermagem, analisando o nível de satisfação global dos utentes com os cuidados prestados pelos enfermeiros no serviço de cardiologia/UCIC, um grupo de enfermeiros do Serviço de Cardiologia B/UCIC do Polo HG/CHUC está a desenvolver um estudo de carácter não experimental, do tipo descritivo exploratório sobre a satisfação dos doentes com os cuidados de Enfermagem de âmbito plurianual, iniciado a 01 de janeiro 2014. O estudo faz-se através da aplicação da «Escala de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem para Contexto Hospitalar», validada para a população portuguesa e enquadrada com os critérios definidos pela OE. Para o efeito, foi elaborado um documento orientador de suporte ao desenvolvimento deste estudo que inclui revisão da literatura relevante sobre esta problemática, metodologia, população e amostra, critérios de inclusão dos sujeitos participantes, instrumento

de colheita de dados, metodologia de tratamento de dados, autorizações do Conselho de Administração e Diretor de Serviço e parecer de conformidade ética obtido junto da Unidade de Inovação e Desenvolvimento do CHUC. As conclusões deste estudo estarão disponíveis apenas no final deste ano.

Fontes:

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Satisfação dos utentes face aos cuidados de Enfermagem. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 16 (Março de 2005), p. 52.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Dezembro de 2001. 24 p.

PÓSTER N.º 13

Título: Gestão pela qualidade – Um exemplo da gestão de processos numa unidade de hemodiálise

Autores: Pedro Henrique Loureiro Gonçalves, Rui André Saldanha Santos Sousa, Jorge Manuel Cardoso Dias Melo, Marta Filipa dos Santos Costa Coimbra, Sandra Isabel Cunha Campos

Introdução

Os sistemas de avaliação que se destinam a sustentar a gestão pela qualidade concentram-se nos processos de melhoria e não no controle dos funcionários responsáveis pelos processos de trabalho. Isto significa enfatizar a métrica do processo e não a métrica dos resultados. A participação dos trabalhadores é assim fomentada, na prática, através do denominado ciclo de qualidade, baseado em quatro fases (planear, fazer, verificar e agir) que estabelecem continuamente objetivos mais ambiciosos e incentivam ao desenvolvimento da empresa/unidade/instituição. Desenvolver um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo os diferentes níveis de cuidados, conduz sempre à melhoria contínua.

Objetivos

Desenvolver um plano de atividades, plurianual, para equipa de Enfermagem, com diferentes áreas de intervenção, interligadas e centradas no doente.

Metodologia

Baseada na gestão pela qualidade integrada na Clínica NephroCare Viseu, foi desenhado um plano de ação através da implementação de um conjunto de projetos, integrados, centrados no doente. Para cada um foi selecionado um enfermeiro coordenador, com responsabilidade acrescida na sua implementação e dinamização. Os princípios transversais aos diferentes projetos foram: operacionalização amigável, envolvimento dos doentes, multi e interdisciplinaridade.

Resultados

Foram desenvolvidos oito projetos: Enfermeiro responsável/Consulta de Enfermagem,

Acessos vasculares, Gestão de fármacos/Adesão à terapêutica medicamentosa, Nutrição, Diabetes, Gestão do regime hídrico, Auditoria Interna e Comissão Interna de Infeção. Foram efetuados cerca de 2.000 monitorizações de acessos vasculares, concebida uma *newsletter* mensal sobre acessos vasculares. Elaborada documentação específica para o registo da consulta de Enfermagem no processo de doente e até duas consultas de Enfermagem por ano. Avaliação mensal da gestão da terapêutica medicamentosa através de consulta realizada pela enfermeira coordenadora do projeto; implementada consulta específica de nutrição; desenvolvido projeto de avaliação do regime hídrico dos doentes, com a coordenação a ser realizada pela enfermeira; realização sistemática de auditorias internas de apoio à gestão pela qualidade e criada comissão interna de controlo de infeção. Estes dois últimos projetos permitiram a não existência de nenhuma não conformidade *major* nas auditorias anuais da empresa.

Conclusão

A gestão da unidade tendo por base a gestão pela qualidade permitiu desenvolver competências individuais e coletivas que promoveram a melhoria dos cuidados e uma ligação entre doente/enfermeiro coordenador, aliciante e estimulante, responsável pelo aumento da motivação dos enfermeiros.

Fontes:

BARROS, Pedro. Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos, Coimbra, janeiro 2009, 2ª edição, Almedina.
CHANES, Marcelo. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde, O Mundo da Saúde, São Paulo, 2006, abr./jun 30(2).
POWELL, Thomas. Total Quality Management as competitive advantage: a review and empirical study, Strategic Management Journal, Vol 16, No1, (Jan-1996).
TAPPEN, Ruth. Liderança e Administração em Enfermagem, Conceitos e Prática, Loures, 2005, 4a edição, Lusociência.

PÓSTER N.º 14

Título: Risco/alteração da membrana mucosa oral

Autores: Sílvia Reis, Marisa Caiado

Introdução

A alteração na membrana mucosa oral – mucosite oral – é um dos principais efeitos secundários da administração de quimioterapia, com impacto a nível físico, do bem-estar psicológico e consequentemente da qualidade de vida.
Na nossa prestação diária de cuidados ao doente hematoncológico submetido a quimioterapia denotámos uma valorização inadequada do diagnóstico de Enfermagem «risco/alteração da membrana mucosa oral». Sentimos ainda a falta de uniformização nas intervenções de Enfermagem inerentes a este diagnóstico.

Objetivos

Como tal, definimos para este trabalho os seguintes objectivos:
- Uniformizar conhecimentos relativos a ensino, instrução e treino sobre higiene da boca.
- Padronizar/realizar procedimentos sobre higiene da boca a doentes dependentes no autocuidado.
- Uniformizar procedimentos e ensinos sobre higiene da boca e precaução de segurança aos utentes autónomos neste autocuidado.
- Transmitir informação de alteração de membrana mucosa oral de acordo com escala de mucosite da Organização Mundial de Saúde.

Metodologia

A metodologia utilizada foi a consulta bibliográfica, várias reuniões com a equipa de Enfermagem, a elaboração de guia orientador de boas práticas, protocolos de atuação, trabalho de investigação na área e panfleto informativo para os doentes e familiares.

Resultados

Dos resultados obtidos com este projecto salientamos os seguintes pontos:
- Sensibilização de toda a equipa de Enfermagem para o diagnóstico «alteração da

membrana mucosa oral».
- Diminuição do tempo de passagem de turno por maior objetividade da informação e transmissão de informação de acordo com escala de mucosite.
- Uniformização de procedimentos e ensinos.

Conclusão

Após a realização deste projecto consideramos que existiram ganhos em saúde para os doentes e família, uma vez que existe por parte da equipa de Enfermagem a adoção de medidas de conforto e/ou curativas mais cedo e de forma mais adequada; havendo, ainda, a percepção da diminuição da gravidade do grau de mucosite oral.

Recomendações

Em suma, o enfermeiro deve ser capaz de valorizar e prescrever intervenções autónomas sobre precauções de segurança, gestão do regime terapêutico e autocuidado higiene da boca que diminuam as alterações da membrana mucosa oral.

Fontes:

BENITO, Ana Paula. Mucosite. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – Manual de Cuidados Paliativos. 1ª ed. Lisboa: Centro de Bioética – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 337-345.
BENSINGER, William [et al] Prevention and management of mucositis in cancer care. Journal of the National Comprehensive cancer Network. Washington. ISSN 1540-1405. Vol.6, suppl. 1 (2008), p. S1-S21.
PORTUGAL. Ministério da Saúde. Problemas e doenças orais a evitar: saiba como pode evitar muitos problemas e doenças orais. Lisboa: DGS, 2006b. [Consult. 31 maio 2011]. Disponível em http://www.dgs.pt.

PÓSTER N.º 15

Título: Enfermagem *Lean*: a aplicação do pensamento *Lean* ao processo de cuidar em Enfermagem

Autores: José António Antunes

Existem cada vez mais hospitais que se encontram a implementar sistemas de melhoria da qualidade com base nos princípios do pensamento *Lean* derivados, em grande parte, do Sistema de Produção da Toyota (SPT). Este sistema, que distingue dois tipos de atividades de fabrico – as que agregam valor e as que criam resíduos/desperdícios – tem como objetivo eliminar o desperdício e maximizar o valor.

Os conceitos SPT têm sido utilizados na gestão das organizações há várias décadas e tornaram-se, nos últimos anos, bastante populares no setor da Saúde. Nela, os líderes em Enfermagem acreditam que sempre que se deslocam a um hospital para serem diagnosticados, tratados e receberem alta, os doentes/clientes estão dispostos a pagar os cuidados (direta/indiretamente) e, por conseguinte, a qualidade inerente aos mesmos. Mas não estão dispostos a pagar mais do que isso (ou seja, os resíduos considerados). Então, surge a questão: como remover os desperdícios nos processos hospitalares para melhorar a eficiência e os resultados nos doentes/clientes?

Antes dos desperdícios serem removidos, estes têm de ser claramente identificados. O SPT identifica sete resíduos que não agregam valor no negócio/fabrico. Mark Graban (2009) modificou as definições desses resíduos para se poder aplicar aos cuidados de saúde e enumerou-os da seguinte forma: potencial humano não usado, tempo de espera para os procedimentos, ausência de inventário dos recursos, tempo dos transportes (materiais e pessoas), defeitos (materiais e nos procedimentos), duplicação de informação, tarefas repetidas e processos desnecessários.

O pensamento «magro» começa com a definição de uma cadeia de valor – processo específico que é usado para fornecer um serviço aos clientes. Korner *et al*. (2011) afirmam que para isto acontecer, a liderança deve responder a perguntas como: O que é que os doentes pretendem do hospital/serviço? O que é que os doente estão dispostos a pagar? Respondendo a estas questões, Korner *et al*. (2011) definiram um fluxo de valor com foco na melhoria do acesso e utilização dos serviços que reduziu o tempo de internamento, melhorou a satisfação dos doentes e encurtou os tempos de transferências de doentes.

Para a implementação do pensamento *Lean* é necessário o uso das ferramentas *Lean* cuja aplicação visam a melhoria da qualidade dos processos e a eliminação dos desperdícios identificados. A Enfermagem desempenha um papel fulcral nesta filosofia da gestão desde o atendimento à alta do doente/cliente devido às ações que desempenha junto do mesmo.

Fontes:

KORNER et al. (2011) Lean tools and concepts reduce waste, improve efficiency, American Nurse Today, março 2011.
GRABAN M. Lean Hospitals: Improving Quality Patient Safety, and Employee Satisfation, Productivity Press, 2009.

PÓSTER N.º 16

Título: E quando o Cateter Venoso Central é o (único) acesso vascular funcionante num doente hemodialisado

Autores: Marta Filipa dos Santos Costa Coimbra, Pedro Henrique Loureiro Gonçalves, Jorge Manuel Cardoso Dias Melo, Sandra Isabel Cunha Campos, Rui André Saldanha Santos Sousa

Introdução

O Cateter Venoso Central (CVC) é o acesso vascular para hemodiálise que apresenta as mais elevadas percentagens de complicações, sendo a sua presença responsável por cerca de 32% dos internamentos hospitalares dos doentes com infeção (Bearthard, G; Urbanes, A. 2008). Pese embora esta seja uma evidência comprovada em vários estudos, a prevalência de CVC nas unidades de hemodiálise tem aumentado nos últimos anos, muito por força do incremento da idade média dos doentes em hemodiálise, ao crescendo das comorbilidades associadas, circunstância que, muitas vezes, impõe que seja este o único acesso vascular possível de obter.
Face ao exposto, rapidamente se induz da importância extrema que envolve a gestão destes acessos. Sabendo-se que é da responsabilidade dos enfermeiros a gestão de todos os acessos vasculares numa unidade de hemodiálise (monitorização, referenciação e otimização), importa analisar a efetividade dos CVC de Longa Duração (LD), sobretudo aqueles que, por ausência de alternativa, se configuram como acessos definitivos.

Objetivos

Comprovar se os doentes portadores de Cateter Venoso Central de Longa Duração, assumido como acesso definitivo – sem alternativa (CVCd), apresentam resultados adequados de eficácia dialítica.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo no domínio da investigação quantitativa, exploratório, longitudinal do tipo descritivo-correlacional, através de uma análise retrospetiva dos doentes a realizar hemodiálise através de CVC de LD. A investigação decorreu durante 24 meses. Os dados analisados foram comparados com um grupo de controlo de doentes com fístula artério-venosa (grupo FAV).

Resultados

Foram analisados 46 doentes com CVC de LD em tratamento hemolítico há pelo menos seis meses. Destes, 31 doentes eram portadores de um CVC definitivo (grupo CVCd). A média de idade de ambos os grupos foi idêntica (79 anos). A presença de diabetes foi semelhante (10 CVC e 13 FAV). Os doentes com CVCd efetuavam diálise há mais tempo e apresentavam um histórico de acessos superior aos doentes com FAV (média de 4,1 acessos nos CVC e 1,9 nas FAV). Nos dados de tratamento, o grupo FAV apresentou valores médios mais elevados no Qb, volume de sangue dialisado, Kt/V e volume de substituição. O grupo CVCd apresenta os valores mais baixos no global dos resultados analisados, mas dentro dos parâmetros recomendados pelas *guidelines*, excepto a Qb. Em relação aos dados analíticos observados, não existe diferença significativa entre os grupos, mas verifica-se um consumo mais elevado de estimulador da eritropoiese no grupo CVCd do que no grupo de controlo.

Conclusão

Apesar de alguns indicadores de eficácia dialítica serem inferiores para o grupo CVCd, verifica-se que a diferença, em termos globais, é menor do que o esperado e apresentam valores de eficácia dialítica dentro dos parâmetros recomendados. Estes resultados permitem concluir que os doentes cuja condição clínica não viabiliza a construção de outra tipologia de acesso vascular podem, ainda assim, usufruir de um tratamento hemodialítico compatível com aquilo que é considerado um *standard* de qualidade. Acreditamos que estes resultados revelam, também, o elevado nível dos cuidados de Enfermagem que hoje se prestam ao nível desta dimensão dos mesmos, afirmando e confirmando o papel de parceria do enfermeiro na procura dos melhores níveis de saúde de cada cidadão.

Fontes:

BEATHARD G., URBANES, A. Infection associated with tunneled hemodialysis catheters, Seminars in Dialysis, Vol 21, No 6, (November/december) 2008, pp 528-538.
FAZENDEIRO, J. [et al]. Manual de Acessos Vasculares, Fresenius Medical Care, Portugal, Lisboa, 2011.
GALLIENI, Maurizio. Think Ahead: Preventing the impact of Central Venous Catheter Complications, Oral Apresentation, 41 EDTNA 2012, Strasbourg, https://fme.olc.fresenius.de/moodle/file.php/264/player.htm?path=/moodle/file.php/264/PresentationRecordings/2/video_post.wmv.
KDOGI American Journal of Kidney Diseases, Vol 48, No 1, Suppl 1 july, 2006: p S177.
NEVES, Fernando. Tratamento da Infecção do Cateter, Apresentação Oral, IX Medical Accreditation Meeting, Lisboa, 27 de outubro de 2012; https://pt.fme.olc.fresenius.de/

moodle/file.php/97/player.htm?path=/moodle/file.php/97/PresentationRecordings/Fernando_Neves/video_post.wmv.
TORDOIR, J [et al]. EBPG on Vascular Access, Nephrol Dial Transplant (2007) 22 [Suppl 2];KDOGI American Journal Of Kidney Diseases, Vol 48, No 1, Suppl 1 july, 2006: p S177.

PÓSTER N.º 17

Título: Lidar com a violência não física do utente em contexto de hemodiálise: um percurso na aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Autores: Ana Raquel Taveira Passinho, Rita Reis Carvalho

Introdução

O tratamento de hemodiálise revela nos utentes sentimentos ambíguos de aceitação e revolta, garantindo-lhes a sobrevivência, mas tornando-os dependentes da tecnologia.
Numa unidade de hemodiálise, os pacientes frequentam a mesma três vezes por semana o que faz com que a interação enfermeiro-doente seja muito grande. Esta interação promove o estabelecimento de um vínculo, originando a que os enfermeiros sejam os profissionais de saúde com mais probabilidade de ser alvo de violência. Aprender estratégias para lidar com esta situação irá promover uma melhor relação terapêutica e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Objetivos

Reportar algumas atividades atualmente desenvolvidas numa Unidade de Diálise no âmbito do estágio relacionado com o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – vertente Nefrológica. O principal foco de atenção é a definição de estratégias para lidar com a violência. É fundamental que na gestão dos cuidados se tenha em consideração a formação do enfermeiro nesta área, de forma a garantir uma melhor prática com consequente melhoria da qualidade dos cuidados e garantia da segurança do doente.

Metodologia

Como metodologia foi definido a realização de estágio em duas unidades de diálise, em contexto hospitalar e em ambulatório, tendo em conta o modelo teórico de Enfermagem de Callista Roy; revisão da literatura sobre o tema e desenvolvimento de um trabalho de investigação para compreender o que sentem os enfermeiros acerca desta temática e como lidam com estas situações.

Resultados

Muitas situações de violência resultam de falta de comunicação e escassez de conhecimentos. Os enfermeiros deverão intervir com adequação face à pessoa a quem prestam cuidados.
Irá ser realizada uma entrevista aos enfermeiros dos locais de estágio de forma a compreender se sentem que são vítimas de violência e que estratégias costumam aplicar nestas situações e se são ou não eficazes. Algumas estratégias identificadas na literatura referem-se à prevenção da violência, estar recetivo às necessidades do utente, envolver a família na relação terapêutica, refletir com os colegas acerca de situações identificadas para a criação de planos de intervenção, participar em formação e atualizar conhecimentos sobre o tema, ter atenção se o comportamento utilizado não é gerador de conflito entre outras.

Conclusão

É essencial definir estratégias para colmatar e saber antecipar o ato de violência. O enfermeiro especialista desenvolve o seu pensamento crítico, refletindo sobre a prática e sugerindo alterações com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e garantia da segurança do doente.

Fontes:

BAPTISTA, G., & CARVALHO, G. (04 de abril de 2011). Aceitação Positiva da Doença Crónica Pelo Indivíduo Hemodialisado. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicologia , pp. 45-55.
CAMPOS, C.J., & TURATOL, E.R. (Set.-out. de 2010). Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal:estudo clínico qualitativo. Obtido em 18 de janeiro de 2014, de Scielo: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/17.pdf.
PHILIPS, K.D. (2004). Irmã Callista Roy: Modelo de Adaptação. In A.M. Tomey, & M.R. Alligood, Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (p. 301). Loures: Lusociência.
PRESTES, F.C., BECK, C.L., SILVA, R.M., TAVARES, J.P., CAMPONOGARA, S., & BURG, G. (Dezembro de 2010). Prazer-Sofrimento dos Trabalhadores de Enfermagem de um Serviço de Hemodiálise. Revista Gaúcha Enfermagem, p. 738 a 744.
SILVA, A.S., SILVEIRA, R.S., FERNANDES, G.F., LUNARDI, V.L., & BACKES, V.M. (Set-out de 2011). Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, Brasil.
ZAMPIERON, A., SARAIVA, M., & PRANOVI, R. (2010). EDTNA/ERCA Recommendations for Prevention and Management of Violence and Agression in renal units. Switzerland: EDTNA/ERCA.

PARTE III
Associações/Sociedades



ASSOCIAÇÃO DE ENFERMAGEM CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA (AECPSC)

A Associação de Enfermagem Cuidar a Pessoa em Situação Crítica (AECPSC) é uma associação sem fins lucrativos, criada em 2011, que resultou da preocupação de um grupo de enfermeiros em fomentar o desenvolvimento científico, técnico e humano no âmbito da Enfermagem, especialmente no que concerne ao cuidado à pessoa em situação crítica e com o propósito de contribuir proativamente para a valorização profissional e social dos enfermeiros.

Missão: melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Visão: ser entidade promotora da excelência do cuidar na área da pessoa em situação crítica.

Valores: assegurar a formação contínua dos enfermeiros, salvaguardar os interesses profissionais, criar uma cultura de parceria com outras organizações e promover social e deontologicamente os seus associados.

Objetivos: contribuir para a evolução da profissão de Enfermagem e para a formação contínua dos enfermeiros; promover o intercâmbio e cooperação com outras associações, instituições e organismos nacionais ou internacionais que partilhem as mesmas ideologias científicas; promover a investigação e a divulgação científica; fomentar as competências dos enfermeiros na sociedade, fortalecendo o seu estatuto socioprofissional; promover a organização de eventos científicos para enriquecimento da profissão; apoiar e promover ações de educação para a saúde; promover atividades lúdicas e socioculturais na comunidade; colaborar na organização e desenvolvimento de trabalhos individuais ou coletivos que contribuam para o desenvolvimento da profissão, assim como na elaboração de pareceres científicos.
Para além do 2º Encontro de Enfermagem Cuidar a Pessoa em Situação Crítica, a associação organizou, no ano de 2014, uma reunião temática acerca da Gestão do Risco em Cuidados Intensivos.
De momento, o seu *website* encontra-se em reestruturação, mas a breve prazo irá possibilitar aos seus associados a publicação *online* das produções científicas, sob a forma de artigo. Entendemos, que desta forma, estaremos a dar um forte contributo ao desenvolvimento científico da nossa profissão.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE DIÁLISE E TRANSPLANTAÇÃO (APEDT)

Origem da APEDT

No dia 12 de dezembro de 1983, um grupo de enfermeiros da área da Nefrologia decidiu formar uma associação de enfermeiros de diálise e transplantação. Após mais duas reuniões, em 22 de março de 1984 foi feita a escritura da APEDT.

Missão

A APEDT tem como missão a representação dos enfermeiros da área da Nefrologia, propondo e defendendo de forma responsável o seu exercício profissional.

Objetivos

1. Organizar encontros técnico-científicos, visando o aperfeiçoamento técnico-profissional.
2. Realizar um congresso anual, denominado Congresso APEDT.
3. Estabelecer contactos culturais e intercâmbio com organizações congéneres nacionais e estrangeiras.
4. Desenvolver ações tendentes à obtenção da especialização para enfermeiros de diálise e/ou transplantação.
5. Editar e difundir estudos científicos.

Títulos Honrosos

Como reconhecimento por todo o trabalho desenvolvido e pelo empenho e contributos das atividades da APEDT ao serviço da Enfermagem, o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, por unanimidade, atribuiu à nossa associação a qualidade de Membro Honorário da Ordem do Enfermeiros, em 1 de fevereiro de 2005.

Instituições / associações com quem tem colaborado, em especial

OE – Ordem dos Enfermeiros
EDTNA/ERCA – *European Dialysis Transplant Nurses Association/European Rena Care Association*

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia
SPT – Sociedade Portuguesa de Transplantação
SOBEN – Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia
SLAEN – Sociedade Latino-americana de Enfermagem em Nefrologia

Organização de eventos científicos

Encontro Regional APEDT, no último trimestre de cada ano
Congresso APEDT, anual em simultâneo com o Congresso Português de Nefrologia

Publicações

Revista NEPHRO'S, publicação semestral e propriedade da APEDT
Manual de Diálise Peritoneal
Doença Renal Crónica – Estádio 1 a 3 (Tradução Manual EDTNA/ERCA)

Intervenções

Em colaboração com a Ordem dos Enfermeiros, contribuiu para a inclusão de um enfermeiro na Comissão Técnica Nacional e Comissão de Verificação Técnica, que consta no Decreto-Lei n.º 505/99 de 20 de novembro; Alterações do Dec-Lei n.º 241/2000 de 26 de setembro, Art.º 11º, n.º 4 e Art.º 12º, n.º 2. Colaborou com Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende na criação do 1º Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Nefrológica, com início em 3 de fevereiro de 2005. Colaborou com a EDTNA/ERCA no projeto sobre «Violência & Agressão nas Unidades de Diálise» e «Desafios & Oportunidades» para o tratamento Renal na Europa.

Atividades para futuro

1. Continuar a colaborar com a Ordem dos Enfermeiros nos diferentes projetos, com especial relevância no âmbito do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica.
2. Colaborar na elaboração e publicação do Manual de Boas Práticas para as Unidades de Diálise.
3. Implementar o projeto para o Registo Anual dos Enfermeiros de Nefrologia.
4. Elaborar e implementar o Manual da Qualidade Formativa APEDT.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA – SPEO

- Fundada em 21 de junho de 1995, com sede na Liga Portuguesa Contra o Cancro – cidade do Porto;
- Estatutos: DR, III série n.º 263 de 14 de novembro de 1995;
- Entidade de âmbito nacional, sem fins lucrativos;
- Estatuto de utilidade pública nos termos do Decreto-Lei n.º 460/77, de 7 de novembro, conforme consta do despacho publicado no DR, II série n.º 267, de 18 de novembro de 1997 e retificado em DR, II série, n.º 243, de 21 de outubro de 1998.

A SPEO tem como finalidades promover o estudo, a investigação e a educação, por forma a dar o seu contributo para a melhoria dos cuidados prestados ao doente com cancro e desenvolver um corpo de conhecimentos científicos da Enfermagem oncológica.

Compete à SPEO:
a) – Promover ou apoiar iniciativas de carácter educativo, técnico, científico, investigacional e ético (…);
b) – Participar no País ou estrangeiro, em atividades (…);
c) – Obter estudos, documentação e informação (…) oncológica e proceder à sua divulgação pelos meios adequados, nomeadamente através de publicação própria;
d) – Contribuir para a formação contínua e permanente dos enfermeiros (…);
e) – Prestar apoio aos sócios em questões específicas (…);
f) – Diligenciar, junto das entidades competentes, o reconhecimento da especialidade da Enfermagem oncológica;
g) – Fomentar as boas relações e intercâmbio, ou ser membro, com sociedades ou outras entidades dedicadas à Oncologia.

Ao longo destes anos temos realizado um conjunto muito vasto de atividades em diferentes locais do território nacional: cursos de formação contínua; congressos, jornadas, seminários, *workshops*, ações de intervenção comunitária e publicações científicas.

A SPEO tem tido a preocupação de acompanhar a evolução na área da Oncologia e também de natureza sociocultural. Nesse sentido, recentemente procedeu à alteração do logótipo, tendo em conta a necessidade de contribuir para desmistificação da palavra cancro, carregada, a maioria das vezes, de estigma negativo na sociedade em geral.

É dentro deste paradigma que temos uma participação ativa em projetos de extensão à comunidade, nomeadamente em escolas secundárias, em parceria com outras entidades, associações de doentes, associações profissionais e com a Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Também ao nível científico realizamos com regularidade o congresso bianual que tem percorrido o País de norte a sul e ilhas. Participamos em atividades internacionais, nomeadamente, iniciativas promovidas pela *European Oncology Nursing Society* (EONS), projetos de formação, de investigação e de conceção e desenvolvimento curricular de cursos.

Muito recentemente, procedemos à reformulação do projeto da revista «Enfermagem Oncológica» que assume agora uma nova designação «Evidências», nova imagem e estrutura com abertura a outras áreas científicas.

www.speo.pt / secretariado@speo.pt

ELCOS – SOCIEDADE DE FERIDAS – UMA COMUNIDADE DE PRÁTICA

http://sociedadeferidas.pt

A ELCOS é uma sociedade científica constituída por profissionais inseridos, aos vários níveis, na comunidade científica: médicos (Cirurgia Geral, Vascular, Plástica e Dermatologia); enfermeiros (especialistas em várias áreas do conhecimento); farmacêuticos, fisioterapeutas, podologistas, nutricionistas, engenheiros especializados em suportes multimédia aplicados às áreas da telemedicina e professores do ensino universitário. Profissionais que, de norte a sul do País, se organizam, numa comunidade de prática que é a ELCOS, projetada no País através dos seus conselhos regionais distritais.

Os conselhos regionais são estruturas da ELCOS que, a nível distrital, ligam instituições de ensino, de saúde, IPSS e câmaras municipais em projetos que se iniciam por estudos epidemiológicos destinados à compreensão da nosologia regional relacionada com feridas, e têm continuidade na identificação de recursos existentes, métodos e técnicas adequados à resolução dos problemas identificados, através da formação/ação, papel desenvolvido pelo ULCUS.

O ULCUS – Centro de Estudos e Investigação em Feridas – é um departamento da ELCOS, sediado no CIC&TS – Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora –, que se ocupa da investigação e da formação da Sociedade de Feridas.

No cumprimento das atividades expostas, a ELCOS estabeleceu parcerias com instituições de ensino: universidades, institutos politécnicos e escolas superiores de saúde desde o Minho ao Algarve, desenvolvendo com estas iniciativas nacionais de educação/formação, a nível básico e de ensino pós-graduado (em 2015 abrirão pós-graduações da ELCOS em parceria com as universidades do Minho, de Évora e com o Instituto Politécnico de Castelo Branco, estando em preparação pós-graduações em Coimbra e Lisboa). A ELCOS tem ainda parcerias com instituições prestadoras de cuidados, assessorando centros hospitalares, unidades locais de saúde e hospitais universitários.

A ELCOS detém parcerias de colaboração científica a nível europeu e americano, contando com representação e participação na EWMA, EPUAP e OMS.

Todavia, o que nos move são as pessoas, profissionais que, ao longo do País, partilham o interesse pelas resposta às feridas, se apaixonam por este tema e, através da ELCOS,

se organizam em cada distrito, de forma interdisciplinar, analisando problemas, aprofundando conhecimentos, encontrando soluções, criando documentos, escrevendo livros, permitindo, nesta comunidade de prática que é a ELCOS, descortinar uma visão integral e um entendimento geral da pessoa com feridas, condição para a excelência dos cuidados e para a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida.



Mesa do Colégio da Especialidade
de Enfermagem Médico-Cirúrgica