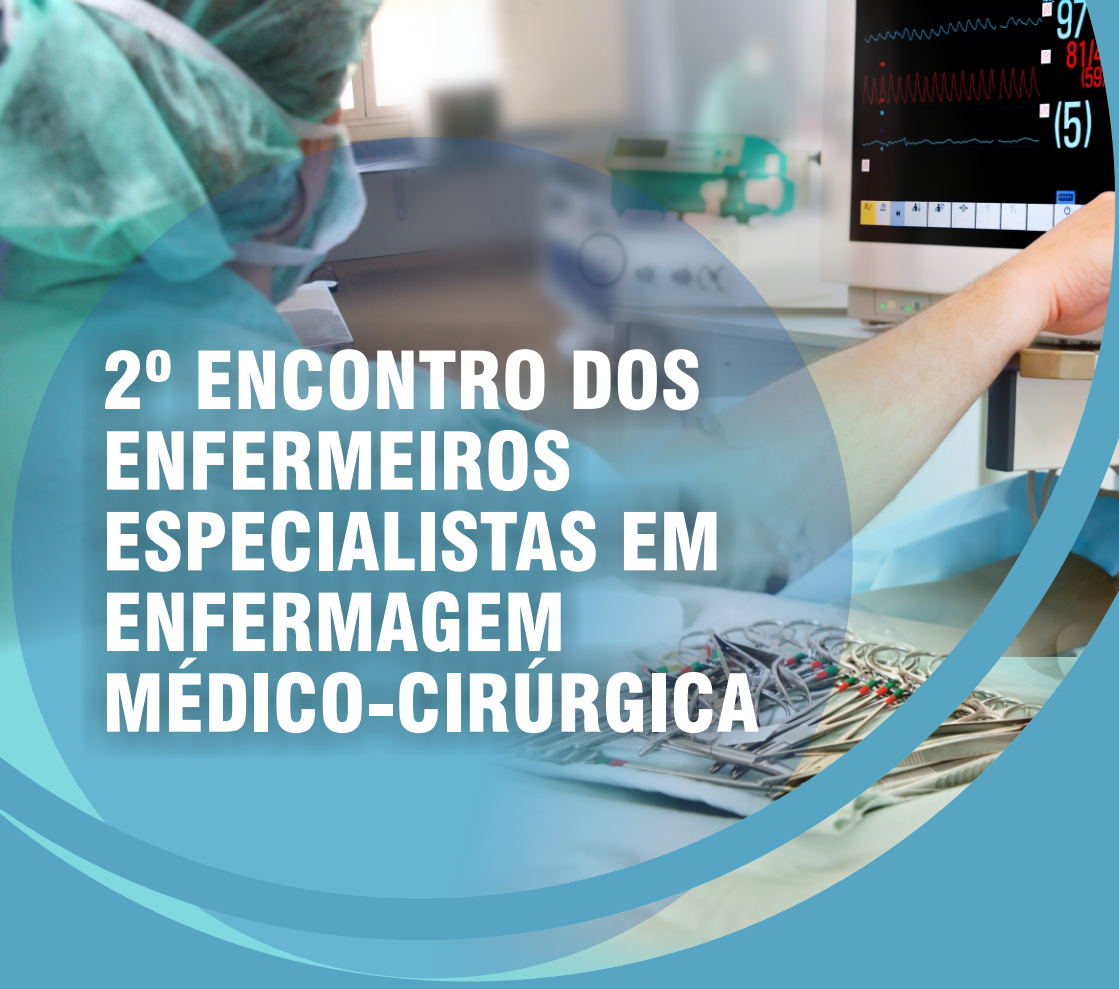

2º ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

LIVRO DE RESUMOS

Mesa do Colégio da Especialidade
de Enfermagem Médico-Cirúrgica



Ficha técnica

Título: 2º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Iniciativa e coordenação: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enf.º José Carlos Martins
Enf.ª Helena Lucas
Enf.º Jorge Melo

Edição: Ordem dos Enfermeiros: outubro 2014
Revisão: Dr.ª Adelaide Oliveira
Grafismo e Paginação: Academia do Design
ISBN: 978-989-8444-28-8

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



LIVRO DE RESUMOS

Mesa do Colégio da Especialidade
de Enfermagem Médico-Cirúrgica

ÍNDICE

Mensagem do Sr. Bastonário 7

Mensagem do Sr. Presidente do Conselho de Enfermagem 9

Nota do Sr. Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica 11

Parte I - Comunicações Livres 15

Comunicação n.º 1 - Sistemas de informação em Enfermagem: da criação do resumo mínimo de dados à informatização dos registos num serviço de consulta externa 17

Comunicação n.º 2 - Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa unidade de cuidados intensivos 19

Comunicação n.º 3 - A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva - perspetiva do enfermeiro 21

Comunicação n.º 4 - A comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada.. 23

Comunicação n.º 5 - Quedas de pessoas idosas em ambiente hospitalar: intervenções para uma prática baseada na prevenção 25

Comunicação n.º 6 - Cinco passos para a prevenção da infeção do trato urinário associada ao cateter urinário 27

Comunicação n.º 7 - Extubação não planeada: contributos para uma prática de Enfermagem de qualidade ao doente adulto internado em UCI 30

Comunicação n.º 8 - «Proteger para Prevenir» 33

Comunicação n.º 9 - Acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar - competências necessárias autopercebidas pelos enfermeiros 38

Comunicação n.º 10 - Implementação de um programa de monitorização e vigilância de acessos vasculares 40

Comunicação n.º 11 - Ventilação não invasiva: uma prática especializada à pessoa em situação crítica 42

Comunicação n.º 12 - Gerir a prática de Enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a transplante de progenitores hematopoiéticos 44

Comunicação n.º 13 - Vivências da pessoa com doença oncológica avançada progressiva 46

Comunicação n.º 14 - Projeto de intervenção num serviço de urgência - identificação de situações de violência na pessoa idosa 49

Comunicação n.º 15 - Cuidar a pessoa com doença avançada no domicílio: perceções e vivências do cuidador informal 52

Comunicação n.º 16 - A gestão do equilíbrio hídrico dos doentes em HD, através do método da bioimpedância (BCM®): O enfermeiro como elo de ligação no seio da equipa interdisciplinar 55

Comunicação n.º 17 - Avaliação da dor ao doente oncológico em cuidados paliativos incapaz de comunicar 57

Comunicação n.º 18 - Avaliação da satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos - contributo para validação da escala FAMCARE 59

Comunicação n.º 19 - Cuidados paliativos na demência 61

Comunicação n.º 20 - Nutrição clínica no doente com pancreatite aguda 64

Comunicação n.º 21 - Para além dos cuidados físicos: o enfermeiro e o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica 66

Comunicação n.º 22 - Representações sociais de saúde, construídas por doentes com enfarte agudo do miocárdio 71

Comunicação n.º 23 - A conspiração do silêncio em cuidados paliativos na visão da equipa multidisciplinar 73

Parte II – Pósteres 77

Parte III – Associações / Sociedades 107

MENSAGEM DO SR. BASTONÁRIO

Caros Colegas,

É com bastante satisfação que pelo segundo ano consecutivo congratulo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica pela realização de mais um encontro dedicado ao debate do «estado da arte» desta área de especialização.

O futuro da Enfermagem Médico-Cirúrgica é promissor, considerando os desafios colocados pela sociedade e o alvo de intervenção das duas áreas «herdeiras» desta especialidade: os cuidados em situação crítica e os cuidados paliativos.

A partilha de ideias sobre as conquistas passadas, presentes e futuras é, pois, fundamental. De aí que este 2º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica assume uma importância decisiva no *status quo* da especialidade.

Pretende-se com a divulgação do livro de resumos do evento levar a todos os especialistas e àqueles que exercem ou trabalham nesta área mais informação – informação essa que potenciará a melhoria dos cuidados prestados.

Votos de boa leitura.

Enf. Germano Couto
Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

MENSAGEM DO SR. PRESIDENTE DO CONSELHO DE ENFERMAGEM

É uma imensa honra ter a oportunidade de me dirigir a todos os colegas do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros: 1) Pelo fantástico contributo que o colégio tem dado ao desenvolvimento crítico e estruturado da Enfermagem na sua área de especialidade; 2) Pela capacidade que o colégio tem demonstrado no acompanhamento da enorme evolução que esta área de atenção clínica tem sofrido; 3) Pela ousadia de construir e partilhar novo conhecimento com a publicação deste livro de resumos, contribuindo desta forma para a evolução do pensamento, do conhecimento e da prática em Enfermagem.

Os temas apresentados refletem, para além da promoção de um pensamento crítico na prática clínica, os enormes desafios e a imensa área de atuação a que esta especialidade em particular está sujeita. Como é do conhecimento de todos, o Modelo de Desenvolvimento Profissional pressupõe um sistema de individualização de especialidades ousado, que quebra com paradigmas assumidos, e que promove uma nova forma de organização e de reconhecimento de competências especializadas em Enfermagem. A questão da intervenção em situação crítica ou em situação crónica ou paliativa são desafios que não podemos menosprezar considerando o desenvolvimento das necessidades e das caraterísticas das pessoas e das populações que cuidamos. O ousar dar um passo em frente e assumir a possibilidade, rigorosa e estruturada, da necessidade de outras áreas de especialização, é um desafio a que os enfermeiros não podem virar costas. Tudo isto num contexto de desenvolvimento da profissão, do enfermeiro, do conhecimento e da evidência em Enfermagem, envolvendo todas as estruturas que merecem e devem ser envolvidas: as instituições de ensino superior, as instituições de saúde e a Ordem dos Enfermeiros.

Pelos motivos invocados, e pela envolvência de diferentes estruturas e organizações no evento, vale a pena ganhar 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 ainda mais capaz de responder às necessidades de saúde da comunidade que servimos.

Resta fazer um profundo e sentido reconhecimento público ao colégio e à sua mesa,

presidida pelo Enfermeiro José Carlos Martins, pela ousadia e coragem, e a todos os que tornaram este 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica realidade, num exercício de dedicação e de entrega à profissão que é, certamente, a nossa maior mais valia: bem hajam…

Enf. José Carlos Gomes

Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

NOTA DO SR. PRESIDENTE DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A concretização do 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Coimbra, é motivo de grande honra e satisfação. O local, o evento e as pessoas são motivo de enorme valor e significado.

Estamos ao lado de instituições de saúde onde primeiramente desenvolvi a minha atividade como enfermeiro e mais recentemente como docente de Enfermagem e, por isso, instituições que muito contribuíram para o que sou hoje e para a minha forma de ver a Enfermagem.

Estamos frente à Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, parte integrante de uma organização que queremos, precisamos, pró-ativa na condução dos desígnios da Enfermagem no nosso país e no mundo.

E estamos na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, instituição onde trabalho e que sempre tem apoiado o meu crescimento como docente e, nos últimos anos, a minha dedicação ao Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. E sobretudo porque faz uma aposta diária na qualidade dos enfermeiros que forma, seja na formação inicial, seja na formação especializada e ao longo da vida.

Depois, este evento! A primeira edição, no Porto, em fevereiro de 2013 foi, consideramos, um sucesso. E porque os que lá estivemos, pudemos testemunhar a elevada qualidade dos trabalhos desenvolvidos por especialistas em EMC ou por equipas que integram especialistas em EMC, preparámos esta segunda edição com uma centralidade nos trabalhos propostos em formato comunicação ou póster.

Todas as propostas foram analisadas de forma cega, por pelo menos dois membros da comissão científica e posteriormente agrupadas em painéis que representam os principais eixos da intervenção dos especialistas em EMC. Muito mais é feito pelos enfermeiros especialistas mas, acreditamos, teremos aqui uma bela montra do que de muito bom se está a fazer no nosso país.

Esperamos que este segundo encontro seja também uma oportunidade para estabelecer contactos e criar redes, fomentando o desenvolvimento de projetos multicêntricos, mobilizadores e geradores de resultados aos mais variados níveis.

E poderia terminar dizendo simplesmente que as pessoas são sempre o mais importante!

Mas não posso deixar de dirigir uma palavra de apreço aos estimados colegas que integram esta mesa, que no exercício dos seus cargos aceitam generosa e diariamente trabalhar para termos mais Enfermagem, melhor Enfermagem e uma maior Enfermagem.

E devo também dirigir uma palavra de reconhecimento aos colegas que, representando associações e sociedades científicas e profissionais, aceitaram estar presentes e conseguiram dedicar um pouco do seu tempo para tal. O associativismo foi, é e continuará a ser um importante movimento promotor do desenvolvimento dos enfermeiros.

Mas também as pessoas, porque conseguimos reunir neste evento enfermeiros que valorizam e apostam na sua formação profissional. Que apesar da aparente paralisação no processo de implementação do modelo de desenvolvimento profissional, apesar de um modelo de carreira profissional que não valoriza o título de especialista, apesar dos constrangimentos económicos e sociais, apesar do acréscimo de trabalho e apesar da frequente menor disponibilidade das organizações para incentivar, apoiar e rentabilizar a formação diferenciada, teimam em querer avançar, fazendo constantes exercícios de humildade pelo reconhecimento de que apesar de tudo o que já sabem, é muito maior a quantidade do que pode ser ainda aprendido. E porque acreditam que tal exercício vale a pena, é importante que aconteça, deve acontecer.

As pessoas ainda, porque acreditam, acreditamos, que a formação especializada na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica é uma forma de garantir aos cidadãos respostas em saúde de maior qualidade, melhores e mais diferenciados cuidados de Enfermagem e ganhos concretos para todos os que beneficiam de tais cuidados. E mais uma vez cá estão os enfermeiros a fazer o tal exercício de humildade, mobilizando muito do seu tempo pessoal e das suas economias para o conseguir.

E, mais uma vez, as pessoas pelo reconhecimento de que juntos podemos fazer mais, mas sobretudo, podemos fazer melhor, potenciando as aprendizagens e a transferibilidade do aprendido para os contextos clínicos onde se desenvolve a ação.

Saibamos, como enfermeiros, manter esta postura de busca contínua do saber. Envolvamo-nos na produção de saber e saibamos transferi-lo para a nossa prática clínica.

Sejamos agentes mobilizadores junto das organizações, demonstrando os ganhos associados à prática especializada e exigindo das instituições e da sociedade as condições, os apoios e incentivos, e o reconhecimento.

E como dirigentes saibamos orientar, regular, influenciar e mesmo pressionar para que os enfermeiros e os enfermeiros especialistas sejam sempre e cada vez mais vistos pelas

organizações de saúde como um investimento e não apenas como um custo.

À cidade de Coimbra;
À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e à Ordem dos Enfermeiros, sem esquecer a Secção Regional do Centro;
A todos os que integraram as Comissões Organizadora e Científica;
A todos os que enviaram propostas de trabalhos;
Às Associações e Sociedades que aceitaram estar presentes;
A todos os participantes;
Um grande obrigado e que este segundo encontro seja para todos uma oportunidade de crescimento e de partilha.

José Carlos Amado Martins

Presidente do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Parte I
Comunicações livres

COMUNICAÇÃO N.º 1

Título: Sistemas de informação em Enfermagem: da criação do resumo mínimo de dados à informatização dos registos num serviço de consulta externa
Autores: David Manuel Gonçalves Baião Peças e Dina Maria Troncão Baião Peças

No âmbito dos estágios (I, II e III) do 2º curso de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço, assente na metodologia de trabalho de projeto, cujo diagnóstico identificou a necessidade de criar um resumo mínimo de dados de Enfermagem (RMDE) de suporte aos registos de Enfermagem na consulta externa de otorrinolaringologia (ORL) e maxilo-facial (MF) do Hospital Garcia de Orta, EPE (HGO).

Objetivos

- Identificar os focos sensíveis aos cuidados de Enfermagem na consulta externa de ORL e MF do HGO;
- Elaborar o padrão documental da avaliação inicial, atitudes terapêuticas e processo de Enfermagem;
- Solicitar parametrização do RMDE elaborado no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) para a consulta externa de ORL e MF;
- Realizar formação à equipa de Enfermagem sobre o módulo «consulta externa» do SAPE e sobre os registos de Enfermagem na consulta externa de ORL e MF.

Metodologia

Desenvolvido através de metodologia de trabalho de projeto. Identificámos e seriámos os focos sensíveis aos cuidados de Enfermagem (após registo em grelha de observação da análise dos focos processos da consulta de Enfermagem à pessoa laringectomizada entre 1995-2011 e da análise do contexto de cuidados de Enfermagem na consulta externa durante dois meses). Definimos os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem para os focos de maior sensibilidade aos cuidados, assim como as atitudes terapêuticas, e ainda a avaliação inicial de Enfermagem para a consulta de Enfermagem à pessoa laringectomizada. Solicitámos a validação do RMDE e sua parametrização ao grupo de parametrizadores do HGO. Realizámos formação à equipa de Enfermagem.

Resultados

Operacionalizámos os registos de Enfermagem no módulo «consulta externa» do SAPE cerca de sete meses após iniciar o projeto.

Conclusões

Este projeto, enquanto projeto-piloto no HGO, serviu de base para o desenvolvimento dos registos informatizados para todas as áreas de consulta externa do HGO. Os registos de Enfermagem operacionalizados através deste projeto têm impacto na continuidade e na visibilidade dos cuidados de Enfermagem na consulta externa de ORL e MF do HGO e, simultaneamente, a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e do SAPE asseguram ainda a possibilidade de análise posterior de indicadores da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Fontes:

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2. 3.ª Edição. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.
NUNES, Lucília; RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida. Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos. N.º 15. (2010). ISSN 1646-5067.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2001.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2007.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Resumo Mínimo de Dados e *Core* de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2007.
PEREIRA, F. Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Coimbra. Formasau, 2009. ISBN: 978-989-8269-06-5.
SILVA, A.A.P. Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma Teoria Explicativa da Mudança. Coimbra. Formasau, 2006. ISBN: 978-972-8485-76-4.
SOUSA, P. Sistemas de partilha de informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde. Coimbra. Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-75-1.

COMUNICAÇÃO N.º 2

Título: Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa unidade de cuidados intensivos
Autor: Paulo Alexandre Dinis Oliveira

A família é uma unidade básica da organização social e é nela que o indivíduo se forma como ser humano. No caso de ser hospitalizado, toda a família é confrontada com sentimentos de ansiedade, de medo e de stresse. Uma das formas de expressão social de apoio é a visita.

Deste modo, surge-nos o interesse pela realização do presente estudo e pela necessidade de refletirmos sobre as visitas dos doentes internados nestes serviços, que poderão ser uma mais-valia na compreensão do processo de cuidar e da forma de ser cuidado. Para isso, pretendemos perceber, por um lado, quais as pessoas que os doentes gostariam de ver e se as visitas que recebem são benéficas para a sua recuperação e, por outro, se as visitas acham que são significativas para o restabelecimento da saúde do doente. Outro aspeto importante na escolha deste tema é possibilitar aos enfermeiros uma compreensão correta das visitas significativas para o doente, de forma a proporcionarem uma relação de proximidade entre doente/família/visita.

O objetivo deste estudo é compreender as vivências dos doentes e dos familiares no âmbito das visitas numa unidade de cuidados intensivos.

Desenvolvemos um estudo qualitativo, de natureza exploratório-descritiva com características fenomenológicas. Elegemos como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada, tendo-se realizado 24 entrevistas. Participaram sete doentes e 17 familiares, que passaram por esta experiência no período de abril a julho de 2010 no serviço de cuidados intensivos do Centro Hospitalar de Coimbra - Hospital Geral, EPE.

Na análise qualitativa dos dados obtidos seguimos o método fenomenológico proposto por Giorgi e descrito por Giorgi e Sousa (2010), por este permitir captar o significado das experiências vividas. Os testemunhos foram discutidos face à literatura utilizada no enquadramento conceptual e recorremos a vários autores para os fundamentar.

Foram identificados cinco temas principais: memórias, contributo das visitas, visita de referência, práticas clínicas e regulamento interno de visitas.

O estudo tornou possível a compreensão de algumas conclusões relativamente às visitas numa unidade de cuidados intensivos: os doentes apresentam memórias auditivas/visuais e táteis em relação às visitas que contribuem para o seu bem-estar e que dão apoio

psicológico, no sentido de alcançar uma rápida recuperação; o horário de visitas em vigor no serviço onde decorreu este estudo é considerado adequado para a maioria dos doentes e inadequado para os familiares; o tempo e número de visitas são considerados inadequados para ambos os grupos, que sugerem algumas alterações. Para os doentes e familiares, durante o período da visita, os enfermeiros fazem um acompanhamento das visitas com profissionalismo.

Considerando o exposto, achámos pertinente descrever algumas implicações e sugestões que poderão ser inseridas nas práticas clínicas de Enfermagem: investimento pessoal dos enfermeiros no desenvolvimento e aquisição de competências no domínio da comunicação verbal e não-verbal, bem como ao nível da técnica da relação de ajuda; informar os doentes e familiares utilizando uma linguagem clara, precisa e objetiva, ao nível da compreensão dos mesmos; preparar as visitas emocionalmente antes de entrarem numa unidade de cuidados intensivos, informando e apresentando a unidade e explicando toda a tecnologia envolvente do doente, de forma a minimizar os níveis de ansiedade e encarar positivamente a ocorrência de alterações organizacionais que favoreçam a permanência dos familiares junto do seu doente querido.

Fontes:

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto. Porto Editora, 2006, 336 p. ISBN 972-0-34112-2.

FERNANDES , Natália C.M.R. A Família Face ao Doente em Medicina Intensiva. Trabalho do Ano Complementar de Formação. Aveiro, 2005.

FLICK, Uwe. Uma Introdução à pesquisa qualitativa. 2ª Edição. Porto Alegre, 2004.

FORTIN, Marie-Fabienne. O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures. Lusociência, 1999. 388p. ISBN: 972-8383-10-X.

GIORGI, A.; SOUSA, Daniel. Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia. Lisboa. Fim de Século Edições, 2010. 279 p. ISBN 9789727542734.

GOMES, Andreia, [*et al*.]. Comunicação em enfermagem. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN: 0872-0844. Nº 69 (Nov. 2006), p. 23-28.

JOSÉ, H. M. G. Humor nos cuidados de enfermagem. Vivências de doentes e enfermeiros. Lisboa. Lusociência. 2002. ISBN: 972-8383-34-7.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas 2004. ISBN 8573079843.

ROXO, José R. S. O toque na Prática clínica. Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série nº 6 (2008), p. 77-89.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER Dona R. Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo Humanista. 2ª ed. Loures. Lusociência, 2002. 383 p. ISBN 972-8383-29-0.

COMUNICAÇÃO N.º 3
PAINEL I – 1º PRÉMIO

Título: A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva - perspetiva do enfermeiro
Autores: Ana Paula Lima Alves e Maria Aurora Gonçalves Pareira

A comunicação permite relacionar-nos com os outros, tornando-nos um ser social e constitui um pilar importante onde assenta a humanização dos cuidados de saúde.

A pessoa com falência de funções vitais que necessita de ventilação artificial não emite sons, devido à presença de um tubo endotraqueal, limitando a capacidade de comunicar, justamente em momentos de maior fragilidade, quando corre risco de vida. É neste contexto que surge este estudo, cujo interesse foi despoletado durante um estágio numa unidade de cuidados intensivos, onde tivemos a oportunidade de cuidar de doentes críticos ventilados e, por isso, impedidos de comunicar verbalmente. Neste sentido, desenvolvemos um estudo qualitativo de caráter exploratório descritivo, cujo objetivo foi compreender o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados.

Como estratégia de recolha de dados optámos pela entrevista semiestruturada e pela observação participante a um grupo de dez enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos de um hospital da zona norte de Portugal.

Após a análise dos dados obtidos através da técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2011), os resultados foram organizados em torno de cinco áreas temáticas: modos de comunicar; finalidades da comunicação enfermeiro/doente; fatores que interferem no processo de comunicação; estratégias mobilizadas pelo enfermeiro no processo de comunicação e sugestões para otimizar a comunicação. Emergiram as seguintes conclusões:

Na interação enfermeiro/doente são mobilizados os modos de comunicar-verbal e não-verbal. Enquanto os enfermeiros utilizam preferencialmente a palavra falada para comunicar com o doente, associada grande parte das vezes a formas de comunicação não-verbal, o doente comunica com o enfermeiro principalmente através de formas de comunicação não-verbal, estando estas dependentes da descodificação da mensagem por parte do enfermeiro.

Das finalidades da comunicação enfermeiro/doente evidencia-se o explicar dos procedimentos que vão executar e avaliar as necessidades do doente.

Dos diversos fatores que interferem na comunicação enfermeiro/doente destacamos o estado de consciência/nível de sedação do doente, a experiência profissional do enfermeiro em UCI e o ambiente da própria unidade.

Emergiram sugestões que atribuem particular importância ao desenvolvimento de competências comunicacionais do enfermeiro e à partilha de relatos das experiências dos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva.

Neste sentido perspetivamos mudanças que impliquem um maior investimento na formação dos profissionais neste domínio e um maior envolvimento da família nos cuidados, fomentando espaços de reflexão que ajudem a aproximar o cuidador da pessoa cuidada.

Fontes:

BARDIN, L. (2011). Análise de Conteúdo. Lisboa. Edições 70.

FREIXO, M. J. (2011). Teorias e Modelos de Comunicação (2ª Edição ed.). Lisboa. Instituto Piaget.

MEILEIS, I. A. (2010). *Transitions Theory. New York: Springer Publisher Company*.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (setembro de 2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Divulgar, pp. 11-12.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Obtido em 20 de maio de 2012, do *website* de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf.

PHANEUF, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

RIILEY, J. B. (2004). Comunicação em Enfermagem. Loures. Lusociência.

STEFANELLI, M. C., & Carvalho, E. C. (2005). A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem. Baueri, SP: Manole.

COMUNICAÇÃO N.º 4

Título: A comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada
Autores: Samuel Sampaio de Sousa, Maria Aurora Gonçalves Pereira e Rosa Olívia Baixinho Mimoso Miranda

A comunicação da má notícia em saúde constitui uma das maiores dificuldades para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros.

Para Costa (2009, p. 36) «a experiência de perda e de luto de um familiar é um momento de crise de desenvolvimento para os elementos de uma família, daí que após a perda de um ente querido, a família deveria tornar-se no centro dos nossos cuidados», uma vez que «é uma das experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer».

Esta dificuldade eleva-se quando o processo de morrer se enquadra num contexto de morte inesperada, não só pela imprevisibilidade deste terrível acontecimento, como pela impreparação dos profissionais em lidarem com a situação, assim como dos familiares em receberem a notícia e iniciarem o processo de luto.

Porém, a tomada de conhecimento do sucedido começa com a notificação da má notícia e a comunicação deste tipo de informação em saúde, constitui uma das situações mais difíceis e complexas no âmbito das relações interpessoais (Pereira, 2005).

Assim, pretendemos com esta investigação compreender o significado da(s) experiência(s) dos enfermeiros no processo de comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada, num serviço de urgência, de modo a contribuir para uma melhor intervenção nesse processo de comunicação.

O estudo assentou na investigação qualitativa fenomenológica, com caráter descritivo e a estratégia de recolha de dados incidiu na entrevista semiestruturada, dirigida a oito enfermeiros de um serviço de urgência médico-cirúrgico. Os dados foram analisados com o recurso à análise de conteúdo, segundo Bardin (2011).

Os resultados demonstram que os enfermeiros consideram o processo de comunicação da má notícia difícil e constrangedor, salientando no entanto a relevância que deve ser atribuída ao mesmo no contexto dos cuidados.

Foram evidenciadas as dificuldades sentidas no processo, centrando-se estas aos níveis do profissional, da dinâmica do serviço e do processo de comunicação, assim como as estratégias que são mobilizadas e que se relacionam sobretudo com o procedimento, a equipa e o profissional.

A comunicação da má notícia despoleta diversos sentimentos e reações, inerentes à situação, propriamente dita, e ao ato de comunicar a má notícia.

Destacaram-se também os fatores facilitadores e dificultadores deste processo de comunicação.

Emergiram ainda do estudo um conjunto de sugestões que nos proporcionam novas perspetivas de intervenção, com implicações ao nível da organização, da dinâmica da equipa e da formação, nomeadamente: a existência de um profissional como elo de ligação com a família; uma maior disponibilidade dos profissionais para este processo; a formação específica dos enfermeiros; a definição de um plano de acompanhamento posterior à família; a existência de outros profissionais na equipa; a partilha de experiências entre os enfermeiros; a necessidade de se fomentar a complementaridade da equipa; a uniformização do procedimento; o envolvimento da família nos cuidados e a existência de um espaço físico adequado (tendo sido equacionadas diversas sugestões).

Fontes:

BARDIN, L. (2011). Análise de Conteúdo. Lisboa. Edições 70.
COSTA, M. (2009). Refletindo a morte e o luto nos cuidados de saúde. *Nursing*. Vol: n.º 251, pp. 36-42.
FORTIN, M. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures. Lusodidacta.
PEREIRA, M. (2005). Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: contributos para a formação em Enfermagem. Porto. Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.

COMUNICAÇÃO N.º 5

Título: Quedas de pessoas idosas em ambiente hospitalar: intervenções para uma prática baseada na prevenção
Autores: Gina Alexandra Loureiro, Adriana Henriques e José Antunes

Introdução

As quedas de pessoas idosas em ambiente hospitalar são eventos frequentes, e por vezes com consequências graves para o indivíduo e para a própria organização. A prevalência de quedas constitui um problema expressivo, sendo um dos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de Enfermagem (AHRQ, 2013; Aleixo *et al*, 2011; DGS, 2012).

A segurança do indivíduo é indissociável da prestação de cuidados com qualidade tanto intra como extra hospitalar. A implementação de um plano de prevenção das quedas a todos os indivíduos idosos, é considerada essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados (Morse, 2009; AHRQ, 2013; NICE, 2013; WHO, 2007).

Este projeto surge após a constatação, numa instituição hospitalar da área metropolitana de Lisboa, da ausência de dados descritos de quedas e de um instrumento de avaliação de risco que seja direcionado à pessoa idosa internada e permita diagnosticar, avaliar e intervir através da sua monitorização, prevenindo assim a ocorrência de quedas no hospital, tendo em conta que a prevenção é um evento multifatorial (AHRQ, 2013).

Objetivos

Contribuir para uma prática de cuidados de Enfermagem à pessoa idosa, na prevenção de quedas em ambiente hospitalar, visando ganhos em saúde mensuráveis; implementar um projeto de prevenção de quedas.

Metodologia

Para o diagnóstico da situação foi realizada uma revisão bibliográfica entre março e junho de 2013 no motor de busca EBSCOhost, nas bases de dados da *CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Mediclatina*; *Full Tex*t e A*bstract na Cochrane Central Register Of Controlled Trials, Cochrane Data Base of Systematic Reviews* e *Cochrane Methology Register*; sendo a informação selecionada alvo de apreciação crítica e síntese. Foram utilizados os descritores *falls*, *elderly, hospital, prevention*, operacionalizados através das expressões booleanas AND e OR para *intervention*, *nurs*, *assessment*, *tool*. Foram consultados todos os artigos em texto integral, escritos em português e inglês, dentro do intervalo de

tempo 2007 a 2013, obtendo-se 31 artigos no final.
Foi realizada observação em campo e pesquisa manual de dados da situação através dos processos dos utentes e lista cirúrgica, correspondente ao ano de 2012.

Resultados

Da revisão da literatura constatou-se que existe necessidade de implementação de medidas preventivas. Dos processos consultados verificou-se uma inexistência de registos de ocorrências ou prevenção de quedas.

Conclusões

Do diagnóstico de situação resultou o projeto em desenvolvimento para avaliação e registos de eventos, avaliando-se a pessoa idosa na admissão e durante o internamento, introduzindo medidas preventivas a cada caso.

Fontes:

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2013). *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. Advancing Excellence in Health Care*. *Department of Heath & Human Services. AHQR Publication*, Nº 13-0015-EF.
Disponível em www.ahrg.gov.
ALEIXO, T., ESCOVAL, A., FONTES, R. & FONSECA, C. (2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. Revista de Enfermagem Referência, III Série (3), 141-149.
Disponível em www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a15.pdf.
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2012). Serviços sobre a Análise de Incidentes e Eventos Adversos para Prestadores de Cuidados de Saúde do Sistema de Saúde Português: Análise de Incidentes e de Eventos Adversos. Orientação da Direção-Geral da Saúde. Departamento de Qualidade de Saúde, Nº 11.
Disponível em dqs@dgs.pt.
MORSE, J. (2009). *Preventing patient falls: establishing a fall intervention program*. 2.ª Edição. *New York: Springer Publishing Company*.
NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2013). F*alls: assessment and prevention of falls in older people. NICE Clinical Guideline* 161. Disponível em www.guidance.nice.org.uk/cg161.
WHO (2007). *Ageing and Life Course, Family and Community Health. Global Report on Falls Prevention in Older Age. Epidemiology of Falls*. Disponível em http://www.who.int/ageing/projects/1.Epidemiology%20of%20falls%20in%20older%20age.pdf.

COMUNICAÇÃO N.º 6

Título: Cinco passos para a prevenção da infeção do trato urinário associada ao cateter urinário

Autores: Isabel Cláudia Batista Cardoso, Telma Marisa Fernandes Cardoso, Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira

As Infeções do Trato Urinário Associadas ao Cateter Urinário (ITUACU) são o tipo mais comum de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Implicam um aumento substancial dos custos inerentes aos cuidados de saúde, do tempo de internamento e da taxa de mortalidade e morbilidade. Definiu-se como objetivo sistematizar as intervenções de Enfermagem na prevenção das ITUACU baseadas na evidência científica. Efetuou-se uma revisão sistemática da literatura seguindo a metodologia PI[C] OD para a formulação da questão de investigação e definição dos critérios de inclusão/ exclusão dos estudos primários. Foram selecionados quatro estudos primários: quase experimentais, pré-pós intervenção e randomizado controlado. Os estudos avaliaram as intervenções da equipa multidisciplinar e o seu efeito sobre as taxas de ITUACU. Após a intervenção, verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa nas taxas de ITUACU e do tempo de utilização do cateter urinário. Conclui-se que é premente avaliar os motivos e a necessidade da cateterização urinária de forma sistemática e remover o cateter urinário quando o mesmo não é necessário. A efetividade das intervenções de prevenção, baseadas em protocolos, fomenta reduções significativas na ocorrência de ITUACU e um aumento de ganhos em saúde. Os enfermeiros desempenham um papel preponderante na prevenção das ITUACU.

Palavras-chave: *infeção urinária*, *cateter, Enfermagem, prevenção.*

Fontes:

BAPTISTA, Rui Carlos Negrão (2002). Cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de cateterismo vesical. Revista de Enfermagem Referência. [Em linha]. nº9, p.69-73. [Consult. 23 dez. 2012]. Disponível em http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails &pesquisa=cateter&id_artigo=2072.

CDC/NHSN (2013). *Device-Associated Module – Catheter-associated Urinary Tract Infections* (CAUTI) *Surveillance* [Em linha]. [Consult. 18 de jan. 2013]. Disponível em http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/7pscCAU.

CIPE Versão 2 (2011). Classificação internacional para a prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem do Enfermeiros.TIcurrent.pdf. 205 p. ISBN 978-92-95094-35-2.

COSTA, A. E [*et al*.] (2009). Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção - Relatório. [Em linha]: Direcção-Geral da Saúde. [Consult. 13 jan. 2013]. Disponível em http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i012628.pdf.

CURRAN, E.; MURDOCH, H. (2009). *Aiming to reduce catheter associated urinary. Journal of Infection Prevention* [Em linha]. Vol. 10, n.º2 p.57-61 [Consult. 06 jan. 2013]. Disponível em http://bji.sagepub.com/content/10/2/57.full.pdf+ht.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2009). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção: Protocolo. [Em linha]: Direção-Geral da Saúde. [Consult. 3 jan. 2013]. Disponível em http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010691.pdf.

FAKIH, E. A. [*et al.*] (2008). *Effect of Nurse-Led Multidisciplinary Rounds on Reducing the Unnecessary use of Urinary Catheterization in Hospitalized Patients. Infection Control and Hospital Epidemiology* [Em linha]. Vol.29, nº 9. [Consult. a 18 jan. de 2013]. Disponível em http://www.jstor.org/stable/pdfplus/10.1086/589584.pdf.

FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTE, José; FILION, Françoise (2009). O processo de Investigação: da concepção à realização. Loures. Lusociência. ISBN 978-989-80-75-18-5.

GOULD, C. V [*et al.*] (2009). *Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009. Infection control and hospital epidemiology.* [Em linha]. Vol. 31, nº4 p.318-326. [Consult. 08 jan. 2013]. Disponível em http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/cauti/cautiguideline2009final.pdf.

LOEB, E. A. [*et al.*] (2008). *Stop Orders to Reduce Inappropriate Urinary Catheterization in Hospitalized Patients: A randomizer Controlled Trial. Journal of General Internal Medicine* [Em linha]. Vol. 23, n.º6 p.816-20. [Consult. 18 jan. 2013]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517898.

MARRA, A. S. [*et al.*] (2011). *Preventing catheter-associated urinary tract infection in the zero-tolerance era. American Journal of Infection Control*. Vol.39, n.º 10, p.817-822. Disponível em http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655311001611.

OMAN, K. [*et al.*] (2012). *Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary tract infections. American Journal of Infection Control* [Em linha]. Vol. 40, p.548-553. [Consult. 01 jan. 2013]. Disponível em http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655311010145.

PIGRAU, C. (2013). *Infecciones del tracto urinario nosocomiales. Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clínica* [Em linha]. [Consul. 12 de jan. 2013]. Disponível em http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=21715&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=28&ty=169&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S0213-005X(12)00437- 5.pdf&eop=1.

PINA, E. [*et al.*] (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Em linha]. Vol. Temat 10, p. 27-39 [Consult. 13 jan. 2013]. Disponível em http://scholar.google.pt/scholar?q=iacs+sonda+vesical+preven%C3%A7%C3%A3o&btnG=&hl=pt-PT&as_sdt=0.

PINA, E.; SILVA, G.; FERREIRA, E. (2010). Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção 2010. [Em linha]. Direção-Geral da Saúde. [Consult. 13 jan. 2013]. Disponível em http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00020034AAAAAAAAAAAAAAA.

RAMALHO, Anabela (2005). Manual para redação de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise - Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra. Formasau. ISBN 972-8485-57-9.

REBMANN, Terri; GREENE, Linda R. (2010). *Preventing catheter-associated urinary tract infections: an executive summary of the Association in Infection Control and Epidemiology, Inc, elimination Guide. American Journal of Infection Control*. [Em linha]. Vol. 38, p.644-646 [Consult. 13 dez. 2012]. Disponível em http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655310007030.

REVELLO, Kathleen; GALLO, Ana-Maria (2013) . *Implementing an evidence-based practice protocol for prevention of catheterized associated urinary tract infections in a progressive care unit. Journal of Nursing Education and Practice* [Em linha]. Vol. 3, p.99-107 [Consult. 13 dez. 2012]. Disponível em http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/1074/899.

COMUNICAÇÃO N.º 7

Título: Extubação não planeada: contributos para uma prática de Enfermagem de qualidade ao doente adulto internado em UCI
Autores: Daniela Filipa Dias, Anabela Esteves e Patrícia Pontífice Sousa

Introdução

A taxa de incidência de extubação não planeada assume-se como um indicador de qualidade de Enfermagem de resultado na prestação de cuidados ao doente adulto internado em unidade de cuidados intensivos. A extubação não planeada pode acontecer de forma acidental por interferência de terceiros, ou ser o próprio doente a remover o tubo endotraqueal (auto-extubação). Os episódios de extubação não planeada têm o potencial de comprometer a qualidade dos cuidados de Enfermagem e a segurança do doente. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem exige dos enfermeiros um exercício de reflexão sistemático sobre as suas práticas, sendo o enfermeiro especialista um profissional de destaque para o acompanhamento e implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade.

Objetivos

Conhecer os cuidados de Enfermagem preventivos de episódio de extubação não planeada no doente adulto internado em UCI.

Métodos

Pesquisa de estudos primários, sem restrição de data de publicação, em plataformas de pesquisa e bases de dados *online*, utilizando a língua inglesa e língua portuguesa, sem restrição de data de publicação, durante o mês de outubro de 2013. Foi realizada a leitura integral de 15 artigos; 13 constituíram a amostra final.

Resultados

Os resultados da revisão efetuada foram divididos em duas categorias: fatores de risco associados a extubação não planeada e ações de Enfermagem preventivas da ocorrência de extubação não planeada, subdividida nos seguintes tópicos: cuidados de higiene no leito; posicionamento; mudança da fixação do tubo endotraqueal, transporte do doente; outras intervenções.

Conclusões

A identificação dos cuidados de Enfermagem preventivos de episódio de extubação não planeada no doente adulto internado em UCI contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, diminuindo a incidência deste tipo de situações. Do mesmo modo, contribui para a prevenção de complicações e evita o agravamento do estado de saúde do doente, diminuindo o tempo de permanência na UCI e os custos que lhe estão associados.

Fontes:

BARNASON *et al* (1998). *Comparison of two endotracheal tube securement techiques on unplanned extubation, oral mucosa, and facial skin integrity* [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih .gov/pubmed/9835671.

BIRKETT *et al* (2005). *Reporting unplanned extubation* [Em linha]. Consultado em 14 de outubro de 2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih. gov/pubmed/15778070.

BOUZA *et al* (2007). *Unplanned extubation in orally intubated medical patients in intensive care unit: A prospective cohort study* [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17628196.

CARLSON *et al* (2007). *Extubation Force: Tape versus Endotracheal Tube Holders* [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.ncbi. nlm.nih. gov/pubmed/17599694.

CASTELLÕES e SILVA (2007). Guia de cuidados de Enfermagem na prevenção da extubação acidental [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a21v60n1.pdf.

CASTELLÕES e SILVA (2009). Ações de Enfermagem para a prevenção da extubação acidental [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http: //www. scielo.br/pdf/reben/v62n4/08.pdf.

DIAS, Daniela e JOSÉ, M.ª Helena. Indicadores de qualidade de enfermagem ao doente adulto internado em UCI – Revisão Sistemática da Literatura. Trabalho desenvolvido no âmbito da UC métodos de investigação I, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

GARDNER *et al* (2005). *Best practice in stabilisation of oral endotracheal tubes: a systematic review* [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18038537.

JANGRA e MALHOTRA (2012). *Incorrect fixation of endotracheal tube: a cause of non-inflation of the cuff* [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23634570.

JARACHOVIC *et al* (2011). *The role of standarized protocols in unplanned extubations in a medical intensive care unit* [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21724634.

KIEKKAS *et al* (2012). *Unplanned extubation in critically ill adults: clinical review* [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www .ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23577947.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

PIVA *et al* (1995). Extubação acidental em uma Unidade de Terapia Intensiva [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-02-72/port.pdf.

SILVA e FONSECA (2012). U*nplanned endotracheal extubations in the intensive care unit* [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22366845.

TOMINAGA *et al* (1995). *Decreasing unplanned extubations in the surgical intensive care unit* [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492006.

URDEN *et al* (2008). *Thelan's*. Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção. 5.ª ed. Lisboa. Lusodidacta,1265 p.

YEN *et al* (2004). *Implications of nursing care in the occurrence and consequences of unplanned extubation in adult intensive care units* [Em linha]. Consultado em 10 de outubro de 2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih .gov/pubmed/14967182.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012). Investigação em Segurança do Paciente/Doente - Curso Introdutório Sessão 7: Traduzir a evidência em Cuidados de Saúde mais Seguros [Em linha]. Consultado em 29 de setembro 2013. Disponível em http:// www.who.int/patientsafety/research/Sessao7_PT.pdf.

COMUNICAÇÃO N.º 8
PAINEL III – 1º LUGAR

Título: «Proteger para Prevenir»
Autor: Susana Cristina Pereira dos Santos Dias da Rocha

A presente comunicação livre emerge do projeto de intervenção em serviço que decorreu na unidade de hemodinâmica e cardiologia de intervenção, num hospital público da área metropolitana de Lisboa, no contexto da frequência do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de natureza profissionalizante, realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Aplicando a metodologia de trabalho de projeto, através da técnica de observação direta e participante, utilizando uma grelha de observação, foi identificado um problema na área da prevenção e controlo de infeção, designadamente da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) – não conformidade dos procedimentos de Enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas.

A informação da análise *Swot* para a problemática diagnosticada, permitiu definir objetivos a curto e longo prazo e ações a implementar que permitam o alcance dos mesmos.

Definiu-se como objetivo geral «melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na unidade de hemodinâmica e cardiologia de intervenção».

A revisão alargada da literatura na área das IACS permitiu enunciar ações a implementar; construção de póster com as etapas dos procedimentos de Enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na unidade; elaboração de norma de procedimentos de Enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na unidade; divulgação da norma de procedimentos de Enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na unidade à equipa de Enfermagem em sessão formativa; avaliação das estratégias desenvolvidas seis meses após a implementação.

Definimos como indicador a execução das cinco etapas (uso de barrete; uso de máscara; lavagem cirúrgica das mãos/desinfeção das mãos com solução alcoólica; uso de bata esterilizada; uso de luvas esterilizadas) da «Norma de procedimentos de Enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na unidade de hemodinâmica e cardiologia de intervenção», em 100%.

Ainda que os resultados observados tenham ficado aquém do indicador definido, registou-se um progresso no sentido de «melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem

prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na unidade de hemodinâmica e cardiologia de intervenção».

A literatura recomenda programas de intervenção sistemáticos. É de grande valia o uso de um modelo amplo de metodologia de trabalho, pois atua em fatores individuais, organizacionais e ambientais.

Proposta de revisão: objetivo bastante genérico; metodologia – número de observações ou período em que decorreram; clarificar os resultados.

Objetivos

Melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados aos utentes na preparação das mesas estéreis para práticas invasivas na UNICARV.

Metodologia

1ª observação:
Foram realizados 53 registos de observação (amostra N=53), janeiro 2011.

2ª observação:
Foram realizados 53 registos de observação (amostra N=53), maio/junho 2012.

Clarificação dos resultados:
Resultados observados em janeiro de 2011 (diagnóstico de situação):

- Verificou-se que a «lavagem cirúrgica das mãos/desinfeção das mãos com solução alcoólica adaptada no serviço» e «uso de bata esterilizada» foram práticas não adotadas em 52,8% e 67,9% respetivamente, na preparação das mesas estéreis;

- Verificou-se que o «uso de barrete» e o «uso de máscara» foram práticas adotadas em mais de 50% das mesas estéreis preparadas, mas aquém de uma prática de excelência;

- Salienta-se o «uso de luvas esterilizadas», prática adotada por todos os enfermeiros na preparação das mesas estéreis.

Resultados observados em maio/junho de 2012 (avaliação dos resultados das estratégias implementadas):

- Verificou-se que a «lavagem cirúrgica das mãos/desinfeção das mãos com solução alcoólica adotada no serviço» e «uso de bata esterilizada» foram práticas não adotadas em 67,9% e 32,1% respetivamente na preparação das mesas estéreis;

- Verificou-se que o «uso de barrete» e o «uso de máscara» foram práticas adotadas em mais de 50% das mesas estéreis preparadas, mas aquém de uma prática de excelência;

- Salienta-se o «uso de luvas esterilizadas», prática adotada por todos os enfermeiros na preparação das mesas estéreis.

Comparação dos resultados observados em janeiro 2011 e maio/junho 2012:

- «Uso de barrete»: ficou aquém do objetivo definido, no entanto verificou-se um aumento de utilização em 13,2%;

- «Uso de máscara»: observou-se um crescimento acentuado nesta prática de proteção, tendo ficado perto do objetivo (92,5%);

- «Lavagem cirúrgica das mãos/desinfeção das mãos com solução alcoólica adotada no serviço»: na primeira observação foi uma das práticas que se situou abaixo dos 50%. Na segunda observação verificou-se um agravamento de 15,1% na sua execução, ou seja, 67,7% das mesas foram preparadas sem lavagem cirúrgica das mãos/desinfeção das mãos com solução alcoólica adotada no serviço;

- «Uso de bata esterilizada»: na primeira observação foi uma das práticas que se situou abaixo dos 50%, no entanto foi a prática que registou o maior incremento (35,8%), mas não suficiente para o objetivo pretendido;

- «Uso de luvas esterilizadas»: a segunda observação veio confirmar que esta prática se encontra consolidada no procedimento.

Fontes:

AESOP. (2010). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório (2.ª ed.).
CDC. (2010). *Healthcare-associated Infections*.
CDC. (2007). *Guidelines for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Atlanta, GA.
COELHO, MS.; SILVA ARRUDA, C.; FARIA SIMÕES, SM. (2011). Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle da infecção hospitalar: um estudo quantitativo. *Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de Enfermería, Enero*.
COSTA, A. C.; NORIEGA, E.; FONSECA, L. F.; SILVA, M. G. (2009). Inquérito nacional de prevalência de infecção. Direção-Geral da Saúde
DANTAS, R.; DANTAS, D.; MENDONÇA, A.; COSTA, I.; FREIRES, M. (2010, maio/junho). Higienização das mãos como profilaxia das infecções hospitalares: Uma revisão. *Inter Cience Place* Revista Científica Internacional Indexada, pp. 85-103.
DGS (2010a). Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009. Lisboa.

DGS (2010b). Orientação de Boa Prática para Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa.
DGS. (2007a). Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde.
DGS (2007b). Circular Normativa n.º18/DSQC/DSC. Comissões de Controlo de Infecção.
FONTANA, R. T.; LAUTERT, L. (2006, maio/junho). Prevenção e controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. Revista Brasileira de Enfermagem, pp. 257-261.
FORTIN, Marie-Fabiane. (2009). O Processo de Investigação (5ª ed.). Loures. Lusociência.
GUERRA, I. (1994). Introdução à Metodologia de Projecto (doc. Int.), CET, Lisboa.
HORAN, T. C., ANDRUS, M., DUDECK, M. A. (2008). CDC/NHSN *surveillance definition of health care – associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. American Journal of Infection Control*, 36(5), pp. 309-332.
LEITE, E. e SANTOS, M. (2001). Nos Trilhos da Área de Projecto: Metodologia do Trabalho de Projecto.
MONCAIO, A.C.S. (2010). Higiene das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspectiva da autoeficácia de Albert Bandura. Dissertação de mestrado não-publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
NICOLLE, L. E. (2002). *Nosocomial Infections. In*: Breslow, L. (Ed.) *Encyclopedie of Public Health*, (Vol. 3). *New York, Macmillan Reference USA*, pp. 828-830.
NOAMI, P. O'GRADY [*et al.*]. (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*.
NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). Relatório de Primavera 2011. Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde.
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, pp. 27-39.
PINTO, S.; SCHUB, T. (2011). *Intravascular Catheter Use and Prevention of Infection. Cinahl Information Systems, California, evidence-based care sheet*.
QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L. (2003). Manual de Investigação em Ciências Sociais (3ª ed.). Lisboa. Gradiva.
RIPP, S. (2010). *Bacteriophage-based pathogen detection. Advances in Biochimical Engineering/Biotechnology*, 118, pp. 65-83.
SMIETANA, M.; BOCK, W. J.; MIKULIK, P.; Ng, A.; CHINNAPPAN, R.; ZOUROB, M. (2011). *Detection of bacteria using bacterioophages as recognition elements immobilized on long-period fiber grating. Optics Express*, 19 (9), pp. 7971-7978.
TAVARES, A. (1990). Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação n.º 2.

WILSON, J. (2003). Controlo de Infecção na Prática Clínica (2.ª ed.). Loures. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

COMUNICAÇÃO N.º 9

Título: Acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar - competências necessárias autopercebidas pelos enfermeiros
Autores: Nuno José Magalhães Franco, José Carlos Amado Martins e Luís Miguel Nunes de Oliveira

A temática do transporte do doente crítico tem vindo a constituir, nos últimos anos, um assunto aliciante, despertando atenções e apaixonando todos os profissionais de saúde envolvidos na abordagem e no transporte deste tipo de doentes.

A comunidade científica tem vindo a alertar para os riscos inerentes ao transporte deste tipo de doentes, preconizando-se que devam ser transferidos em unidades móveis de cuidados intensivos, sob supervisão de equipas qualificadas. O conceito de competência surge, pois, como uma questão central no mundo laboral, constituindo motivo de debate e discussão por parte dos profissionais de saúde envolvidos.

O presente estudo tem como objetivo analisar a perceção dos enfermeiros envolvidos no processo de transferência inter-hospitalar de pessoas em situação crítica, sobre o seu nível de competências relacionadas com esta área de intervenção, permitindo estudar a relação entre esse nível de competências e algumas variáveis socioprofissionais e de formação. Neste sentido, desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, descritiva, analítica e correlacional.

Por amostragem não probabilística acidental, constituiu-se uma amostra de 218 enfermeiros de oito serviços de urgência (básica e médico-cirúrgica) de hospitais da região Oeste e Ribatejo. O instrumento de colheita de dados utilizado foi construído com base na revisão bibliográfica, apresentando boas propriedades psicométricas, cumprindo os requisitos de validade, fidelidade e capacidade discriminante. O processo de colheita de dados decorreu entre janeiro e abril de 2011. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS versão 18.0.

Os resultados evidenciaram que o nível de competências autopercebidas pelos enfermeiros nas dimensões *conhecimento*, *habilidade* e *atitude* está relacionado com a idade e a experiência profissional do enfermeiro no serviço de urgência. O curso de pós-graduação na área de urgência/emergência, a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o curso de *Trauma Nursing Core Course* ou similar e o treino em simulação influenciam de forma estatisticamente significativa o nível de perceção dos enfermeiros.

Face ao exposto, é fundamental garantir que os enfermeiros envolvidos no processo de transferência de pessoas em situação crítica tenham alguma experiência profissional

na abordagem deste tipo de doentes, assim como formação especializada nesta área de intervenção, incluindo treino regular em simulação. A realização de auditorias aos processos de transferência de doentes críticos, bem como o desenvolvimento de estudos nesta área permitiriam contribuir para a melhoria contínua da atuação dos enfermeiros.

Fontes:

FRANCO, Nuno; MARTINS, José; OLIVEIRA, Luís. Acompanhamento da Pessoa em Situação Crítica na Transferência Inter-Hopitalar - competências autopercebidas pelos enfermeiros. Coimbra (abril 2012) 130 p.

JOHNSON, Kimberly. *Ground critical care transport: a lifesaving intervention. In Critical Care Nurse*, ISSN 0279-5442. 26:1 (2006), 80-77. [Em linha]. [Consult. 28 mai. 2010]. Disponível em http://ccn.aacnjournals.org/cgi/reprint/26/1/80.pdf .

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Outubro, 2010. 4 p. [Em linha] [Consult. 16 mar. 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

SOALHEIRO, Bruno. O CHA da Competência. [Em linha] 2007, atual. 19 jun. 2007. [Consult. 20 abr. 2010]. Disponível em http://www.ogerente.com.br/novo/ colunas_ler.php?canal=16&canallocal=48&canalsub2=155&id=657.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. Guia para o transporte de doentes críticos. [S.l.:s.l.] 1997, p. 1-14. [Em linha]. [Consult. 6 jun. 2010]. Disponível em http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte%20 de%20pacientes%20criticos%20portugues.pdf>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. Manual do Curso de Transporte do Doente Crítico. 3ª ed. [S.l.] (abril 2009) 115 p.

COMUNICAÇÃO N.º 10

Título: Implementação de um programa de monitorização e vigilância de acessos vasculares

Autores: Rui André Saldanha Santos Sousa, Pedro Henrique Loureiro Gonçalves, Andreia Dias Marques, Marta Filipa dos Santos Costa Coimbra e Jorge Manuel Cardoso Dias Melo

Introdução

A implementação de programas de monitorização e vigilância dos acessos vasculares são recomendadas pelas KDOGI, EBPG, *guidelines* sobre os acessos vasculares. Na base dos programas de monitorização dos acessos vasculares devem estar os protocolos de atuação e uma equipa multidisciplinar de coordenação para poder agir o mais ágil e rapidamente possível.

Objetivos

Avaliar o programa de monitorização e vigilância implementado na nossa unidade.

Métodos

A monitorização e vigilância implementada na unidade foi criada com base na avaliação contínua dos acessos vasculares. A avaliação tem grande enfoque na deteção precoce de complicações, através do exame físico, avaliação do fluxo, mas também na classificação de cores dos acessos (laranja, amarelo, verde). Foi criada uma publicação interna, *AV Nursingletter*, e uma formação mensal de discussão sobre os acessos vasculares com o objetivo de uniformizar cuidados e ações corretivas.

Resultados

Com uma média de 138 doentes, observamos uma diminuição nos acessos problemáticos (laranjas), de 10,1% (7 FAV e 7 CVC) para 2,9% (1 FAV e 3 CVC); nos acessos sobre vigilância (amarelos) de 60,8% para 34,3%. Visualizou-se um aumento de 28,9% para 62,3% nos acessos sem problemas (verdes). Verificamos uma diminuição de CVC (30%-25%), um aumento de PTFE (6%-9%) e aumento de FAV (64-66%). Os problemas mais frequentes nos CVC foram débitos baixos com necessidade de alteplase e infeções do orifício de saída. De referir nas BRC uma taxa inferior a um episódio por mil dias de CVC. Foram detetados 41 AV disfuncionantes, construídos 26 novos acessos vasculares (22 FAV e 4 PTFE). Verificou-se a trombose de nove acessos (oito FAV e um PTFE) sendo quatro tromboses primárias.

Conclusões

Podemos concluir que a implementação de um programa de monitorização e vigilância contribui fortemente para a correção dos acessos problemáticos, mas sobretudo para um conhecimento mais aprimorado dos acessos vasculares da unidade e suas complicações.

Fontes:

BEATHARD G.; URBANES A. *Infection Associated with Tunneled Hemodialysis Catheters, Seminars in Dialysis*. Vol 21, N.º 6 (November–December) 2008 pp. 528–538.

BESARAB, A. [*et al*]. *The native arteriovenous fistula in 2007. Surveillance and monitoring*, JNEPHROL 2007; 20: 656-667 www.sin-italy.org/jnonline – www.jnephrol.com.

DINWIDDIEN, L. *Investing in the Lifeline: The Value of a Vascular Access Coordinator. Nephrology News & Issues*, May 2003 www.nephronline.com.

FAZENDEIRO, J. [*et al*]. Manual de Hemodiálise para Enfermeiros. Fresenius Medical Care Portugal, Lisboa, 2011.

FEDDERSEN, M. and ROGER, S. *Arteriovenous fistula surveillance: everyone's responsibility*. Port J Nephrol Hypert 2012; 26(4): 255-265.

FISTULA FIRST. www.fistulafirst.org.

KDOGI. *American Journal of Kidney Diseases*, Vol 48, No 1, *Suppl 1 July*, 2006: p S177.

MCCANN, M. [*et al*]. *Vascular Access Mangement II: AVF/AVG Cannulation Techniques and Complications. Journal of Renal Care 2009*.

TORDOIR, J [*et al*]. *EBPG on Vascular Access, Nephrol Dial Transplant* (2007); 22 [Suppl 2].

WAELEGHEM, JP. [*et al*]. EDTNA/ERCA *Vascular Access Recommendations for Nephrology Nurses*. EDTNA|ERCA Journal 2004 X X2.

COMUNICAÇÃO N.º 11

Título: Ventilação não invasiva: uma prática especializada à pessoa em situação crítica
Autores: Ana Isabel Carvalho Teixeira, Carla Manuela Pinto Lourenço, Helena Maria Ramos de Azevedo Maia e Patrícia Filipa Oliveira Ferreira

A ventilação não-invasiva (VNI) consiste num suporte ventilatório através da utilização de um interface não-invasivo que tem ganho uma crescente aceitação mundial ao longo da última década.

A utilização da VNI é cada vez mais frequente, sendo fundamental que os enfermeiros tenham uma clara compreensão das indicações/contraindicações, vantagens/desvantagens, objetivos do tratamento, potenciais complicações e necessidades específicas de monitorização, vigilância e intervenção.

As autoras desenvolvem a sua atividade profissional numa unidade polivalente de cuidados intermédios de urgência. Assim, definimos como objetivos conhecer o estado da arte da temática VNI em adultos, no ambiente hospitalar, e explorar/identificar os principais focos de atenção sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

Consideramos que a prática baseada na evidência permite reduzir as distâncias entre os avanços científicos e a prática clínica. Assim, a metodologia utilizada foi a revisão sistemática.

Definimos como descritores a utilizar «noninvasive ventilation»; «non-invasive ventilation»; «non invasive ventilation»; «niv»; «nurs» e «hospital». Foi utilizado o modo de pesquisa «Booleano/Frase» no interface «Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost». A pesquisa resultou em 87 artigos. Destes, 64 foram excluídos.

Constata-se que o início precoce da VNI é importante atingindo, no tratamento da pessoa com DPOC, uma taxa de sucesso de 93%. Não existe uma recomendação única acerca do método de implementação, no entanto considera-se que existem três fatores essenciais: equipamento adequado; organização/protocolos e treino/formação dos profissionais, sendo a sua experiência e perícia as componentes-chave do sucesso.

A intervenção do enfermeiro centra-se nos domínios da função e da pessoa. Durante o tratamento é essencial a monitorização de diversos parâmetros, nomeadamente sinais vitais; temperatura corporal e traçado eletrocardiográfico. A vigilância centra-se nos focos: dinâmica ventilatória; sincronia doente-ventilador; consciência; membrana ocular e mucosa oral; pele; distensão/desconforto abdominal; náuseas/vómitos; nutrição/hidratação.

No âmbito do bem-estar é essencial a promoção do conforto do doente, autocontrolo, ansiedade e autonomia. Ao longo do tratamento o enfermeiro deve fornecer informação relevante ao doente.

O aumento da experiência dos profissionais permite que um maior número de pessoas seja abrangida por esta opção terapêutica, permitindo ainda uma redução do tempo de tratamento.

Grande parte do tratamento com VNI está ao cargo dos profissionais de Enfermagem, sendo fundamental que estes adquiram mais conhecimento e baseiem a sua prática em evidências. No entanto, é ainda claro que há um défice de pesquisa em Enfermagem sobre esta temática, esperando-se que a situação se altere à medida que a VNI se torna um tratamento mais utilizado.

Fontes:

ARNAL, J. (2012). *How to implement NIV in the ICU? Acta Medica Lituanic*a, 19, pp. 206-209.

BVLOW, H.; THORSAGER, B. & HOEJBERG, J. (2007). *Experiences from introducing non-invasive ventilation in the intensive care unit: a 2-year prospective consecutive cohort study. Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, pp. 165-170.

DE SILVA, S. (2009). *Delivering non-invasive respiratory suport to patients in hospital. Nursing Standart*, 23, pp. 35-39.

HILL, N. S. (janeiro de 2009). *Where should noninvasive ventilation be delivered?... including discussion with Keenan SP, Kacmarek RM, Davies JD, Nava S, Epstein SK and Mehta S. Respiratory Care*, 54, pp. 62-70.

JARVIS, H. (2006). *Exploring the evidence base of the use of non-invasive ventilation. British Journal of Nursing*, 15, pp. 756-759.

MCBRIEN, B.; REILLY, R. & WYNNE, C. (outubro de 2009). *Non-invasive ventilation: a nurse-led service. Emergency Nurs*e, 17, pp. 30-35.

ROSE, L. & GERDTZ, M. (2009). *Review of non-invasive ventilation in the emergency department: clinical considerations and management priorities. Journal Of Clinical Nursing*, 18, pp. 3216-3224.

SKINNER, J. & MCKINNEY, A. (2011). *Acute Cardiogenic Pulmonary oedema: reflecting on de management of an intensive care unit. Nursing in Critical Care*, 16, pp. 193-200.

TORHEIM, H. & GJENGEDAL, E. (2010). *How to Cope with the mask? experiences of mask treatment in patients with acute chronic obstructive pulmonary disease - exacerbations. Scandinavien Journal of Caring Sciences*, 24, pp. 499-506.

WENG, M. (2008). *The effect of protective treatment in reducing pressure ulcers for non-invasive ventilation patients. Intensive & Critical Care Nursing. The Official Journal Of The British Association Of Critical Care Nurses*, 24, pp. 295-299.

COMUNICAÇÃO N.º 12

Título: Gerir a prática de Enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a transplante de progenitores hematopoiéticos
Autor: Cláudia do Rosário Pinhão

Objetivos

Visando a segurança do doente e melhorar a qualidade dos cuidados em Transplante de Progenitores Hematopoiéticos (TPH), foram implicadas competências de investigação científica para promover a resolução de problemas em contexto clínico profissional mediante prática baseada na evidência, com o objetivo de orientar a intervenção educativa de Enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH.

Metodologia

Num primeiro tempo, foi implementada a metodologia de investigação centrada na resolução de problemas, mediante projeto de intervenção no fenómeno de gestão e transmissão de informação no planeamento da alta do doente submetido a TPH. Numa perspetiva dinâmica de gestão de projeto, a sua reformulação e ampliação conduziu à imperativa atualização científica num segundo tempo. Isso foi exequível mediante a revisão integrada dos artigos disponíveis nas bases de dados, publicados entre 2000 e 2011. O protocolo de revisão concebido incluiu uma amostra de 21 artigos científicos, posteriormente sujeitos a análise descritiva. Os resultados foram sintetizados em matrizes, e classificada a evidência, ponderando sobre a confiabilidade deste procedimento. Por último, foram considerados à luz do Modelo Qualidade - Cuidado © (2003). Culminou com a nova proposta para organização da intervenção na ação.

Resultados

Foi possível verificar que a intervenção na prática no âmbito da problemática evidenciou ser positiva até ao limite de dois anos após o seu início. A sua expansão, atualização e aperfeiçoamento obriga à exploração das evidências científicas respeitantes ao processo visado e relações de cuidados implicadas, em contexto do STPH. Sobressaem dados da estrutura inclusa ao fenómeno. Com relevância, as competências específicas do enfermeiro em TPH implicadas no processo educativo, as condicionantes do indivíduo e família, e particularidades físicas e organizacionais para a intervenção educativa em TPH. São expostas evidências relativas à relação de cuidados, específicas em Enfermagem e colaboração multidisciplinar, salientando-se a variedade de modelos orientadores de práticas educativas, promotores de resultados intermédios de adesão, aprendizagem, segurança e capacitação. São apresentados os potenciais resultados futuros, relacionados

com os processos estudados, com relevância para os fatores qualidade de vida e satisfação.

Conclusões

A amostra de evidências apresenta fraca a moderada fiabilidade, apontando a carência de estudos com rigor científico. Todavia, verificam-se subsídios no desenvolvimento do conhecimento respeitante ao fenómeno estudado, promovendo a continuidade da gestão de projeto de intervenção na problemática, com base na evidência.

Fontes:

APPERLEY, J. *et. al.* (2008). *Haemopoietic Stem Cell Transplantation. Paris. European School of Haematology*.

BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. (2004). Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas. Lisboa. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.

FERREIRA, P. *et.al.* (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). Revista Enfermagem Referência, 5 (III), 121-133.

FORD, R.; WICKLINE, M. (2011). *Nursing role in Hematopoietic Cell Transplantation. In* APPELBAUM, F. [*et. al*.] (2011). *Thomas'Hematopoietic Cell Transplantation,* 4.ª edição, Oxford. John Wiley & Sons, ISBN 9781444357455.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2012). *Closing the gap from evidence to action. Geneve*. ICN. ISBN 978-5295097758.

MENDES K.; SILVEIRA R. e GALVÃO C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, 17(4): 758-64.

THOMAS, E. (2011). *A history of hallogeinic Hematopoietic Cell Transplantation. In* Appelbaum, F. *et. al*. (2011). *Thomas'Hematopoietic Cell Transplantation*, 4.ª edição, Oxford. John Wiley & Sons, ISBN 9781444357455;

COMUNICAÇÃO N.º 13

Título: Vivências da pessoa com doença oncológica avançada progressiva
Autor: Amélia Patrícia Marques Esteves

Introdução

As pessoas com uma doença oncológica avançada e progressiva vivenciam uma situação única de saúde, de grande instabilidade - como outras fases de transição do ciclo de vida - mas com a singularidade de se tratar do fim de vida. Sendo este um período da vida tão complexo, é importante para os enfermeiros perceber como é vivenciado este processo na primeira pessoa. Assim, esta é uma temática bastante atual e pertinente no quotidiano de inúmeros enfermeiros que trabalham em unidades não específicas de cuidados paliativos, mas que diariamente se deparam com pessoas com uma doença avançada progressiva que necessitam desses cuidados.

Objetivos

Descrever e compreender as vivências da pessoa com doença oncológica avançada progressiva.

Metodologia

A presente investigação insere-se no paradigma qualitativo e, face à natureza do fenómeno em estudo, utilizámos uma abordagem fenomenológica. As participantes do estudo foram sete mulheres com vivências de uma doença oncológica avançada progressiva, selecionadas de forma intencional, internadas num serviço de ginecologia oncológica de um hospital central. Foi solicitada autorização à comissão de ética do hospital e consentimento informado às participantes. A recolha de informação decorreu entre março e maio de 2011 e foi realizada através de entrevista semiestruturada. Todas as entrevistas foram validadas com as participantes e posteriormente a informação foi analisada utilizando as etapas processuais do método fenomenológico de Giorgi (1985).

Resultados

Da análise efetuada ao discurso das participantes emergiram seis constituintes essenciais da experiência: informação sobre a situação de saúde, perceção da doença, reações emocionais, estratégias de ajuda dos enfermeiros, limitações causadas pela doença e mudanças na perspetiva de vida.

Conclusões

Concluímos assim que a vivência de uma doença oncológica avançada progressiva é uma experiência muito intensa e complexa, onde se destaca que: 1) a informação transmitida sobre a situação de saúde é muito importante; 2) a doença é percecionada de diferentes formas; 3) esta vivência evoca diversas reações emocionais; 4) os enfermeiros auxiliam nesta vivência através do apoio emocional, dos cuidados com afetividade…; 5) as limitações causadas pela doença são sentidas a nível físico, profissional e familiar e 6) esta vivência conduz a importantes mudanças na perspetiva de vida.

Recomendações

Replicação da investigação numa unidade de cuidados paliativos; replicação da investigação com doentes de ambos os sexos e de múltiplos serviços.

Fontes:

BARBOSA, António. Sofrimento. *In* BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, Núcleo de Cuidados Paliativos, 2010a. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 563-593.

GIORGI, Amedeo. *Phenomenology and Psychological Research*. 15.ª ed. Pennysylvania. *Duquesne University Press*, 1985. 216 p. ISBN 978-0-8207-0174-5.

MARTINS, José Carlos A. O direito do doente à informação contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada à Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar [Em linha]. 2008 [Consult. 10 set. 2010]. Disponível em http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7251.

MOLZAHN, Anita [*et al*.]. *Perceptions Regarding Death and Dying of Individuals with Chronic Kidney Disease. Nephrology Nursing Journal* [Em linha]. Vol. 39, nº3 (maio/jun2012), p197-205. [Consult. 14 fev. 2013]. Disponível em http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=5888c356-869a-43a1-b73f-. ISSN 1526744X.

NETO, Isabel Galriça. Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. *In* BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, Núcleo de Cuidados Paliativos, 2010a. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 1-42.

OLSSON, Louise [*et al.*]. *Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. International Journal of Palliative Nursing* [Em linha]. Vol:16, n.º 12 (dez 2010), p. 607-613. [Consult. 14 fev. 2013]. Disponível em http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=5888c356-869a-43a1-b73f-d8fa728f00c7%40sessionmgr12&hid=18. ISSN 1357-6321.

PARDON, Koen [*et al.*]. *Preferences of advanced lung cancer patients for patient-centred information and decision-making: a prospective multicentre study in 13 hospitals in Belgium*.

Patient Education & Counseling [Em linha]. Vol:77, Nº 3, (dez 2009), p. 421-429. [Consult. 21 out. 2012]. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=45554725&lang=pt-br&site=ehost-live. ISSN: 0738-3991.

PEREIRA, Maria Aurora G. Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra. Formasau, 2008. 446 p. ISBN 978-972-8485-92-4.

PINTO, Sara; CALDEIRA, Sílvia; MARTINS, José Carlos. A esperança da pessoa com cancro - estudo em contexto de quimioterapia. Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. N.º 7 (julho 2012), p 23-31.

PROCHET, T. C. [*et al.]*. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. Rev. Esc. Enfermagem USP [Em linha]. Vol. 46, nº1 (fev. 2012), p.96-102. [Consult. 20 jan 2013]. Disponível em www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a13.pdf. ISSN 0080-6234.

RYAN, Patricia. *Approaching Death: a phenomenologic study of five older adults with advanced cancer. Oncology Nursing Forum*. [em linha]. Vol. 32, n.º6 (2005), p.1101-1108 [Consult. 10 abril 2010]. Disponível em http://CINAHL 2009059348. ISSN 0190-535X.

COMUNICAÇÃO N.º 14
PAINEL IV – 1º LUGAR

Título: Projeto de intervenção num serviço de urgência - Identificação de situações de violência na pessoa idosa
Autores: Susana Isabel Mendes Pinto e Maria dos Anjos Pereira Lopes Veiga

Introdução

A violência na pessoa idosa é um fenómeno reconhecido internacionalmente. É um atentado aos direitos humanos e cidadania (Ferreira Alves, 2006), um problema social grave (Dias, 2004; WHO, 2007), que exige mudanças sociais, familiares e sistemas de apoio (Penhale, 2010). Como problema de saúde pública exige estratégias de educação em saúde (Fulmer, 2003; Dong e Simon, 2008). Em Portugal, 39,4% da população idosa é vítima de violência intrafamiliar (WHO, 2011).

Os enfermeiros possuem obrigação de identificar o problema e intervir (Dyer e Halphen, 2012) na prevenção (Pisani e Walsh, 2012), salvaguardando os direitos da pessoa idosa, bem como a proteção e defesa da vida humana (CDE, 2003, art.81ºc; art.82º). O enfermeiro tem uma posição privilegiada (Cooper *et al*, 2009; Symes, 2011) pois educa, capacita, orienta, notifica e encaminha (Miller, 2005; Kissal e Beser, 2011; Mahoney, 2011; Zamboni *et al*, 2011), mas sobretudo pela proximidade com as famílias, pode identificar e prevenir precocemente os problemas.

Este tema, pela sua dimensão, assume-se como um desafio para a Enfermagem, requerendo cuidados básicos e especializados. Os enfermeiros têm dificuldade em identificar e dar uma resposta ao fenómeno da violência, pelo que é urgente capacita-los nesta área. Com base nesta premissa, foi desenvolvido um projeto de intervenção num serviço de urgência da ARSLVT, segundo a metodologia de trabalho de projeto.

Objetivos

Os objetivos do projeto visavam capacitar enfermeiros para: 1) identificar situações de violência à pessoa idosa; 2) encaminhar/gerir as situações de violência à pessoa idosa.

A intervenção baseou-se num diagnóstico sobre os conhecimentos e modos usuais dos enfermeiros lidarem com este problema. A apresentação dos resultados ao grupo criou momentos de sensibilização, reflexão sobre as ambiguidades da prática. Introduzida a inquietação, o desejo de mudar ocorre e as reuniões de grupo permitiram ultrapassar dificuldades, clarificar valores. O envolvimento dos líderes informais e o desejo de ser

competente aumentou a adesão. A formação aconteceu a pedido do grupo, nos horários possíveis à dinâmica de trabalho.

Resultados

Mostraram que os enfermeiros passaram a identificar a dependência da pessoa idosa, tipo de suporte social e fatores de risco. Os sinais objetivos e subjetivos de violência mais frequentes passaram a ser registados.

Conclusões

A sensibilidade dos enfermeiros aumentou perante a evolução favorável no desempenho do grupo e estímulo dos líderes.

Recomendações

Recomenda-se a criação de momentos regulares para análise das práticas de cuidados, na base da apreciação sistemática. Aumentar a sensibilização dos enfermeiros para a vulnerabilidade da pessoa idosa e exigências feitas aos cuidadores.

Fontes:

COOPER, C. *et al* (2009). *The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactic Scale for detecting clinically significant elder abuse. International Psychogeriatrics*, 21.

DIAS, I. (2004). Violência na Família. Uma abordagem sociológica. Porto. Edições Afrontamento.

DONG, X.; SIMON, M. (2008). *Is greater social support a protective factor against elder mistreatment? Gerontology.* 54, 81-388.

DYER, C.; HALPHEN, J. (2012). *Elder mistreatment: abuse, neglect and finantial exploitation*. Acedido em maio de 2012. Disponível em www.uptodate.com.

FERREIRA ALVES, J. (2006). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para sistematização de uma visão forense dos maus tratos. *In* Abrunhosa, R; Machado, C. (eds). Psicologia Forense. Coimbra. Quarteto.

FULMER, T. (2003). *Elder abuse and neglect assessment. Journal of Gerontological Nursing*, 29 (1), 8-9.

KISSAL, A.; BESER, A. (2011). *Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey. Social Work in Health Care*, 50, 158-175.

MAHONEY, J. (2011). *Types of abuse. Nurs Clin N* Am 46, 385-390. Acedido em 10 de novembro de 2012. Disponível em www.nursing.theclinics.com

MILLER, C. (2005). *Elder abuse: the nurses´s perspective. Clinical gerontologist*. 28 (1/2), 105-133.

PENHALE, B. (2010). *Responding and interventing in elder abuse and neglect. Ageing Int*

35, 235-252.
PISANI, L.; WALSH, C. (2012). *Screening for elder abuse in hospitalized older adults with dementia. Journal of Elder Abuse&Neglect*, 24 (3), 195-215.
SYMES, L. (2011). *Abuse across the lifespan: prevelence, risk and protective factors*. Acedido em 1 de maio de 2012. Disponível em www.nursing.theclinics.com.
WHO (2011). *European report and preventing elder maltreatment*. Acedido em 3 de dezembro de 2011. Disponível em http:www.euro.who.int/data/assets/pdf file/0010/14476/e95110.pdf.
ZAMBONI, C. *et al* (2011). Violência contra idoso: um velho estigma. Cogitare em Enfermagem. 16 (4), 634-639.

COMUNICAÇÃO N.º 15

Título: Cuidar a pessoa com doença avançada no domicílio: perceções e vivências do cuidador informal
Autores: Maria Amélia Leite Ferreira e José Carlos Amado Martins

Introdução

Com os avanços técnico-científicos e as melhorias das condições sociosanitárias assiste-se a um progressivo envelhecimento demográfico, bem como a um aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas nas últimas décadas, gerando-se novas necessidades em saúde, para as quais os serviços de saúde parecem ainda não estar adaptados.

Objetivos

Descrever e analisar as expetativas e experiências vivenciadas pelos cuidadores informais da pessoa com doença avançada, no domicílio.

Metodologia

Estudo de carácter exploratório-descritivo, com uma abordagem fenomenológica e metodologia qualitativa. Utilizou-se como ferramenta a entrevista semiestruturada, tendo sido realizadas oito entrevistas a cuidadores, que residem na área de influência de um ACES da região interior do norte do país.

Resultados

Os cuidadores são na sua totalidade do sexo feminino e de religião católica. A média de idades é de 57,3 anos, maioritariamente casados (87,5%), com baixa escolaridade. Em termos de atividade, 75,0% das cuidadoras são domésticas. No que diz respeito ao grau de parentesco dos cuidadores, constata-se que que a maioria são filhas (50,0%). Através da leitura e da análise dos discursos dos participantes, foram identificados oito temas centrais: ser cuidador informal da pessoa com doença avançada no domicílio; comunicação; respeito pela dignidade humana; fatores dificultadores e facilitadores, mecanismos de *coping*, sentimentos positivos e negativos.

Conclusões

Tendo em conta os resultados obtidos, considera-se que os cuidadores informais das pessoas com doença avançada no domicílio vivenciam experiências enriquecedoras com repercussões positivas e negativas na sua vida e saúde. Pensa-se que será necessário

repensar os cuidados proporcionados à pessoa com doença avançada no domicílio e ao seu cuidador, podendo ajustar a prestação de cuidados de modo a maximizar a qualidade de vida e minimizar a sobrecarga do cuidador.

Recomendações

A repetição deste estudo, em outros locais do país, para uma posterior comparação entre as vivências dos cuidadores. Implementação de programas psico-educacionais, de forma a possibilitar a partilha das vivências entre os seus pares.

Fontes:

CASSIS, S. V. *et al*., 2007. Correlação entre o stresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. Revista Da Associação Médica Brasileira, Volume 53(6), pp. 497-501.

CERQUEIRA, M., 2012. O cuidador e o doente paliativo no Alto Minho: necessidades/ dificuldades dos cuidadores no domicílio. *In* Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos. Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pp. 169-188.

CERQUEIRA, M. M., 2005. O cuidador e o doente paliativo. Coimbra. Formasau.

LAGE, M. I., 2005. Cuidados familiares a idosos. *In* C. Paúl & A. Fonseca, edits. Envelhecer em Portugal. Lisboa. Climepsi, pp. 203-229.

GIBSON, M. J., 2007. V*aluing the invaluable*: *A new look at the economic value of family caregiving*. [Em linha]. Disponível em http://assets.aarp.org/rgcenter/il/jb82_caregiving.pdf [Acedido em 3 janeiro 2013].

HOLLANDER, M. J.; LUI, G. & CHAPPELL, N. L., 2009. *Who cares and how much? The imputed economic contribution to the Canadian Healthcare System of middle-aged and older unpaid caregivers providing care to the elderly. Healthcare Quarterly*, Volume 12, pp. 42-49.

JARVIS, A., 2010. *Working with carers in the next decade: the challenges. British Journal of Community Nursing*, Volume 15 (3), pp. 125-128.

MOREIRA, I. M., 2006. O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. 2ª ed. Coimbra. Formasau.

MARQUES, M.; TEIXEIRA, H. & SOUZA, D., 2012. Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. Trab. Educ. Saúde, Volume 10(1), pp. 147-159.

NETO, I. G., 2010b. O que são os Cuidados Paliativos? *In* I. Neto, ed. Cuidados Paliativos (Testemunhos). Lisboa. Alêthia Editores, pp. 15-25.

NETO, I. G., 2000. Cuidados Paliativos: Qual a realidade Portuguesa? *In* Dossier Sinais Vitais: Cuidados Paliativos. Coimbra. Formasau, pp. 23-28.

NETO, I. G., 2004. Para além dos sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. *In* A dignidade e o sentido da vida: uma reflexão sobre a nossa existência. 1ª edição ed. Cascais. Pergaminho, pp. 11-48.

NETO, I. G., 2010a. Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. *In* Manual de Cuidados

Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pp. 1-42.
ONU - *United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2010. World Population Prospects, The 2010 Revision*. [Em linha]. Disponível em http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/population.htm [Acedido em setembro 2012].
SEQUEIRA, C., 2010. Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Porto. Lidel, Edições Técnicas, Lda.
SIMONETTI, J. P. & FERREIRA, J. C., 2008. Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. Revista da Escola de Enfermagem USP, Volume 42 (1), pp. 19-25.

COMUNICAÇÃO N.º 16

Título: A gestão do equilíbrio hídrico dos doentes em HD, através do método da bioimpedância (BCM®): o enfermeiro como elo de ligação no seio da equipa interdisciplinar

Autores: Andreia Dias Marques, Pedro Henrique Loureiro Gonçalves, Rui André Saldanha Santos Sousa e Marta Filipa dos Santos Costa Coimbra

Introdução

A sobrecarga hídrica é uma das complicações mais frequentes nos doentes em hemodiálise, estando associada a elevada morbilidade e mortalidade.

Com o surgimento do BCM (*Body Composition Monitor*), e a possibilidade da sua utilização sistemática, a determinação do volume e composição corporal passou a realizar-se de uma forma fácil, rápida, acessível, indolor e objetiva.

Objetivos

Implementação de um programa de avaliação e monitorização do estado de hidratação dos doentes em HD. Otimizar a adequação do «peso seco» dos doentes em HD. Contribuir para a estabilidade hemodinâmica, antes, durante e após o tratamento dialítico.

Métodos

Dinamização do programa com a criação da figura do enfermeiro coordenador, que planeia a colheita dos dados, providencia o seu tratamento e análise e promove a implementação de medidas corretivas, no seio da equipa interdisciplinar. Avaliação sistemática (mensal) e extraordinária (em SOS), do equilíbrio hídrico no universo dos doentes da *NephroCare* Viseu, e tomada de decisão em contexto multidisciplinar. Ajuste da frequência de avaliação nas situações com desvios significativos, até estabilização.

Resultados

Ganhos ao nível da correlação entre a dinâmica do estado de hidratação do doente e o *continuum* de atualização do seu «peso seco». Diminuição acentuada de comorbilidades: hiperhidratação, cãibras, dispneia recorrente, hipotensão arterial na 2ª metade das sessões de HD e hipertensão pré-diálise. Aumento do número de referenciações para ajuste dietético/nutricional.

Conclusões

Através da centralização da gestão do *status* hídrico dos doentes, da partilha e análise dos dados no seio da equipa multidisciplinar, foi possível:

- Otimizar a adequação do «peso seco», apesar da sua reconhecida variabilidade, melhorando significativamente a qualidade de vida dos doentes;
- Obter ganhos ao nível do *empowerment* do doente manifestado pela sua recetividade e participação ativa no processo de adequação do seu «peso seco».

Fontes:

MEES, Evert, *et al*. *Cardiovascular Aspects of Dialyses Treatment: The Importance of Volume Control. Kluwer Academic Publishers; Great Britain*; *Edition* 2000.
MOISS U. M.; WABEL P.; CHAMNEY P. W. *et al. Body fluid volume determination via body composition spectroscopy in health and disease. Physiol Meas* 2006; 27: 921–933;
Nicola Thomas *In* Enfermagem em Nefrologia, 2ª edição, 2005.

COMUNICAÇÃO N.º 17

Título: Avaliação da dor ao doente oncológico em cuidados paliativos incapaz de comunicar

Autores: Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira e Alexandra Josefina de Sousa e Santos Rodrigues

Introdução

A dor é um dos sintomas que mais afeta o doente oncológico em cuidados paliativos.

A sua avaliação é de real importância na contribuição para a qualidade de vida do doente. Apesar disso, a dor ainda é subdiagnosticada nos doentes oncológicos em cuidados paliativos incapazes de comunicar. Existem poucos instrumentos validados que possibilitem a avaliação da dor a estes doentes.

Objetivos

Validar a *Abbey Pain Scal*e para a cultura portuguesa, para ser aplicada ao doente oncológico em cuidados paliativos incapaz de comunicar.

Metodologia

É um estudo metodológico. A amostra foi constituída por 84 episódios de dor, através da aplicação da *Abbey Pain Scale* – versão portuguesa - a 30 doentes selecionados pelo método de amostragem não probabilístico, de conveniência, num serviço de cuidados paliativos e num serviço de ginecologia de um hospital central.

Resultados

A *Abbey Pain Scale* – versão portuguesa - revelou ter boas propriedades psicométricas. A consistência interna calculada pelo alfa de Cronbach situou-se entre aceitável e boa (primeiro momento de avaliação: enfermeiro A=0,840, enfermeiro B=0,834; segundo momento de avaliação: enfermeiro A=0,739, enfermeiro B=0,676). Houve concordância entre os avaliadores (primeiro momento de avaliação: Rs=0,917; p=0,000; segundo momento de avaliação: Rs=0,932, p=0,000) e uma significativa redução do valor total de dor entre o primeiro e o segundo momento de avaliação (enfermeiro A: Z= -4,690, p= 0,000; enfermeiro B: Z= -4,779, p= 0,000).

Conclusões

A *Abbey Pain Scale* – versão portuguesa - é uma escala que pode ser aplicada ao doente oncológico em cuidados paliativos incapaz de comunicar.

Palavras-chave: dor; doente oncológico; cuidados paliativos; incapacidade para comunicar; *Abbey Pain Scale*.

Fontes:

ABBEY, Jennifer [*et al.*]. *The Abbey Pain Scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. International Journal of Palliative Nursing*. Londres. ISSN: 1357-6321. Vol.10, Nº. 1 (2004), p.6-13.

IERSEL, Trudie Van; TIMMERMAN, Denise; MULLIE, Arsene. *Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment*. *International Journal of Palliative Nursing*. Londres. ISSN 1357-6321. Vol12, Nº. 2 (2006), p.54-59.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; MORAES, Cláudia Leite. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferiação usados em epidemiologia. Revista Saúde Pública. ISSN 0034-8910. São Paulo. Vol 41, nº 4 (agosto 2007), p.665-673.

COMUNICAÇÃO N.º 18

Título: Avaliação da satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos - contributo para validação da escala FAMCARE
Autor: Antónia Cláudia Pimenta de Almeida

Em cuidados paliativos, a família incluiu-se no cuidado integral ao doente. Trata-se de um cuidador informal, um mediador dos cuidados profissionais e um importante referente emocional durante todo o processo de adoecimento. Por outro lado, o cuidar paliativo pode gerar altos níveis de depressão, ansiedade e stresse nos familiares, bem como diminuir a sua qualidade de vida. Assim, cada vez mais, a satisfação das famílias com os cuidados prestados aos doentes é considerada um importante indicador da qualidade dos cuidados. Desconhecendo-se estudos, em Portugal, que avaliem a satisfação dos familiares de doentes paliativos, realizamos estudo descritivo correlacional numa amostra de 103 cuidadores, de uma zona centro-sul do país. Dada a inexistência de instrumentos de medida validados para a população portuguesa para o fenómeno em estudo procedeu-se, de igual modo, a estudos de seleção, tradução e validação de uma escala de medida: FAMCARE. Utilizou-se a WHOQOL-Bref para avaliação da qualidade de vida e a DASS-21 para avaliação da depressão, ansiedade e stresse. Os dados obtidos mostram que os familiares estudados se encontram satisfeitos com os cuidados prestados (P75= 36) embora possuindo elevados níveis de depressão (média 8,72; 34,3% com níveis moderados e 35,3% com níveis severos e extremamente severos), ansiedade (média 7,23; 52,4% com níveis severos e extremamente severos) e stresse (média 9,51; 34% com níveis de moderado e 17,5% com níveis severo a extremamente severo). A qualidade de vida encontra-se prejudicada, sendo o domínio relações sociais o que obteve melhor *score* com 54,85%, o domínio psicológico com o *score* 53,28%, o domínio físico com o *score* 52,74%, o domínio ambiente com o *score* 52,12%. O geral foi o que obteve o pior *score* com 35,07%, em todos os domínios abaixo dos referenciados para a população portuguesa. Os estudos de fiabilidade com a utilização da FAMCARE mostraram um valor de consistência interna bom (= 0,81) e um valor correlação aceitável e estatisticamente significativo (r2=0,34) no teste-reteste. A análise fatorial confirmatória não se mostrou consentânea com a formulação original, permanecendo em aberto a discussão sobre o carácter multidimensional do construto.

Fontes:

APÓSTOLO, João; MENDES, Aida; AZEREDO, Zaida (2006). Adaptação para a língua portuguesa da *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS). Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. Vol. 14, n.º 6.
APÓSTOLO, João *et al* (2007). *Evaluacion de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. Índex de Enfermeria*. Vol. 16, n.º 56, p. 26-29.

APÓSTOLO, João *et al* (2008). Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. Revista de Referência. IIª Série, n.º8 Dezembro, p. 45-49.
BARBOSA, António; NETO, Isabel (2010). Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição, Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa.
CANAVARRO, M. Cristina *et al* (2006). Estudos Psicométricos de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. Psiquiatria Clínica. Nº 26, p. 41-49.
CANAVARRO, M. Cristina *et al* (2008). Estudos Psicométricos da versão Portuguesa (de Portugal) do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL- HIV). Psicologia, Saúde & Doença. Nº 9, p. 15-25.
GULBEYAZ, Can *et al* (2011). *A psychometric validation study of the Quality of Life and Famcare sales in Turkish cancer Family caregivers*. [Em Linha]. [Consult. 2011-05-26]. Disponível em http://www.springerlink.com/content/d058q5muw2890145/fultext.pdf.
KRISTJANSON, Linda (1993). *Validity and reliability testing of the FAMCARE Scale: measuring family satisfaction with advanced cancer care*. Soc. Sci Med. Nº 36, p. 182-190.
LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. 2ª Edição. Sydney. *Psychology Foundation*.
LUDERS, S.; STORANI, M. (2000). Demência: Impacto para a família e a sociedade. *In* PAPALÉO, NETTO - A Velhice e o envelhecimento em Visão Globalizada. S. Paulo. Editora Atheneu.
MOREIRA, I. (2001). O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma Análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família. Coimbra. Formasau.
RINDAL, G.; JORDHØY, M.; KAASA, S. (2002). *Family Satisfaction with End-of-Life Care for Cancer Patients in a Cluster Randomized Trial. Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 24, nº 1.
RINDAL, G.; JORDHØY, M.; KAASA, S. (2003). *Measuring quality of Palliative care: Psychometric properties of the FAMCARE Scale. Quality of Life Research*, p. 167-176.
RODRIGUEZ, KERI *et al* (2010). *Factor analysis and internal consistency evaluation of the FAMCARE Scale for use in the long-term care setting: Palliative & Supportive Care* [Em linha]. [Consult. 3 maio 2010]. Disponível em http://www. Factor analysis and internal consistency evaluation of the FAMCARE Scale for use in the long-term care setting ResearchGATE.mht.

COMUNICAÇÃO N.º 19
PAINEL V – 1º LUGAR

Título: Cuidados paliativos na demência
Autores: Alexandra Manuela Nogueira de Andrade Pereira e José Carlos Amado Martins

Introdução

A demência é uma situação adquirida e permanente. Estima-se que existam 153 mil pessoas com demência em Portugal e cerca de 7,3 milhões na Europa, prevendo-se ainda que tais números dupliquem até 2040. O curso de evolução da demência é habitualmente longo, ficando as pessoas com demência (PcD) sob responsabilidade de um cuidador.

Objetivos

Analisar a perceção de saúde das PcD. Analisar a perceção de saúde dos cuidadores das PcD. Refletir sobre a inclusão dos cuidados paliativos desde o momento do diagnóstico.

Metodologia

Estudo quantitativo, exploratório e descritivo-correlacional. Utilizaram-se os instrumentos: Escala de Zarit, SWLS, EQ-5D (Cuidadores); SWLS, EQ-5D e Índice de Barthel (PcD). Amostra do tipo não probabilístico intencional (C n=153; PcD n=50).

Resultados

As *PcD* são maioritariamente do sexo feminino (58,00%), casadas (46,00%), com até o 4º ano de escolaridade (52,00%), e com média de idade de 78,64 anos. O tempo de diagnóstico é de 4,76 anos. *Score* médio do Índice de Barthel = 13,88 pontos. *Score* médio EQ-5D = 0,43 pontos. *Score* médio SWLS = 17,32 pontos. Os C são maioritariamente do sexo feminino (83,7%), casados (79,7%), com o 4º ano de escolaridade (47,1%), com média de idade de 56,7 anos. São cuidadores há uma média de 5,7 anos e ocupam, em média, 13,4 h/dia a prestar cuidados. *Score* médio Escala de Zarit = 60,0 pontos (correlação positiva com a idade e o nº de horas/dia de prestação de cuidados; e inversa com a perceção da qualidade de saúde e a satisfação com a vida). *Score* médio EQ-5D = 0,6. *Score* médio SWLS = 18,3 pontos.

Conclusões

A PcD, numa fase precoce, é ainda capaz de emitir a sua opinião em matéria de saúde. A sua perceção em relação à satisfação com a vida e à sua qualidade em saúde é pior

do que a da população em geral (elevada prevalência de sensação de dor e mal-estar, ansiedade e depressão). De forma paralela à perda cognitiva progressiva da PcD, também o cuidador experiencia uma progressão de perdas. Os níveis de sobrecarga encontrados nesta amostra foram elevados. Pensa-se que a existência de uma perspetiva ampla, abrangente e comunitária, com a inclusão de cuidados paliativos desde o momento do diagnóstico, poderá ser benéfica tanto para a PcD como para o C, na maximização da qualidade de saúde, satisfação com a vida e redução da sobrecarga.

Recomendações

Criação de um interface de articulação robusto entre os cuidados de saúde primários e diferenciados que permita a prestação de cuidados paliativos integrados e coordenados à PcD e seu cuidador.

Fontes:

ALZHEIMER EUROPE, 2008. *Alzheimer Europe Report: End-of-Life Care for People with Dementia*. Luxemburgo: *Alzheimer Europe*.

ALZHEIMER EUROPE, 2009. Plano Nacional de Intervenção da Alzheimer Portugal. [Em linha]. Disponível em http://www.alzheimer-europe.org/content/download/9836/88093/file/Proposed%20National%20Strategy%20by%20Alzheimer%20Portugal%20(in%20Portuguese).pdf [Acedido em 9 setembro 2012].

ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2011. *Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's and Dementia: the journal of the Alzheimer's Association*. Volume 7, pp. 208-244.

EUROFAMCARE CONSORTIUM, 2006. *Services for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage*. [Em linha]. Disponível em: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/summary_of_findings.pdf [Acedido em 1 abril 2013].

GARRETT, C., 2005. Impacto socioeconómico da doença de Alzheimer. *In* A doença de alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

KELLEHEAR, A., 2005. *Compassionate Cities: Public Health and End-of-life Care*. Oxfordshire. Routledge.

QUINN, C.; CLARE, L. & WOODS, R., 2010. *The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. International Psychogeriatric,* 22 (1), pp. 43-55.

RUSS, T.; CALVERT, L. & MORLING, J., 2012. *Attitudes to shared care for patients with dementia: A survey of general practitioners. Dementia*, 0 (0), pp. 1 -13.

SCHULZ, R. & BEACH, S., 1999. *Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. Journal of the American Medical Association*, 282 (23), pp. 2215-2219.

SCHULZ, R. *et al.*, 2003. *End-Of-Life Care And The Effects Of Bereavement On Family Caregivers Of Persons With Dementia. N Engl J Med*, Volume 349, pp. 1936-42.

VITALIANO, P., ZHANG, J. & SCANLAN, J., 2003. *Is caregiving hazardous to one's physical*

health? A meta-analysis. Psychological Bulletin, 129 (6), pp. 946-972.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Alzheimer's Disease International, 2012. Dementia: A public Health Priority, United Kingdom. World Health Organization*.

COMUNICAÇÃO N.º 20
PAINEL II – 1º LUGAR

Título: Nutrição clínica no doente com pancreatite aguda
Autores: Carla Marisa da Silva Magalhães, Isabel Cristina Brites Hubert e Paula Alexandra de Sousa Rodrigues Vala

Introdução

A pancreatite aguda está associada a uma resposta sistémica inflamatória geradora de hipermetabolismo e altas taxas de catabolismo proteico e consequentemente desnutrição, pelo que é imperativo o suporte nutricional.

Objetivos

Avaliar o suporte nutricional fornecido aos doentes com pancreatite aguda internados na UCIP; delinear as estratégias de atuação de acordo com as *guidelines* atuais.

Metodologia

Estudo retrospetivo com análise documental aplicado aos doentes internados na UCIP com o diagnóstico de pancreatite aguda no período de 23/06/2012 a 31/08/2013.

Resultados

Dos resultados obtidos destaca-se: 42% dos doentes apresentavam índice de APACHE II entre 1-20; a média de dias em dieta zero foi de dois dias; 79% dos doentes iniciaram nutrição parentérica; dos 37% de doentes que tiveram nutrição entérica apenas 10% atingiram o valor calórico recomendado; nenhum doente recebeu as calorias recomendadas para o seu peso; a combinação destes dois tipos de suporte nutricional teve como objetivo a supressão da nutrição parentérica e o início da nutrição entérica. Relativamente à interrupção do suporte nutricional, cada um dos doentes que foram ao BO teve em média nove horas de pausa da nutrição parentérica.

Conclusões

É necessário uniformizar a atuação da equipa de saúde. Para isso pretende-se elaborar o protocolo de atuação sobre o suporte nutricional do doente com pancreatite aguda baseado nas *guidelines* emanadas pela A.S.P.E.N. e E.S.P.E.N. e realizar formação relativa à evidência científica mais atual nesta área.

Fontes:

DARVAS K,; FUTO J.; OKROS I.; GONDOS T.; CSOMOS A.; KUPCSULIK P. *Principles of intensive care in severe acute pancreatitis in* 2008. Orv Hetil. 2008. Nov 23;149 (47): 2211-20.

ECKERWALL G. E.; TINGSTEDT B.A.; BERGENZAUN P. E. *et al. Immediate oral feding in patients eith mild acute pancreatitis is safe and may accelerate recovery - a randomized clinical study. Clinical Nutrition* 2007, 26, 758-763.

GIANOTTI L.; MEIER R.; LOBO D. N.; BASSI C. ; DEJONG C. H. C.; OCKENGA J. *et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: pancreas*. Clin. Nutr. 2009; 28: 428-35.

GOMES R.; LOGRADO M. Actualidades em terapia nutricional na pancreatite aguda. Com. Ciências Saúde. 2012; 24 (2):149-159.

HEGYI P.; PANDOL S.; VENGLOVECZ V.; RAKONCZAY Z. *The acinar-ductal tango in the pathogenesis of acute pancreatitis*. Gut 2011;60:544-552.

JÚNIOR J.; SANTOS J.; SANKARANKUTTY A. & SCARPELINI S. Pancreatite aguda: atualização de conceitos e condutas. Medicina, Ribeirão Preto, dez 2003. 36: 266-282.

MCCLAVE S. A.; MARTINDALE R. G.; VANEK V. W.; MCCARTHY M.; ROBERTS P. ; TAYLOR B., *et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition suport therapy in the adult critically Ill patient: society of critical care medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2009 - 33 (3): 277-316.

MEIER R.; OCKENGA J.; PERTKIEWICZ M.; PAP A.; MILINIC N.; MACFIE J., *et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: pancreas*. Clin. Nutr. 2006; 25: 275-84.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTAL e ENTERAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÁDICA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina: Terapia Nutricional na Pancreatite Aguda. 2011.

TIZÓN A. A.; MODERNA J. T.; RODRIGUEZ G. M.; CEVASCO B. L. *Identificando a la pancreatitis aguda severa*. Ver. Gastroenterol. 2011; 31 (3): 236-240.

COMUNICAÇÃO N.º 21

Título: Para além dos cuidados físicos: o enfermeiro e o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica
Autores: Joana Frazão, Laura Martins, Patrícia Veiga, Sara Coentro e Eunice Sá

Introdução

Segundo Souto (2010), as doenças hematológicas perfazem cerca de 10 a 15% de todas as situações de doença oncológica. A utilização do «Modelo de Sistemas de Betty Neuman» permitiu analisar a pessoa com doença hemato-oncológica nas dimensões fisiológica, psicológica, desenvolvimento sociocultural e espiritual. Contudo, pelo risco de se reduzir a pessoa a um ser físico, materialista e segmentar, optou-se por mobilizar o «Modelo Transpessoal do Cuidar», de Jean Watson, ao longo da monografia.

Metodologia

Utilizando a metodologia PICO formulou-se a seguinte questão orientadora: «quais são as ações de cuidar que promovem o alívio do sofrimento na pessoa com doença hemato-oncológica através da prestação de cuidados não-físicos pelo enfermeiro durante o internamento?». Definimos os objetivos: 1) Compreender a vivência do processo de saúde-doença da pessoa com doença hemato-oncológica durante o internamento; 2) Compreender o impacto do sofrimento na pessoa com doença hemato-oncológica; 3) Explorar a promoção do alívio do sofrimento como resultado da prestação de cuidados não físicos.

Objetivos

Ferrell & Coyle (2008) acrescentam que o sofrimento é uma experiência única e variável em cada pessoa, acompanhada pela vivência de emoções negativas intensas, que podem estar relacionadas com a gravidade da doença, separação do mundo e das pessoas ou com a perda de controlo sobre o futuro. O sofrimento é uma constante no contexto oncológico, está presente no diagnóstico, tratamento, remissão e recidiva. O enfermeiro é o profissional que intervém no alívio do sofrimento, reconhecendo o cuidado à pessoa como holístico (Ferrell & Coyle, 2008). Neste sentido, Lundmark (2006) define cuidados não-físicos como sendo relativos às dimensões espirituais, emocionais, psicológicas, culturais e sociais, que de algum modo excluem a dimensão fisiológica, visto ser uma temática que, apesar de pertinente, já se apresenta desenvolvida em termos de linhas de tratamento e cuidado de Enfermagem.

Resultados

De acordo com a conceção de Jean Watson foram exploradas as ações de cuidar que promovem o alívio do sofrimento da pessoa assistida, das quais se destacam reconhecer o sofrimento da pessoa, promover a esperança através do apoio psicossocial, promover a esperança através de apoio espiritual e ações de cuidar dirigidas à família da pessoa com doença hemato-oncológica (Wright, 2008).

Conclusões

A prestação de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica conduziu-nos a uma profunda reflexão acerca dos significados atribuídos não apenas aos cuidados prestados, mas também aos processos de saúde, doença, vida e morte.

Fontes:

Da pesquisa realizada a partir das palavras-chave «ações de cuidar», «cuidados não-físicos», «enfermeiro», «pessoa com doença hemato-oncológica» e «sofrimento» foram analisados 35 artigos.

BALOGH, E. P.; GANZ, P. A.; MURPHY, S. B.; NASS, S. J.; FERRELL, B. R. & SROVALL, E. (2011). *Patient-Centered Cancer Treatment Planning: Improving the Quality of Oncology Care. Summary of an Institute of Medicine Workshop. Oncologist*, 16 (12), 1800-1805. Acedido em 17/04/2013. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011467256&site=ehost-live.

BAUMANN, R.; PUTZ, C.; ROHRIG, B.; HOFFKEN, K., & WEDDING, U. (2009). *Health-related quality of life in elderly cancer patients, elderly non-cancer patients and an elderly general population. European Journal of Cancer Care*, 18 (5), 457-465. Acedido a 09/04/2013. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010385247&site=ehost-live.

BRAUN, V. F., & FOSTER, C. (2011). *Family Nursing: Walking the Talk. Nursing Forum*, 46 (1), 11-21. Acedido a 10/04/2013. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010937343&site=ehost-live.

CHARALAMBOUS, A. & KAITE, C. (2013). *Undergraduate nursing students caring for cancer patients: hermeneutic phenomenological insights of their experiences. BMC Health Services Research*, 13 (1), 1-13. Acedido a 26/02/2013. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=85916392&site=ehost-live.

COSTA, C. A.; LUNARDI FILHO, W. D. & SOARES, N. V. (2003). Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. Rev. Bras. Enferm, 56 (3), 310-314. Acedido a 17/12/2012. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a19v56n3.pdf.

DEEP, C., & LEAL, I. (2000). Necessidades e preocupações em doentes oncológicos. *Paper presented at the Actas* do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.
DESHIELDS, T. L. & NANNA, S. K. (2010). *Providing Care for the "Whole Patient" in the Cancer Setting: The Psycho-Oncology Consultation Model of Patient Care. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings,* 17 (3), 249-257. Acedido a 13/05/2013. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=53435879&site=ehost-live.
DIAS, M. C. O Conceito de Pessoa. Acedido a 27/12/2012. Disponível em http://www.mariaclaradias.net/uploads/7/0/9/0/7090977/oconce1.pdf.
ERNEST, J.; KUHNT, S.; SCHWARZER, A.; ALDAOUD, A.; NIEDERWIESER, D.; MANTOVANI-LOFFER, L., *et al.* (2011). *The desire for shared decision making among patients with solid and hematological cancer. Psycho-Oncology*, 20 (2), 186-193. Acedido a 05/12/2012. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=57556959&site=ehost-live.
FALK RAFAEL, A. R. (2000). *Watson's Philosophy, Science, and Theory of Human Caring as a Conceptual Framework for Guiding Community Health Nursing Practice. Advances in Nursing Science*, 23 (2), 34-49. Acedido a 15/05/2013. Disponível em http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/12000/Watson_s_Philosophy,_Science,_and_Theory_of_Human.5.aspx.
FERREIRA, L. M.; SANTOS, C. & BULCÃO, E. (2012). Emoções face ao diagnóstico de doença oncológica [Portuguese]. Onco.news (20), 20-27. Acedido a 04/04/2013. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011936521&site=ehost-live.
FERRELL, B. R. & COYLE, N. (2008). *The nature of suffering and the goals of nursing. Oncology Nursing Forum*, 35 (2), 241-247. Acedido a 28/03/2013. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009860124&site=ehost-live.
GARGIULO, C. A.; MELO, M.; SALIMENA, A.; BARA, V. M. F. & SOUZA, I. (2007). Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. Texto Contexto Enferm. 16 (4), 696-702. Acedido a 10/04/2013. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a14v16n4.pdf.
GOSSELIN, T. K.; CRANE-OKADA, R., IRWIN, M., TRINGALI, C. & WENZEL, J. (2011). *Measuring Oncology Nurses' Psychosocial Care Practices and Needs: Results of an Oncology Nursing Society Psychosocial Survey. Oncology Nursing Forum*, 38 (6), 729-737. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=20113341 00&site=ehost-live.
JONES, V. (2010). *Psycho-oncology - helping to meet the holistic needs of patients with cancer. International Journal of Therapy & Rehabilitatio*n, 17 (3), 112-113. Acedido a 12/12/2012. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=201058851 0&site=ehost-live.
LEGG, M. J. (2011). *What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. Australian Journal of Advanced Nursing*, 28 (3), 61-67. Acedido a

12/12/2012. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=201103856l&site=ehost-live.
LOPES NETO, D. & PAGLIUCA, L. M. F. (2002). Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica; *Holistic approach of the term.* Rev. latinoam. Enferm, 10 (6), 825-830. Acedido a 27/12/2012. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/v10n6a12.pdf.
LUNDMARK, M. (2006). *Attitudes to spiritual care among nursing satff in a Swedish oncology clinic. Journal of Clinical Nursing*, 863-874. Acedido a 17/12/2012. Disponível em http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=74920d9b-663e-44fd-9e9e-52b111ef6a7a%40sessionmgr112&hid=119.
MAZANEC, S. R.; DALY, B. J.; DOUGLAS, S. L. & LIPSON, A. R. (2010). *The relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients. Cancer nursing*, 33 (3), 235. Acedido a 09/05/2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2883261.
MCEVOY, L. & DUFFY, A. (2008). *Holistic practice - a concept analysis. Nurse Education in Practice*, 8 (6), 412-419. Acedido a 27/12/2012. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010087468&site=ehost-live.
MCGRATH, P. & HOLEWA, H. (2007). *Special considerations for haematology patients in relation to end-of-life care: Australian findings. European Journal of Cancer Care*, 16 (2), 164-171. Acedido a 21/10/2012. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009542969&site=ehost-live.
NOBLE, A. & JONES, C. (2010). *Getting it right: oncology nurses' understanding of spirituality. International Journal of Palliative Nursing*, 16 (11), 565-569. Acedido a 12/12/2012. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010880692&site=ehost-live.
NUNES, E. C. D. A.; SILVA, L. W. S. D.; OLIVEIRA, J. M. D. & OLIVEIRA, P. D. C. M. D. (2010). Refletindo o Transpessoal humano - uma compreensão multidisciplinar em transversalidade com o estado da arte de ser. Revista de Enfermagem Referência (2), 173-180. Acedido a 27/12/2012. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a18.pdf.
PERES, E.; BARBOSA, I. & SILVA, M. J. (2011). Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorandos de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem, 24 (3), 334-340. Acedido a 27/12/2012. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/05.pdf.
REIS, S. & NARCISO, I. (2010). Factores de adaptação e recuperação após uma doença hemato-oncológica – um estudo exploratório. Psychologica (52-I), p. 327-348. Acedido a 05/12/2012. Disponível em http://iduc.uc.pt/index.php/psychologica/article/view/1002.
SÁ, E.; SILVA, D.; OLIVEIRA, L.; FILIPE, R., & GONÇALVES, R. (2012, junho). Os Cuidados de Enfermagem Espirituais no alívio do sofrimento em pessoa com doença hemato-oncológica. Onco.news, 34-40.
SÁ, E. C. (2010, 2º Semestre). A contribuição de Enfermagem para aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico. Pensar Enfermagem, 55-69.

SOTTOMAYOR, C. M. P. D. S. (1999). Leucemias agudas em Portugal. Lisboa. Universidade do Porto. Acedido a 10/04/2013. Disponível em http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9955.

SOUSA, R. M.; SANTO, F. H. E. & COSTA, R. (2012). A Hospitalização do cliente oncohematológico - subsídios para o cuidado de enfermagem. Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam. (*Online*), 4 (3), 2613-2626. Acedido a 21/03/2013. Disponível em http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22528&indexSearch=ID.

SOUTO, M. D. R. A. (2010). O valor da Citogenética Convencional e Molecular na caracterização de algumas Doenças Hemato-oncológicas. Acedido a 13/12/2012. Disponível em https://repositorio.utad.pt/handle/10348/649.

TAY, L. H.; HEGNEY, D. & ANG, E. (2011). *Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. International Journal of Evidence-Based Healthcar*e, 9 (2), 151-164. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011059980&site=ehost-live.

TOLEDO, E. H. R.D., & DIOGO, M. J. D. E. (2003). Idosos com afecção onco-hematológica: ações e as dificuldades para o autocuidado no início da doença. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11 (6), 707-712. Acedido a 17/12/2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000600002&script=sci_abstract&tlng=eses.

VAN LEEUWEN, R.; TIESINGA, L. J.; POST, D. & JOCHEMSEN, H. (2006). *Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 875-884. Acedido a 15/11/2012. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=20092581 99&site=ehost-live.

WATSON, J. (2007). *Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice*. Texto & Contexto - Enfermagem, 16, 129-135. Acedido a 13/05/2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&nrm=iso.

WRIGHT, L. M. (2008). *Softening suffering through spiritual care practices: One possibility for healing families. Journal of Family Nursing*, 14 (4), 394-411. Acedido a 17/04/2013. Disponível em http://www.friends-of-wisdom.com/readings/Wright2008.pdf.

COMUNICAÇÃO N.º 22

Título: Representações sociais de saúde, construídas por doentes com enfarte agudo do miocárdio

Autores: Maria do Céu Mendes Pinto Marques, Ana Maria Pinto Leitão da Fonseca, Sílvia Alminhas e Maria Gorete Reis

Introdução

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte a nível mundial - cerca de 16,7 milhões de mortes todos os anos -, sendo que 7,2 milhões acontecem devido a doença coronária. Na Europa, constitui também a primeira causa de morte, entre homens e mulheres, correspondendo a cerca de metade das mortes ocorridas, com 4,35 milhões de mortes por doença coronária nos 52 estados membros da região europeia da Organização Mundial de Saúde e cerca de 1,9 milhões de mortes por doença coronária na União Europeia. De salientar que esta representa também uma das principais causas de incapacidade e má qualidade de vida (Carta Europeia do Coração, 2008). Neste contexto, as representações sociais de enfarte agudo do miocárdio que o doente possui, também interferem na forma de encarar a doença. As vivências pessoais e da comunidade podem estar intimamente ligadas a comportamentos de risco, com forte componente de responsabilidade pessoal (a alimentação, o tabagismo, o álcool e o stresse, entre outros).

Objetivos

Definimos como objetivos: apreender a estrutura das representações sociais de saúde, construídas por doentes com enfarte agudo do miocárdio; analisar a estrutura das representações sociais encontradas.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório. Objeto de estudo: doentes com enfarte agudo do miocárdio internados no serviço de cardiologia de dois hospitais centrais. Utilizou-se a teoria das representações sociais e a técnica de recolha de dados, através de questionário com recurso à associação livre de palavras. Os dados foram tratados no *software* EVOC e SIMI.

Resultados

Obtivemos uma amostra de 70 doentes, com um total de 261 palavras, sendo 45 diferentes. Para estes doentes, saúde é alegria, bem-estar é vontade, ter uma alimentação

o mais saudável possível e viver. Contudo, apesar da representação ser claramente positiva, embora sendo pessoas doentes, surge a incapacidade ligada a não ser capaz de trabalhar, de recuperar e também ao cansaço. Estas são as palavras mais consensuais no grupo, constituindo o núcleo central.

Conclusões

Como conclusão, podemos referir que para estes doentes, apesar de terem sido acometidos por uma doença claramente associada a estilos de vida pouco saudáveis, na sua maioria associam saúde a estilos de vida saudáveis, o que não deixa de ser um paradoxo. Este conhecimento permite-nos planear a intervenção de forma a minimizar a divergência existente entre a representação e ação.

Fontes:

ABRIC, J. C. (2005). *Méthodes D' Étude des Représentations Sociales*. 2.ª ed. *Éditions érès*. Ramonville Saint-Agne.
LORI M. *et al*. (2007). *Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women*. American College of Cardiology. 49:1230-1250. AHA.
NICE (2007). *MI: secondary prevention. Clinical guideline 48. National Collaborating Centre for Primary Care*. Consultado em 11 de novembro de 2008 a partir www.americanheart.org.
WORLD HEALTH REPORT (2002). *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Consultado em www.who.int.

COMUNICAÇÃO N.º 23

Título: A conspiração do silêncio em cuidados paliativos na visão da equipa multidisciplinar
Autores: Tânia Sofia Reis Mendes e José Carlos Amado Martins

Introdução

Comunicar eficazmente em cuidados paliativos é fundamental, mas difícil, surgindo muitas vezes entraves a uma comunicação eficaz. A conspiração do silêncio é um processo de ocultação de informação ao doente, podendo ou não ser considerada um obstáculo. Acontece com frequência em cuidados paliativos, contexto sensível às questões da dor, do sofrimento e da morte.

Objetivos

Compreender a vivência da conspiração do silêncio em cuidados paliativos na perspetiva da equipa multidisciplinar, percebendo o contexto em que se processa a informação entre os vários atores envolvidos: o doente, a família e os profissionais de saúde.

Metodologia

Abordagem qualitativa com recurso à *Grounded Theory* e realização de observação participante; realização de entrevistas e *Focus Group* à equipa multidisciplinar num serviço de cuidados paliativos.

Resultados

Da análise efetuada percebemos que a conspiração do silêncio é um fenómeno que pode ser mantido e ser considerado adaptativo e, nesse sentido, não tem consequências negativas. No entanto, pode também ser não adaptativo e, nessa medida, cria desconforto, angústia e isolamento, dificulta a abordagem da própria equipa, impede despedidas, prolonga os processos de agonia e desfavorece a comunicação. Posto isto, há necessidade que seja destruída, sendo que qualquer um dos elementos intervenientes pode propiciar que isso aconteça através de diferentes estratégias. Quando se consegue avançar com este processo, o cuidar fica facilitado, consegue-se cuidar num todo, a equipa acaba por lidar com a gratidão, todos ficam em sintonia e o doente pode ter uma morte tranquila.

Conclusões

A verdade não tem de ser dita a qualquer custo, importando acima de tudo perceber qual o desejo do doente. Numa unidade de cuidados paliativos, também estão presentes

situações de conspiração do silêncio, surgindo os familiares como os atores que mais a propiciam, mantendo a crença paternalista de que a comunicação de más notícias desencadeia angústia e destrói a esperança. Percebe-se, na perspetiva da equipa que, inicialmente, a destruição dos silêncios gera angústia e sofrimento, mas evita, quase sempre, efeitos negativos de não adaptação às situações vividas.

Fontes:

ALMEIDA, A. & ALMEIDA, M. (julho de 2007). A conspiração do silêncio: sua caracterização e implicação nos cuidados de saúde. Sinais Vitais, pp. 25-29.

BARBERO, J. (2006). *El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar.* Obtido em 12 de novembro de 2008, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000600003&script=sci_arttext.

BARBOSA, A. & NETO, I. (2006). Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

BRISSOS, M., & VARELA, M. (2008). Do Dever de Informação do Enfermeiro Ao Direito do Doente a Ser Informado. Sinais Vitais, n.º 79 , 15-19.

CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DO DOENTE. (2008). Portal da Saúde. Obtido em 2 de janeiro de 2009, de http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm.

CERQUEIRA, M. (2005). O cuidador e o doente paliativo. Coimbra. Formasau.

CHANDRA, P. & DENIAL, D. (2007). *La negación como una experiencia en enfermedades graves*. Obtido em 4 de novembro de 2008, de http://www.secpal.com.

FÉREZ, J. (1998). *Ética de la salud en los procesos terminales*. Madrid. San Pablo.

FERNANDES, E. & MAIA, Â. (2001). *Grounded Theory*. Obtido em 20 de janeiro de 2009, de http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4209.

FORTIN, M. (2000). O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures. Lusociência.

GARCIA, S. & SAPETA, A. (2004). Dificuldades e Obstáculos a uma comunicação terapêutica com o doente oncológico em situação terminal de vida. Percursos de Investigação (pp. 133-144). Coimbra. Formasau.

GUTIÉRREZ, J. (2007). Cuidados paliativos. *In* F. Basterra, *10 palabras clave ante el final de la vida* (pp. 67-114). Navarra. Eva.

HIGUERA, J. (2007). *Dar malas noticias*. *In* F. Basterra, *10 palabras clave ante el final de la vida* (pp. 199-243). Navarra. Eva.

LEAL, F. (2003). Transmissão de más notícias. Revista Portuguesa de Clínica Geral, nº19, 40-43.

LOPES, M. (2003). A Metodologia da *Grounded Theory*: Um contributo para a conceptualização na Enfermagem. Revista Invest.

MARQUES, P. (2002). Consentimento Informado: O Fim do Silêncio. Revista Referência, n.º9, 41-47.

MARTINS, J. (2004). Os Enfermeiros e os Direitos dos Doentes à Informação e ao

Consentimento: Percepções, Atitudes e Opiniões. Revista Referência, n.º12 .
MARTINS, J. (2004). O enfermeiro na informação ao doente: para além do dever ético. Revista Portuguesa de Enfermagem, n.º12 , 11-14.
MARTINS, L. (2006). Final de Vida. Ordem dos Enfermeiros , 53-56.
MOREIRA, I. (2001). O doente terminal em contexto familiar. Coimbra. Formasau.
MORRISON, P. (2001). Para Compreender os Doentes. Lisboa. Climepsi Editores.
NATIONAL CONSENSUS PROJECT. (2008). *What is Palliative Care*? Obtido em 17 de dezembro de 2008, de http://www.nationalconsensusproject.org/WhatIsPC.asp.
NUNES, L., AMARAL, M. & GONÇALVES, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
NUNES, R. (2006). A morte no ciclo vital. Ordem dos Enfermeiros , 35-37.
OSUNA, J.; RAMOS, R.; QUADRA, C.; *GARCIA, M.; RODRIGUEZ, C. & BARRANCO, J. (2003). Cuidados Paliativos Domiciliários. Junta de Andalucia: Consejería de Salud*.
PEREIRA, L. & DIAS, A. (2007). O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. Obtido em 3 de janeiro de 2009, de http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewfile/1924/1430.
PEREIRA, M. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra. Formasau.
PESSINI, L. & BERTACHINI, L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. Obtido em 9 de junho de 2009, de http://bases.bireme.br.
PRADO, C. & RODRÍGUEZ, P. (2003). *Información y comunicación en oncología*. Obtido em 24 de agosto de 2008, de http://www.imbiomed.com.
PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2004). Circular Normativa n.º 14/DGCG de 13 julho de 2004.
QUERIDO, A., SALAZAR, H. & NETO, I. (2006). Comunicação. *In* A. Barbosa, & I. Neto, Manual de Cuidados Paliativos (pp. 357-378). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
REBELO, J. (2007). Desatar o nó do luto. Cruz Quebrada. Casa das letras.
REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2006). Decreto Lei nº101/2006.
SARAIVA, M. (agosto de 2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados. Revista Investigação em Enfermagem, 37-48.
SFAP. (2000). Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos. Loures. Lusociência.
STRAUSS, A. & CORBIN, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentad*a. Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia.
TWYCROSS, R. (2003). Cuidados Paliativos. Lisboa. Climepsi Editores.
WATSON, L. (2008). Cuidados Paliativos são uma realidade precária. Obtido em 20/02/2009, de http://jn.sapo.pt/paginainicial/interior.aspx?content_id=923920.
WHO (2008). *Definition of Palliative Care*. Obtido em 22 de dezembro de 2008, de http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.



Parte II
Pósteres

PÓSTER N.º 1

Título: Indicadores de qualidade de Enfermagem para a prestação de cuidados no serviço de urgência
Autores: Daniela Filipa Dias, Miriam França e Patrícia P. Sousa

Introdução

A necessidade de avaliar os resultados dos cuidados de Enfermagem e desenvolver sistemas de monitorização contínua da qualidade é prioritária para a melhoria dos cuidados de saúde aos cidadãos e para a Enfermagem atual. Neste sentido, a identificação dos indicadores de qualidade de Enfermagem para a prestação de cuidados ao doente adulto no Serviço de Urgência (SU) constituiu-se um dos objetivos específicos do estágio do 6º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP ICS. No momento atual, a Ordem dos Enfermeiros lança o desafio a todos os enfermeiros para que definam os indicadores de qualidade para os seus contextos, de modo a trazer visibilidade aos cuidados de Enfermagem e compreender a sua influência na saúde das populações. Neste sentido, surge a pertinência de elaborar uma revisão para identificar os indicadores de qualidade na prestação de cuidados de Enfermagem no contexto específico da prestação de cuidados ao doente adulto no SU.

Objetivos

Conhecer os indicadores de qualidade de Enfermagem para a prestação de cuidados ao doente adulto no serviço de urgência.

Metodologia

Pesquisa de estudos primários, sem restrição de data de publicação, em plataformas de pesquisa e bases de dados *online* durante o mês de maio de 2013. Os estudos foram selecionados de acordo com o método PI [C] OS. Foram identificados por título 36 artigos. Após leitura integral, nove constituíram a seleção final.

Resultados

Da análise crítica dos artigos resulta um total de 28 indicadores de qualidade de Enfermagem para os cuidados ao doente adulto no serviço de urgência. Destes, 14 são indicadores de estrutura, dois são indicadores de processo e 12 de resultado.

Conclusões

A identificação dos indicadores de qualidade de Enfermagem para a prestação de cuidados ao doente adulto no serviço de urgência assume um papel preponderante ao evidenciar a dimensão autónoma dos cuidados de Enfermagem e os recursos necessários para a garantia de uma prestação de cuidados segura e de qualidade, respondendo às necessidades de todos os intervenientes e salientando os ganhos em saúde da população com esses cuidados. Importa salientar que as oportunidades de melhoria da qualidade não devem ser apenas identificadas pela existência e monitorização de indicadores, pressupõem também o envolvimento de todos os intervenientes nesse processo no sentido de promover um clima organizacional vocacionado para a melhoria contínua da qualidade.

Fontes:

DECRETO-LEI N.º 74/2006. D.R.I Série. 60 (25-03-2006) 2242-2257.

DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE (2013). Estratégia Nacional Para a Qualidade na Saúde. [Em linha]. Consultado em 20 de jan. 2013. Disponível em http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521.

HARDING, Andrew *et al* (2013). *A framework for creating and evaluating competencies for emergency nurses*. [Em linha]. Consultado em 3 de mai. 2013. Disponível em http://www.girardslaw.com/library/ED_Nurse_Competency_Framework_2013.pdf.

INTERNATIONAL COUCIL OF NURSES (2013) [Em linha]. Consultado em 20 de jan. 2013. Disponível em http://www.icn.ch/.

LOVERIDGE, Nancy *(2002). Benchmarking as a quality assessment tool*. [Em linha]. Consultado em 3 de mai. 2013. Disponível em http://emergencynurse.rcnpublishing .co.uk/archive/article-benchmarking-as-a-quality-assessment-too.

JOHANSEN, Mary (2012). *Conflicting priorities: emergency nurses'perceived disconnect between patient satisfaction and the delivery of quality patient care*. [Em linha]. Consultado em 4 de mai. 2013. Disponível em http://www.jenonline.org/article/S0099-1767%2803%2900346-5/pdf.

MEZOMO, João (2001). Gestão da Qualidade na saúde (princípios Básicos). Brasil. Manole, 301p.

MCHUGH, Megan *et al* (2012). *Time and expenses associated with the implementation of strategies to reduce emergency department crowding*. [Em linha]. Consultado em 3 de mai. 2013. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0099176711003485/1-s2.0-S0099176711003485-main.pdf?_tid=e1995382-cd66-11e2-becc-00000aab0f27&acdnat=1370385433_e6af64c1effa5f16df3b03c8be167533.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005. Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. [S.l]: Ordem dos Enfermeiros. 16p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem. Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Nº13, p. 2-8.
ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Resumo Mínimo de Dados e *Core* de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. [Em linha]. Consultado em 2 mai. 2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/ RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf.
ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010ª). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. [Em linha]. Consultado em 2 de mai. de 2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. [Em linha]. Consultado em 2 de maio de 2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/ Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
OLIVEIRA, Delfim *et al* (2008). Projecto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. N.º28, p. 36-41.
PEREIRA, Filipe (2009). Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra. Formasau. 209p.
PERRY, Andrea (2011). *The clinical nurse leader: improving outcomes and efficacy in the emergency department*. [Em linha]. Consultado em 2 de maio 2013. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/51849958_The_Clinical_Nurse_Leader_Improving_Outcomes_and_Efficacy_in_the_Emergency_Department.
PETRONILHO, F. (2009). Produção de indicadores de qualidade: a Enfermagem que queremos evidenciar. Revista Sinais Vitais. 82, p. 35-43.
SANTOS, José e LIMA, Maria (2011). Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. [Em linha]. Consultado em 3 de maio 2013. Disponível em http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/19446.
SILVA, Larissa e MATSUDA, Laura (2012). Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. [Em linha]. Consultado em 3 de maio 2013. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a09v21n2.pdf.
SWAN, Beth (2008). *Making nursing-sensitive quality indicators real in ambulatory care*. [Em linha]. Consultado em 3 de maio 2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm. nih.gov/pubmed/18616060.
SOCIEDADE PORTUGUESA PARA A QUALIDADE NA SAÚDE (2013). [Em linha]. Consultado em 20 de jan. 2013. Disponível em http://spqsaude.com.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012). Investigação em Segurança do Paciente/Doente - Curso Introdutório Sessão 7: Traduzir a evidência em Cuidados de Saúde mais Seguros. [Em linha]. Consultado em 29 de jan. 2013. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/research/Sessao7_PT.pdf.

PÓSTER N.º 2

Título: Erros de administração de medicação na prática de Enfermagem, em contexto de cuidados intensivos. Que estratégias?
Autores: Ana Sofia Batista Silva e Victor Miguel de Jesus Gomes

Introdução

Nas unidades de cuidados intensivos, pela complexidade da terapêutica, o uso de inúmeros medicamentos potencialmente perigosos administrados, associado à gravidade e instabilidade clínica dos doentes, os erros de administração de medicação na prática de Enfermagem, e as suas consequências para o doente, merecem particular atenção, justificando uma análise focalizada desta temática.

Objetivos

Evidenciar estratégias de prevenção de erros de administração de medicação, na prática de Enfermagem, em unidades de cuidados intensivos.

Metodologia

Revisão sistemática da literatura, com recurso às bases de dados *CINHAL*, *MEDLINE*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, com os seguintes descritores: *medication*, *erros*, *prevention, nursing, intensive care units*. Foram procurados artigos originais e de revisão, publicados em texto integral, gratuitos, entre janeiro de 2009 e fevereiro de 2013, que foquem estratégias de prevenção de erros de administração de medicação, na prática de Enfermagem, em contexto de unidades de cuidados intensivos. Foram excluídos os artigos que não foquem especificamente os erros de medicação e contextos que não sejam unidades de cuidados intensivos, excluindo unidades de cuidados intensivos pediátricos ou neonatais.

Resultados

A estratégia evidenciada no estudo de Anthony *et al* (2010), centra-se na eliminação de fatores de risco situacionais, como o ruído e as distrações, que acontecem numa unidade de cuidados intensivos, através da implementação de uma «zona de não interrupção», para a preparação de medicação, diminuindo significativamente as distrações dos enfermeiros, proporcionando a diminuição de erros de medicação. Os números evidenciados pelo estudo corroboram o que a literatura apresenta sobre a necessidade de reavaliação dos ambientes de cuidados, bem como a implementação de medidas de segurança, em atividades que exijam da equipa de Enfermagem uma elevada concentração.

A estratégia evidenciada no estudo de Jaculin L. *et al* (2009), foca a otimização da segurança do processo de medicação, através da aplicação de novas tecnologias, com a utilização de código de barras na administração de medicação, reduzindo significativamente o número de erros relacionado com a hora de administração de medicação numa unidade de cuidados intensivos, reconhecendo o impacto desta tecnologia na medicação segura. Os resultados evidenciados consolidam o que a literatura descreve sobre esta tecnologia.

Conclusões

Com os dados obtidos, conclui-se que a implementação de «zonas de não interrupção» na preparação de medicação e a implementação de código de barras na administração de medicação, diminuem os erros de administração de medicação, na prática de Enfermagem, em unidades de cuidados intensivos.

Fontes:

ANTHONY Mary K. *Impact of a No Interruption Zone on Medication Safety in Intensive Care Units. Critical Care Nurse* Vol 30, N.3, June 2010.

BATES D.W.; BOYLE D.L.; VANDER VLIET M. B.; SCHNEIDE J. *Adverse Drug Events and Medication Errors: Detection and Classification Methods*. Disponível em http://qbc.bmjjournals.com/cgi/content/full/13/4/306.

BATES D.W.; BOYLE D.L.; VANDER VLIET M. B.; SCHNEIDER J.; LEAP L. *Relationship between medication errors and adverse drug events*. J Gen Intern Med 1995, 10:199-205.

CUMMINGS J.; BUSH P.; SMITH D. *et al. UHC Bar-coding medication administration overview and consensus recommendations*. Am J Health Sys Pharm. 2005;62:2626-2630.

FRAGATA, J.; MARTINS, L. O erro em medicina: perspetivas do indivíduo, organização e da sociedade. Coimbra. Almedina, 2004. P.328.

INSTITUTE OF MEDECINE (1999). *To err is human: building a safer health system*. Disponível em http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/To_Err_Is_Human-Building_a_Safer_Health_System-REeport-Brief.pdf.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICE - ISMP. 1996. Disponível em http://www.pharminfo.com/ismp/ismp.lp.ht.m .

JACULIN L.; DEYOUNG, Marie E; VANDERKOOI; BARLETTA Jeffrey F. *Effect of bar-code-assisted medication administration on medication error rates in an adult medical intensive care unit*. Am J Health-Syst Pharm,Vol 66 jun 15, 2009.

JOINT COMISSION. *Sentinel Event Statistics*. 2009. Disponível em http://www.jointcommission.org /SentinelEvents/Statistics.

KANE-GILL S.; WEBER R.J. *Principles and practices of medication safety in the ICU. Crit Care Clin* 2006, 22:273-290.

KYLE Anthony, WIENCEK Clareen, BAUER Catherine B.S.N.; DALY Barbara,

MOYEN, Eric; CAMIRÉ, Eric; STELFOX, Henry Thomas. *Clinical review: Medication errors in critical care. Critical Care* 2008 - 208 (doi:10.1186/cc6813).

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING PREVENTION (NCCMERP). *Rockville, United States*. Apresenta a toxonomia dos erros em medicação. 1998. Disponível em http://www.nccmerp.org/aboutmederros.htm.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING PREVENTION (NCCMERP) *What is a medication error*? Rockville, United States Pharmacopeia, 2001. Apresenta categorização de erros em medicação. Disponível em http://www.nccmerp.org/aboutmederros.htm.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING PREVENTION (NCCMERP). Disponível em www.nccmerp.org /aboutMedErrors.html. Acedido em 20 de novembro de 2009.

ROTHSCHILD J.; LANDRIGAN C.; CRONIN J. *et al. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medication errors in intensive care*. Crit Care Med. 2005; 33:1694-1697.

TISSOT E.; CORNETTE C.; DEMOLY P; JACQUET M.; BARALE F.; CAPPELIER G. *Medication errors at the administration stage in an intensive care unit. Intensive Care* Med 1999, 25:353-359.

PÓSTER N.º 3

Título: Contributos para uma revisão sistemática da literatura sobre a utilização de dispositivos supraglóticos pelo enfermeiro, na abordagem da via aérea à pessoa em situação crítica
Autores: Ana Bandeirinha e Patrícia Pontífices de Sousa

Introdução

Existem atualmente diversos dispositivos, técnicas e recomendações alternativas à entubação endotraqueal (EOT), que permitem aos enfermeiros assegurar com sucesso a via aérea (VA) da pessoa em situação crítica, prevenindo complicações. Através desta revisão sistemática da literatura (RSL) tentou-se perceber qual o contributo dos enfermeiros para a segurança do doente com compromisso da VA.

Metodologia

Recorreu-se à metodologia PICO (CRD, 2009), na formulação da pergunta de partida, pretendendo conhecer e sistematizar a produção científica sobre as intervenções do enfermeiro na abordagem da VA à pessoa em situação crítica, com recurso a dispositivos supraglóticos. Foram consultadas as seguintes bases de dados: EBSCO (*CINAHL, Fuente Académica, Medline, British Nursing Índex, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Medic Latina, Academic Search Complete*) e B-ON (*Sciencedirect-Elsevier, Springer, Taylor & Francis* e *Wiley*), com os seguintes descritores: *nursing and supraglottic devices, nursing and laryngeal masks, nursing and laryngeal tube*. Foram aplicados, para a seleção dos artigos, os seguintes fatores de inclusão: investigações realizadas à pessoa adulta em situação crítica (urgência/emergência, UCI, UCPA, trauma, pré-hospitalar), publicações dos últimos sete anos, investigações com recurso a dispositivos supraglóticos realizadas por enfermeiros, com textos em português, inglês ou espanhol e com texto integral. Foram selecionados quatro artigos científicos.

Resultados

Os resultados evidenciaram a facilidade de aprendizagem no manuseamento dos dispositivos supraglóticos. O propósito da utilização destes dispositivos, nomeadamente durante a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), assenta na sua facilidade de colocação por profissionais pouco treinados no seu uso (ERC, 2005). Assim, a sua utilização é, cada vez mais, sustentada na investigação, por enfermeiros pouco ou nada experientes, elegendo esta opção como a imediatamente a seguir, em detrimento da ventilação com máscara e insuflador manual. De entre os diversos dispositivos supraglóticos, o tubo laríngeo

(TL) foi aquele que apresentou menores tempos de colocação e, por conseguinte, maior facilidade de preparação, inserção e ventilação. Após o treino de utilização de dispositivos supraglóticos em manequins, os enfermeiros adquiriram competências na realização da técnica transponível para a prática clínica diária.

Conclusões

A atuação do enfermeiro depende do seu nível de conhecimentos, formação e treino na realização de técnicas e procedimentos que permitam, neste caso, manter a VA em situações de emergência. Por isso, o enfermeiro é um elemento da equipa de saúde com competências a adquirir sobre a manipulação e a aplicação destes dispositivos, como primeira escolha, no controlo da VA.

Fontes:

BUSCH, I. *et al. Effectiveness of intubating laryngeal mask airway (ILMA Fastrach) used by nurses during out of hospital cardiac arrest resuscitation. Acta Anaest*h. Belg. 60:4 (2009) 235-238.

CRD. *Systematic Reviews: CRD´S guidance for undertaking reviews in health care.* Universidade de York (2009).

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. *Guidelines for resuscitation* (2005). [consultado em 01.01.2013]. Disponível em http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId.

KETTE, F. *et al. The use of laryngeal tube by nurses in out-of-hospital emergencies: preliminary experience. Resuscitation*. 66 (2005) 21-25.

TRABOLD, B. *et al. Application of three airway devices during emergency medical training by health care providers – a manikin study. American Journal of Emergency Medicine*. 26 (2008) 783-788.

WIESE, C. *et al. Influence of airway management strategy on «no-flow-time» during an «Advanced life support course» for intensive care nurses – A single rescuer resuscitation manikin study. BMC Emergency Medicine*. 8:4 (2008).

PÓSTER N.º 4
MENÇÃO HONROSA

Título: Competências necessárias autopercebidas pelos enfermeiros para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar - construção e validação de uma escala de avaliação
Autores: Nuno José Magalhães Franco, José Carlos Amado Martins e Luís Miguel Nunes de Oliveira

Assume-se hoje que a transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica exige um nível assistencial de excelência semelhante ao que é ministrado no serviço ou unidade de origem, preconizando-se que o transporte seja realizado em unidades móveis de cuidados intensivos, sob supervisão de equipas qualificadas. O conceito de competência surge, pois, como uma questão central nos vários momentos deste processo. Tão importante quanto garantir, é necessário conhecer qual a autoperceção que os enfermeiros envolvidos neste tipo de transferências têm sobre as competências necessárias para o acompanhamento da pessoa em situação crítica. No entanto, não existe nenhum instrumento que permita tal avaliação.

Foi nosso objetivo construir e validar uma escala, com base nas recomendações de vários grupos de trabalho sobre as competências necessárias à equipa de transporte no acompanhamento do doente crítico e da proposta da Ordem dos Enfermeiros (2010), para as competências específicas do enfermeiro especialista para a pessoa em situação crítica.

O instrumento construído apresenta um caráter tridimensional abordando as competências em três domínios: conhecimento, habilidade e atitude, sendo cada domínio abordado em vários itens. Esta divisão foi construída de forma racional, com base na literatura.

Os questionários foram aplicados a 218 enfermeiros (76,15% do sexo feminino). Os princípios éticos foram respeitados.

Constata-se que a escala apresenta um valor de consistência interna de 0,960 no seu global, de 0,805, 0,931 e 0,878 em cada uma das suas dimensões.

Com estes resultados podemos dizer que a escala de autoperceção mostra boas propriedades psicométricas, com alto potencial para uso em futuras pesquisas.

A amostra e a especificidade de contexto são as limitações deste estudo. Futuras pesquisas podem ser úteis para consolidar a validade e utilidade da escala.

Fontes:

FRANCO, Nuno; MARTINS, José; OLIVEIRA, Luís. A companhamento da Pessoa em Situação Crítica na Transferência Inter-Hopitalar - competências autopercebidas pelos enfermeiros. Coimbra (abril 2012) 130 p.

JOHNSON, Kimberly. *Ground critical care transport: a lifesaving intervention*. *In Critical Care Nurse*, ISSN 0279-5442. 26:1 (2006), 80-77. [Em linha]. [Consult. 28 mai. 2010]. Disponível em http://ccn.aacnjournals.org/cgi/reprint/26/1/80.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Outubro, 2010. 4 p. [Em linha] [Consult. 16 mar. 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

SOALHEIRO, Bruno. O CHA da Competência. [Em linha] 2007, atual. 19 jun. 2007. [Consult. 20 abr. 2010]. Disponível em http://www.ogerente.com.br/novo/colunas_ler.php?canal=16&canallocal=48&canalsub2=155&id=657.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. Guia para o transporte de doentes críticos. [S.l.:s.l.] 1997, p. 1-14. [Em linha]. [Consult. 6 jun. 2010]. Disponível em http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte%20 de%20pacientes% 20criticos%20portugues.pdf.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. Manual do Curso de Transporte do Doente Crítico. 3ª ed. [S.l.] (abril 2009) 115 p.

PÓSTER N.º 5
MENÇÃO HONROSA

Título: Papel pró-ativo e prospetivo de Enfermagem na deteção de estenoses em acessos vasculares numa unidade de hemodiálise
Autores: Sandra Afonso e Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro

Introdução

As KDOGI (2006) referem que não está comprovado que o acompanhamento prospetivo e a vigilância do acesso vascular podem prolongar a sobrevivência do acesso vascular. No entanto, fomentam a capacidade de salvar locais do acesso através da coordenação das equipas envolvidas, do planeamento, de uma intervenção corretiva eletiva, ao invés de procedimentos urgentes ou de substituição.

Objetivos

Saber se o papel ativo e prospetivo de Enfermagem na deteção de estenoses foi eficaz.

Metodologia

A avaliação dos acessos na nossa unidade envolve o exame físico, fluxo do acesso, recirculação, Kt/V, pressões venosas e arteriais e intercorrências com a canulação. Foram analisados retrospetivamente todos os acessos identificados (n=41, 61% homens, 92,7% FAV, 46,3% bráquio-cefálicas, 48,8% diabéticos e 58,5% HTA, 75,6% 1º AV) na unidade como disfuncionais, suspeitando da presença de estenose.

Resultados

Foram detetados 41 AV com suspeitas de estenose; 92,6% confirmadas por eco-doppler em consulta de cirurgia vascular. Cerca de 95,1% dos AV manifestavam alterações no exame físico, sendo as mais frequentes no sopro (34,1%) e no frémito (26,8%). Dos acessos que apresentavam estenose, a maioria eram homens, diabéticos e hipertensos; cerca de 42,4% são FAV bráquio-cefálicas; apenas 6% eram PTFE; 30,3% exibiam valores de Kt/V <1,2 e 78,7% apresentavam Qa inferiores a 600ml/min. No valor da recirculação do acesso, cerca de 61% manifestavam valores superiores a 15%. As estenoses mais frequentes foram as justas anastomóticas; a maioria foi resolvida por dilatação por PTA e 30,3% resolvidas cirurgicamente. De referir que apenas cinco destes acessos acabaram por trombosar.

Conclusões

Perante estes valores, podemos afirmar que o papel desenvolvido pela equipa de Enfermagem na deteção precoce de disfunções foi extremamente eficaz. Contribui positivamente para a manutenção do acesso e para a contínua melhoria dos cuidados de Enfermagem.

Fontes:

ASIF, A. [*et al*]. *Accuracy of physical examination in the detection of arteriovenous fistula stenosis*. Clin J Am Soc Nephrol 2: 1191.1194, 2007.

BESARAB, A. [*et al*]. *The native arteriovenous fistula in 2007 Surveillance and monitoring*.

CAMPOS, R. [*et al*]. *The Physical Examination as a Method of Arteriovenous Fistula Stenosis Detection*. J Bras Nefrol Volume 29 n.º2 June 2007. JNEPHROL 2007; 20: 656-667 www.sin-italy.org/jnonline – www.jnephrol.com.

FAZENDEIRO, J. [*et al*]. Manual de Hemodiálise para Enfermeiros, *Fresenius Medical Care* Portugal. Coimbra, 2011.

FAZENDEIRO, J. [*et al*] – Manual de Acessos Vasculares, *Fresenius Medical Care*, Portugal. Lisboa, 2011.

FEDDERSEN, M.; ROGER, S. A*rteriovenous fistula surveillance: everyone's responsibility*. Port J Nephrol Hypert 2012; 26(4): 255-265.

KDOGI. *American Journal of Kidney Diseases*, Vol. 48, N.º 1, Suppl 1 July, 2006: p S177.

LOPOT, F. [*et al*]. *Management of vascular access: monitoring and surveillance*, EDTNA|ERCA JOURNAL 2006 XXXII3.

MCCANN, M. [*et al]. Vascular Access Mangement II: AVF/AVG Cannulation Techniques and Complications, Journal of Renal Care* 2009.

TORDOIR, J. [*et al*]. *EBPG on Vascular Access, Nephrol Dial Transplant* (2007) 22 [Suppl 2].

PÓSTER N.º 6

Título: Canulação através da técnica em botoeira – Aplicação em fístula aneurismática
Autores: Marta Filipa dos Santos Costa Coimbra, Pedro Henrique Loureiro Gonçalves, Andreia Dias Marques, Rui André Saldanha Santos Sousa e Jorge Manuel Cardoso Dias Melo

Introdução

Estudos recentes vieram reforçar as vantagens relacionadas com a técnica da botoeira: menos hematomas, menos punções falhadas pelos enfermeiros, menor tempo nas hemostases, menor formação de cicatrizes relacionadas com as punções, e redução da dor. É uma técnica mais segura e rápida, na medida em que o enfermeiro já sabe antecipadamente o local de inserção das agulhas. (PERALTA, 2008). A aplicação em FAV aneurismáticas não é consensual mas Marticorena *et al* (2006) refere a diminuição de aneurismas em duas FAV.

Objetivos

Com o objetivo de não aumentar os aneurismas existentes numa FAV rádio cefálica iniciamos a canulação do acesso através da técnica da botoeira.

Metodologia

Perante a avaliação física do acesso vascular, que não apresentou nenhum sinal de estenose ou outra complicação que comprometesse a aplicação da técnica da botoeira, iniciou-se em setembro de 2011 a técnica segundo o protocolo existente na unidade. Simultaneamente, foi efetuado o registo fotográfico do acesso. Foi selecionado o enfermeiro responsável pela técnica e os locais de punção fora dos aneurismas existentes. A evolução da técnica decorreu sem incidentes.

Resultados

Dois anos depois, verifica-se que houve uma redução efetiva dos três aneurismas associados aos locais de canulação (opinião corroborada pelo doente) e uma redução das áreas de hipopigmentação.

Conclusões

Os aneurismas das FAV, associados com as técnicas de canulação, podem reduzir com a utilização da técnica de botoeira. Surge assim mais uma vantagem para a aplicação desta técnica e a necessidade de uma nova linha de investigação.

Fontes:

BALL K.L. [*et al]. A Multi-Center Perspective of the Buttonhole Technique in the Pacific Northwest. Nephrology Nursing Journal, March-April* 2007, Vol. 34, N.º 2.

BC RENAL AGENCY. *Buttonhole Cannulation of AV Fistulas Vascular Access Guideline*, 2009.

LOON, M [*et al*]. *Buttonhole needling of haemodialysis arteriovenous fistulae results in less complications and interventions compared to the rope-ladder technique. Nephrol Dial Transplant* (2010) 25: 225–230.

MARTICORENA, R. M. [et al]. *The salvage of aneurysmal fistulae utilizing a modified buttonhole cannulation technique and multiple cannulators*. Hemodial Int. 2006 apr;10 (2):193-200.

PERALTA, Ricardo. Técnica de Botoeira na Punção de Fístulas Arterio-Venosas. Ser Enfermeiro na FME-P, 2006.

TWARDOWSKI, Z. (1995). *Constant Site (Buttonhole) Method of Needle Insertion for Haemodialysis*. p.560.

PÓSTER N.º 7

Título: Desde sempre… a necessidade de registar
Autor: Maria Helena Almeida e Sousa

No âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, um elemento fundamental necessário à organização desses mesmos cuidados é a existência de um sistema de registos de Enfermagem, que englobe as necessidades de cuidados de Enfermagem do cliente, as intervenções realizadas e os resultados obtidos pelo cliente.

Ao longo da história da Enfermagem, verificamos que os enfermeiros tiveram a necessidade de efetuar registos de acordo com os regulamentos próprios da instituição onde exerciam o seu ofício. É no âmbito da história dos registos de Enfermagem que surge este trabalho. Tem como objetivo contribuir para o conhecimento sobre as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no Hospital de Todos-os-Santos e no Hospital das Caldas da Rainha, nomeadamente as que estão relacionadas com registos e transmissão de informação. Pois, como afirma Comte, ninguém conhece bem uma ciência enquanto não conhecer a sua história.

Deste modo, procedeu-se à consulta e análise do regulamento do Hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa, do ano de 1504, e do compromisso do Hospital das Caldas da Rainha do ano de 1512, segundo uma metodologia de análise histórica. A escolha do regulamento destes hospitais prende-se com o facto de serem dos primeiros onde estavam incluídas as tarefas a realizar pelos enfermeiros. Em ambos os hospitais, o enfermeiro (enfermeiro-maior no Hospital de Todos-os-Santos) estava encarregue de trazer uma tábua com o registo de todos os enfermos, onde constava o nome, a dieta e as terapêuticas de cada doente. Era um elemento fundamental para a visitação das sangrias. O resultado da visita deveria ser transmitida ao cozinheiro, boticário, cristaleira ou sangrador, respetivamente. O físico deveria ser informado pelos enfermeiros sobre a cor das urinas, banhos, efeitos dos xaropes e outras mezinhas e de como os enfermos tinham passado a noite.

Com base nestes regulamentos, poderíamos afirmar que a comunicação entre os vários elementos do hospital era fundamental e garantia deste modo a continuidade das tarefas necessárias para o tratamento dos enfermos.

Fontes:

KRAGH, Helge. Introdução à Historiografia da Ciência. Porto. Porto Editora. ISBN 972-0-45081-9. 2001. p.13.
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Divulgar. Dezembro de 2001. p.15.
PAIVA, José [*et al]*. *Portugalie Monumenta Misericcordium*, a fundação das misericórdias: o reinado de D.Manuel I. Lisboa. União das Misericórdias Portuguesas, 2004. ISBN 972-98904-2-0 p.75-151.

PÓSTER N.º 8

Título: Fatores que mais condicionam a prática da higiene das mãos
Autores: Olivério de Paiva Ribeiro e Carla dos Anjos Veloso Tinoco

Desenvolvemos um estudo sobre a «perceção dos profissionais de saúde sobre as boas práticas de higiene das mãos». A escolha da temática prende-se pelo facto da higiene das mãos constituir uma medida efetiva na prevenção da transmissão cruzada de infeção e porque acreditamos que é um importante indicador de segurança e qualidade dos cuidados. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas ou para locais do corpo habitualmente estéreis, de outros doentes ou do ambiente contaminado.

Estudo descritivo correlacional, transversal e retrospetivo, de natureza quantitativa, realizado entre julho e setembro de 2013, nos serviços do Hospital de Braga.

Dos resultados obtidos é de realçar que 90,2% dos profissionais de saúde consideram a higiene das mãos muito importante e para 9,0% é uma prática importante, sendo que nenhum profissional de saúde considerou a higiene das mãos pouco ou nada importante. Os fatores enumerados que mais condicionam a prática da higiene das mãos são: o esquecimento (47,8%), superlotação ou falta de pessoal (44,9%), as necessidades do doente terem prioridade (44,5%), elevado número de oportunidades para higiene das mãos por hora de cuidados ao doente (36,7%) e o uso de luvas ou crença que o uso de luvas evita a higiene das mãos (36,3%).

Podemos concluir que a temática assume particular pertinência nos cuidados de saúde. A sua importância é reconhecida pela maioria. O facto de percebermos quais os principais fatores que condicionam a prática da higiene das mãos pode ser fundamental para delinear estratégias de intervenção e, assim, aumentar a taxa de adesão dos profissionais de saúde.

Fontes:

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (14 de junho de 2010). Circular Normativa N.º 13. Orientação de Boa prática para Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde , pp. 1- 44.
WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. (2009). *Guidelines on hand hygiene in health care. First Global Patient Safety Challenge: Clean care is Safer Care*. OMS. Genebra.

PÓSTER N.º 9

Título: Acolhimento ao acompanhante na sala de emergência
Autores: Ana Tavares, Paulo Graça, Alexandra Azinhaga, Isilda M. D. Ferreira e Sandra Marques

O serviço de urgência é uma estrutura física organizada, com recursos materiais e humanos, para prestar cuidados eficazes, eficientes e equitativos a pessoas com instalação súbita de uma situação clínica, com risco de falência de funções vitais (DGS, 2001). De acordo com CRRNEU (2012) e tendo em conta o que descreve ser necessário na estrutura de um serviço de urgência, salientamos o imperativo da necessidade de uma sala de emergência com condições para suporte avançado de vida, uma área de informação e comunicação com familiares, a preocupação em facilitar o acompanhamento da pessoa e a comunicação e informação personalizada e humanizada.

A Ordem dos Médicos (2009) refere que a sala de emergência é uma área de intervenção onde se concentram meios de tecnologia avançada para avaliação e tratamento inicial do doente crítico e onde está presente uma equipa de reanimação, com formação avançada, que «tem acesso imediato a um conjunto de meios para avaliação, monitorização, correção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções» (p.49).

Neste âmbito, as competências de Enfermagem revelam-se muito mais complexas pois interagem em múltiplas dimensões, como os saberes científicos, organizacionais e técnicos. Nenhum destes saberes pode ser descurado em detrimento de outro, dado que os cuidados de Enfermagem visam o bem-estar das pessoas, que vivenciam transições. Durante estas transições, as pessoas têm expetativas e sentimentos de vulnerabilidade, exigindo dos enfermeiros um investimento afetivo, fazendo com que os cuidados sejam mais do que o tratamento da doença (Phaneuf, 2005).

A comunicação eficaz, entre a pessoa, a família e a própria equipa, assume um papel importante para o desenvolvimento destas competências relacionais, promovendo um clima adequado e evitando distorção de informação (Martins, 2010).

No âmbito da pós-especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente «pessoa em situação crítica», centramo-nos na sala de emergência e no que cita o Regulamento n.º124/2011, nomeadamente no que concerne às competências específicas K1 do enfermeiro especialista.

Identificámos como necessidade a existência de um suporte descritivo do que é uma sala de emergência. Considerámos uma mais-valia a elaboração de um póster, podendo ser

facilitador no acolhimento do acompanhante perante a complexidade do espaço que é a sala de emergência.

A sua construção baseou-se no Decreto-Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro. Este decreto-lei refere que a pessoa tem direito ao acompanhamento de um familiar em período diurno e noturno, respeitando as instruções e regras dos cuidados de saúde e o regulamento das instituições de saúde.

Fontes:

COMISSÃO DE REAVALIAÇÃO DA REDE NACIONAL DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA. Relatório de reavaliação da rede nacional de urgência e emergência [Em linha]. 2012. [Consult. 28 maio 2013]. Disponível em http://www.minsaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf.

DECRETO-LEI n.º 106/2009. D.R. I Série. 178 (09-09-14) 6254 – 6255.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Direção de Serviços de Planeamento: Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2001. 24 p. ISBN 972-9425-99-X.

MARTINHO, T.M.C.; SARAIVA, D.M.R.F. *Communicating with the patient in critical condition*. *Nursing*. N.º 270, (Jun. 2011), p. 8 – 14.

ORDEM DOS MÉDICOS. Normas de Boa Prática em Trauma. Centro Editor Livreiro Ordem dos Médicos: Grupo de Trabalho de Trauma, 2009.

PHANEUF, M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures. Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.

REGULAMENTO n.º 124/2011. D.R. II Série. 35 (11-02-18) 8656-8657.

PÓSTER N.º 10
MENÇÃO HONROSA

Título: A influência da formação em cuidados paliativos nos cuidados prestados à pessoa com demência
Autores: Alexandra Manuela Nogueira de Andrade Pereira e José Carlos Amado Martins

Introdução

Embora a introdução dos cuidados paliativos no momento do diagnóstico de uma demência seja defendida já há algum tempo por especialistas e entidades reconhecidas, o acesso das pessoas com demência e suas famílias a este tipo de cuidados continua a ser limitado. Uma das principais barreiras identificadas em estudos internacionais para este facto parece estar intimamente relacionada com os profissionais de saúde.

Objetivos

Analisar a perceção dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos para a pessoa com demência.

Metodologia

Estudo quantitativo, exploratório e descritivo. Amostra do tipo não probabilística intencional (n=271), conseguida através de uma articulação em rede do questionário *online*.

Resultados

Os profissionais e estudantes da área da saúde inquiridos são maioritariamente do sexo feminino (81,55%). A média de idades é de 29,23 anos. Predominam os enfermeiros (85,24%), do concelho do Porto (88,19%). O tempo médio de exercício profissional é de 11,02 anos, e o local onde a maioria exerce é o serviço hospitalar de internamento. A maioria não tem formação específica em cuidados paliativos (66,42%), embora a maioria tenha uma perceção correta da sua definição (97,42%). A maioria perceciona a demência como doença crónica (94,10%) e como doença terminal que possa potencialmente beneficiar de cuidados paliativos (81,92%). Através do cruzamento dos dados verificou-se que os inquiridos que não têm formação em cuidados paliativos têm mais perceções erróneas sobre a demência e os cuidados que lhe são mais adequados, nomeadamente no que diz respeito à cronicidade, ao benefício dos cuidados paliativos e à utilização de técnicas de alimentação artificial.

Conclusões

O défice de formação em cuidados paliativos é notório, tanto nos profissionais de saúde como nos estudantes da área da saúde. O nível de formação em cuidados paliativos parece ter influência nas perceções que os inquiridos têm em relação à demência e aos cuidados que lhe são mais adequados.

Recomendações

Considera-se prioritário rever os curricula das profissões da área da saúde, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados paliativos e aos cuidados à pessoa com demência, de forma a melhorar a prestação de cuidados disponíveis a estas pessoas e às suas famílias.

Fontes:

CAIRNS, W. & YATES, P., 2003. *Education and training in palliative care. Medical Journal of Australia*, 179(6), pp. S26-S28.

CHANG, E. *et al.*, 2005. *Palliative Care for End-Stage Dementia: A discussion of the implications for education of health care professionals. Nurse Education Today*, 25 (4), pp. 326-332.

FEOGRATT, K. & HOULT, L., 2002. *Developing palliative care practice in nursing and residential care homes: the role of the clinical nurse specialist. Journal of Clinical Nursing*, 11 (6), pp. 802-808.

GIBBINS, J.; MCCOUBRIE, R. & FORBES, K., 2011. *Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? Medical Education*, 45 (4), pp. 389-399.

JANSEN, B. *et al.*, 2013. *A cross-national cross-sectional survey of the attitudes and perceived competence of final-year medicine, nursing and pharmacy students in relation to end-of-life care in dementia. Palliative Medicine*, 0 (0), pp. 1-8.

LUTHY, C. *et al.*, 2009. *Difficulties of residents in training in end-of-life care. A qualitative study. Palliative Medicine*, 23 (1), pp. 271-282.

RUSS, T.; CALVERT, L. & MORLING, J., 2012. *Attitudes to shared care for patients with dementia: A survey of general practitioners. Dementia*, 0 (0), pp. 1-13.

SHEGA, J. *et al.*, 2003. *Palliative excellence in Alzheimer care efforts (PEACE): a program description. Journal of Palliative Medicine*, 28 (3), pp. 315-320.

PÓSTER N.º 11

Título: Promoção da qualidade - obtenção de ganhos em saúde
Autores: Susana Gaspar de Sá, Isabel Santos e Marina Teixeira

A promoção da qualidade conduz à obtenção de ganhos em saúde considerando os investimentos feitos através da monitorização, *benchmarking* e avaliação (interna e externa), incluindo processos de acreditação. Devem decorrer ao nível da equipa, do serviço e da instituição (Plano Nacional de Saúde 2012-2016).

No sentido de favorecer uma cultura de melhoria contínua da qualidade implementaram-se diversas auditorias no BOC do CHLO HEM, entre elas: as auditorias aos registos de Enfermagem seguem uma grelha onde é aferido o índice de preenchimento da folha. Estes valores têm vindo a melhorar de forma progressiva, sendo que, em 2007, altura em que iniciamos este projeto, o índice de preenchimento era de 73% e em 2012 temos 97%.

No sentido de promoção das recomendações da comissão de controlo de infeção, em 2009 foi criado um procedimento e uma grelha de observação para avaliação do índice de cumprimento na higienização da URPA, por parte das assistentes operacionais. Os resultados têm sido pouco satisfatórios, uma vez que em 2009 as conformidades rondavam os 86% e em 2012 os 70%, apesar de toda a formação feita neste sentido.

Em 2011 começámos a aplicar um questionário de satisfação aos utentes operados no BOC. Cerca de 63% dos utentes estavam satisfeitos e 34% muito satisfeitos. Após análise dos questionários, foram introduzidas alterações no serviço no que respeita à sensibilização para redução do ruído na URPA, à identificação dos funcionários do BOC e à rigorosa avaliação da dor.

A auditoria é um instrumento de controlo da qualidade do trabalho que contribui para a melhoria da qualidade do serviço prestado. Indica as falhas e os problemas, aponta sugestões e soluções, assumindo um carácter eminentemente formativo.

Fontes:

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016 (versão resumo) - maio 2013.

PÓSTER N.º 12

Título: O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no serviço de cirurgia
Autores: Marta Sofia da Costa e Tânia Albertina dos Santos Mendes

O presente trabalho reflete a atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica no serviço de cirurgia geral de um hospital da Margem Sul.

Através de uma metodologia reflexiva, pretendemos demonstrar a aplicação prática das competências comuns e específicas, com recurso a imagens e fotografias elucidativas, bem como a reflexões pessoais, que permitam ao leitor compreender a aplicação de cada domínio de competência (comuns) e competências específicas.

Sendo a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica uma área abrangente, com uma multiplicidade de campos de atuação, torna-se, por vezes, difícil para enfermeiros de cuidados gerais ou de outras áreas de especialidade, entender - e principalmente compreender - a nossa área de atuação. Cabe-nos ter a capacidade de explicar e demonstrar o que fazemos, como fazemos e porque fazemos.

É ainda pretendido demonstrar que a pessoa em situação crítica está presente em todo o lado e não apenas na UCI e/ou serviço de urgência, como pode, à primeira vista, parecer.

Assim, o objetivo deste trabalho é refletir acerca de desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica.

Como principal resultado, apresentamos a nossa experiência neste serviço de forma sintética e esclarecida, que reflete a experiência de uma enfermeira especialista há mais de 10 anos e de uma estudante de mestrado na sua reta final.

Fontes:

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2010). Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf. [Consultado a 23 de novembro de 2013].
ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica. (2011). Disponível em http://

www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf. [Consultado a 23 de novembro de 2013].

PÓSTER N.º 13

Título: Risco nutricional no cliente idoso
Autores: Pedro Miguel Cavalo Costa Garrido, Maria Adriana Henriques e Bruno Ricardo Damas Antunes

Introdução

A malnutrição é um estado de nutrição no qual uma deficiência ou excesso (ou desequilíbrio) de energia, proteínas e outros nutrientes, podem causar efeitos adversos mensuráveis nos tecidos/corpo (estrutura corporal, tamanho e composição) e função, com resultados clínicos.

O idoso encontra-se frequentemente desnutrido e com carências várias, o que contribui significativamente para o aparecimento de complicações dada a sua vulnerabilidade.

A prevalência da má nutrição nos idosos, segundo dados do *European Nutrition for Health Alliance*, é muito significativa, uma vez que mais de 50% dos hospitalizados com mais de 60 anos e 77% dos que têm mais de 80 sofrem de malnutrição.

A avaliação do risco nutricional (ARN) é o primeiro passo para prevenir e corrigir os desvios nutricionais dos idosos. O *Nutritional Risk Screening* (NRS – 2002) é o método recomendado pela *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN), sendo o método utilizado na instituição estudada.

A principal intervenção de Enfermagem, no que ao estado nutricional dos doentes diz respeito, caracteriza-se por ajudar as pessoas a comer e a beber, sendo esta uma das atividades centrais do cuidar em Enfermagem. Segundo a *British Association for Parenteral and Enteral Nutrition* (BAPEN, 2003), todos os indivíduos em risco nutricional devem ser monitorizados quanto à alimentação ingerida e peso, sendo que para a concretização deste objetivo deve existir um sistema de registos completo e sistemático.

Objetivos

- Caracterizar a ARN numa instituição hospitalar;
- Caracterizar os registos de Enfermagem, quanto à alimentação dos doentes, numa instituição hospitalar.

Metodologia

Estudo observacional, transversal com análise dos registos.

Resultados

No ano de 2012 existiram 2088 internamentos afetos à especialidade de medicina interna, sendo que apenas 287 foram submetidos a ARN (13,7%). Destes 287 processos com ARN resulta um *score* médio 3,3 - risco de desnutrição; 71 doentes não estavam em situação de risco nutricional (27,4%) em contrate com a percentagem de doentes que estavam em situação de risco (72,6%).

Dos processos consultados, relativamente aos clientes em situação de risco nutricional, foram selecionados 20, aleatoriamente e avaliados os registos de Enfermagem (316 registos – notas de Enfermagem) quanto à alimentação dos doentes.

Cerca de 30% (n= 94) dos registos de Enfermagem não tinham qualquer menção à alimentação dos doentes e os outros 70% (n=222) dizem respeito a registos escassos e não sistemáticos (ex: «tolerou dieta», «comeu bem» e «alimentou-se»). São muito raros os registos em que é incluído a quantidade de dieta ingerida, ou mesmo o tipo de dieta fornecida, não se encontrando nenhum em que esta ingestão fosse pormenorizada em grupos alimentares.

Conclusões

- Baixa taxa de preenchimento do instrumento de ARN;
- Elevada percentagem de clientes em situação de risco nutricional;
- Registos de Enfermagem escassos e pouco sistemáticos.

Recomendações

Realização de um projeto de intervenção na área da nutrição para a promoção de um cuidado centrado no cliente em risco nutricional, através de melhorias na supervisão e registo da sua alimentação.

Fontes:

BAPEN (2003). *Advancing Clinical Nutrition. MalnutritionUniversal Screening Toll. Malnutrition Advisory Group a standing Committee of BAPEN*. Disponível em http://www.bapen.org.uk/pdfs/must_full. Pdf, consultado em 04/04/2013.
KONDRUP, J.; ALLISON, S.; ELIA, M.; VELLAS, B. & PLAUTH, M. (2002). *ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clinical Nutrition*, 22 (4) 15-21.

LOCHS H.; ALLISON S. P.; MEIER R.; PIRLICH M. J.; KONDRUP; SCHNEIDER S.; VAN DEN BERGHE & PICHARD C. (2006). *Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics*. Clin Nutr.; 25 (2), 180-6.
LOUREIRO, M. (2008). Validação do «Mini-Nutricional Assessement» em Idosos. Dissertação de mestrado em Nutrição Clínica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra.
SANTOS, C. (2006). 50 por cento dos hospitalizados com mais de 60 anos estão mal nutridos. Ciênciapt.net. Consultado em 8 de fevereiro de 2013. Disponível em http://www.cienciapt.net/pt/index.php?option=com_content&task=view&id=17078&Itemid=336 .
VERÍSSIMO, M.; SILVA, J.; OLIVEIRA, M. & ERMIDA, G. (1994). Avaliação nutricional em idosos da zona centro de Portugal. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, 7 (64), 18-24.



Parte III
Associações / Sociedades

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

A Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (AEEEMC) é uma associação de caráter socioprofissional, aberta a todos os enfermeiros habilitados com o curso de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Fundada em Coimbra, a 28 de outubro de 1988, tem a sua sede na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Os seus objetivos passam por defender os interesses dos enfermeiros, particularmente dos especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos aspetos de promoção e valorização profissional e científica.

Ao longo da sua história tem assumido um importante papel no desenvolvimento da Enfermagem e, em particular, da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo sido pioneira na realização de congressos internacionais de divulgação científica, com publicação de livros de resumos/atas de comunicações científicas, promoção da investigação/formação, criação de documentos científicos e estabelecimento de parcerias internacionais.

Após um período de «latência», a AEEEMC ressurge em 2012 com uma nova direção, jovem e motivada para os novos desafios da Enfermagem. A AEEEMC procura reencontrar-se com os seus sócios e com todos os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Tendo como base o importante legado da associação, para além da promoção e divulgação da AEEEMC a nível nacional, a nova direção estabeleceu como eixos principais de ação a prática especializada, a formação e a investigação.

No ano em que comemora o seu 25º aniversário, a AEEEMC irá desenvolver um conjunto de atividades pelo país, junto dos enfermeiros e das suas instituições, culminando com a realização de um congresso internacional em outubro de 2013.

Não obstante o seu passado, a AEEEMC quer voltar a assumir a defesa, promoção e valorização profissional e científica da prática especializada, procurando honrar o seu passado, mas sempre perspetivando o futuro.

Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Telm.: 967 076 635 | URL: www.aeeemc.pt | Email: geral@aeeemc.pt

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A.

Avenida Bissaya Barreto, 3046-851 Coimbra.

NIF: 502 070 420

Ricardo Alexandre Rebelo de Almeida

José António Rodrigues Antunes

Maria Arminda da Silva Tavares

Pedro José dos Anjos Saraiva

Nuno José Magalhães Franco

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE TRATAMENTO DE FERIDAS

APTFeridas, fundada em 1998, é uma associação multidisciplinar com 15 anos de experiência. Tem por objetivos principais a promoção da educação e investigação na área de tratamento de feridas, bem como estimular a adoção de boas práticas, colaborar na implementação de normas e protocolos clínicos na prevenção e tratamento de feridas.

Atualmente tem mais de 600 membros, incluindo enfermeiros, médicos, farmacêuticos, podologistas, nutricionistas e profissionais de saúde interessados na temática das feridas.

Desde 2006, é detentora da revista «Feridas», uma publicação científica disponível através de bibliotecas hospitalares. Todos os membros recebem uma cópia de cada publicação.

Desde 2012, a revista foi alterada para *Journal of Tissue Regeneration & Healing* (JTRH), (www.trh-journal.com). Esta é uma revista científica com arbitragem por pares (*peer review*). Sendo a APTFeridas a entidade proprietária da revista, compete-lhe a responsabilidade pela sua edição e publicação.

Esta publicação tem por objetivos: 1) Difundir o conhecimento científico na área específica da prevenção e tratamento de feridas e outras que lhe sejam complementares, emergentes ou promotoras do desempenho profissional de excelência, tanto no plano nacional, como no plano internacional; 2) Promover a reflexão e a compreensão de problemas do domínio específico da prevenção e tratamento de feridas/gestão de cuidados à pessoa com ferida, mediante a publicação de trabalhos científicos originais, de natureza teórica e prática.

APTFeridas tem relações com várias organizações educacionais e profissionais em Portugal e na Europa. A associação dá apoio científico em várias conferências e congressos de outras sociedades e instituições de tratamento de feridas, e também colabora com universidades portuguesas e internacionais. Em Portugal, colabora em diversos seminários/*workshops* para alunos de pré e pós-graduação. Colabora em cinco cursos de pós-graduação e dois cursos de mestrado. No cenário internacional, a associação já colaborou com uma série de instituições e universidades.

Este ano, estabeleceu novas parcerias em pesquisa e educação em África e na América latina.

No momento, existem cinco grupos de investigação: ciência básica, feridas agudas, úlceras de pressão, úlcera da perna e pé diabético, que dão pareceres técnicos, desenvolvem recomendações e disseminam a educação nas suas áreas específicas. Futuras áreas de estudo em desenvolvimento são os queimados, tratamento da dor e qualidade de vida.

APTFeridas pretende colaborar na melhoria da qualidade dos cuidados de prestados ao doente com feridas.

Paulo Alves

Vice-presidente da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA PORTUGUESA(AEOP)

DESDE 2007 A FAZER A DIFERENÇA
NA ENFERMAGEM ONCOLÓGICA EM PORTUGAL

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

Missão

Associação de Enfermagem de referência em oncologia, promovendo o desenvolvimento e a dinamização da Enfermagem oncológica em Portugal, com atividades abrangentes ao nível da investigação, educação e das boas práticas clínicas.

Visão

Associação pioneira na investigação e educação, contribuindo para a disseminação do conhecimento sobre a Enfermagem oncológica e o seu desenvolvimento. Presta um serviço de excelência centrado nos enfermeiros que trabalham esta área nas suas diferentes especificidades, organizado em torno da atualização do conhecimento oncológico, motivando a participação dos profissionais.

O que fazemos

Apresentaremos as nossas parcerias nacionais e internacionais, assim como as atividades na área investigacional, de educação, comunicação e práticas clínicas.

Plano futuro da AEOP

- Desenvolver projetos educacionais de acordo com as novas práticas em oncologia;
- Divulgação das novidades em oncologia junto da comunidade científica;
- Desenvolver investigação e promover a prática baseada na evidência;
- Desenvolver atividades científicas com a EONS e a ISNCC, aumentado a representatividade da Enfermagem oncológica portuguesa;
- Estabelecer certificação científica das atividades da AEOP junto da Ordem dos Enfermeiros;
- Aumentar a capacidade de intervenção dos enfermeiros em contexto das práticas em oncologia.

Cristina Pires Lacerda

M. Jorge Freitas

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMAGEM CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Quem Somos

A Associação de Enfermagem Cuidar a Pessoa em Situação Crítica – AECPSC – é uma Associação sem fins lucrativos, criada em 2011. Resulta da preocupação em aperfeiçoar o cuidar ao doente em situação crítica inserido numa estrutura familiar e social cujo equilíbrio fica alterado.

Iniciou a sua atividade com um grupo de enfermeiros do serviço de medicina intensiva do CHUC - Hospitais da Universidade de Coimbra - com o propósito de intervir pró-ativamente na valorização profissional e social do enfermeiro em cuidados intensivos. Os seus corpos sociais fundadores são enfermeiros que acreditam ser possível fazer mais e melhor pelos doentes que cuidam diariamente em unidades de cuidados intensivos e seus familiares.

Missão

Melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Visão

Ser uma entidade promotora da excelência do cuidar do doente em situação crítica.

Objetivos

A AECPSC é uma associação com fins científicos, que promove o desenvolvimento da profissão e dos cuidados de saúde nos diferentes níveis de prevenção, com especial ênfase na sua área de atuação – cuidar o doente em situação crítica. A AECPSC tem como objetivos:

- Contribuir para a evolução da Enfermagem a nível regional, nacional e internacional;
- Contribuir para a formação técnica e científica dos enfermeiros;
- Promover o intercâmbio e cooperação com associações, instituições e organismos nacionais e internacionais que partilhem as mesmas ideologias científicas, quando

solicitadas por estes ou quando a associação o entenda;
- Promover a investigação e a divulgação científica;
- Promover a edição de revistas, jornais ou outros documentos de interesse científico relevante;
- Fomentar a divulgação das competências técnico-científicas e humanas dos enfermeiros na sociedade;
- Promover a organização de eventos científicos para intercâmbio e enriquecimento técnico, científico e humano da profissão de Enfermagem;
- Apoiar e promover ações de educação para a saúde dirigidas à família/cuidador informal e à sociedade em geral;
- Promover atividades lúdicas e socioculturais na comunidade e com outros profissionais;
- Fomentar a divulgação do estatuto social e profissional do enfermeiro na comunidade;
- Colaborar e organizar trabalhos individuais e/ou coletivos para o desenvolvimento técnico e científico na área do cuidar a pessoa em situação crítica para a elaboração de pareceres.

ELCOS

A **ELCOS** é uma sociedade científica, dotada de personalidade jurídica, formada por profissionais ligados às áreas da saúde, ensino e investigação, que têm como interesse comum promover o debate, a formação e a investigação no âmbito da prevenção e tratamento de feridas.

Missão

Proteger e promover a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos com feridas cutâneas, através do fomento da educação e formação dos cuidadores e profissionais, e da investigação permanente, na procura de soluções que, sustentadas pela evidência científica, constituam um referencial nos contextos de trabalho, ensino e investigação, estimulando as boas práticas, reduzindo a morbilidade e aumentando os ganhos em saúde.

Visão

Erigir um cunho de excelência na resposta às feridas cutâneas, através do fomento da formação, investigação e práticas baseadas na evidência, da parceria com profissionais, organizações e instituições académicas e de saúde, a nível nacional e internacional.

Valores

Competência, atualização e rigor; promoção de uma interação afirmativa e democrática; trabalho em equipa, complementaridade e sinergismo na resposta aos objetivos da sociedade.

Para operacionalizar os seus objetivos, a Sociedade de Feridas conta com a colaboração do Centro de Estudos e Investigação em Feridas ULCUS, departamento que se ocupa da formação e investigação da ELCOS. O Centro de Estudos integra profissionais inseridos, aos vários níveis, na comunidade científica: médicos (cirurgia geral, vascular, plástica, endocrinologia e dermatologia); enfermeiros (especialistas em diferentes áreas); farmacêuticos; professores do ensino superior e engenheiros especializados em suportes multimédia aplicados às áreas da telemedicina, encontrando-se todos ligados às áreas da investigação e da formação em prevenção e tratamento de feridas.
As alianças académicas constituem um eixo estratégico na resposta aos objetivos da

ELCOS, perspetivando-se, à vez, uma adequada gestão do conhecimento e, por outro lado, a angariação, em crescendo, do capital intelectual para a Sociedade de Feridas.

Estas alianças permitem à ELCOS desenvolver formação certificada nas áreas por ela tuteladas e, assim, não só ampliar o capital intelectual no âmbito das feridas crónicas mas fazê-lo na resposta às necessidades diagnosticadas em cada região, pelos Conselhos Regionais da ELCOS, formando para agir, formando para responder às necessidades do terreno.

www.sociedadeferidas.pt

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, nº 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 de 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*, intervenção comunitária e publicações científicas.

Congresso bianual – realizados oito eventos em diferentes locais do país: Porto, Coimbra, Vila Real, Évora, Viana do Castelo, Oliveira de Azeméis, Funchal, Lisboa.

O 9º Congresso – Porto, novembro de 2013.

Em setembro de 2012 realizamos a 3ª Conferência «Da investigação à prática em Enfermagem Oncológica» / «I Conferência de Investigação em Saúde».

Participação 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.

Participação em projetos de extensão à comunidade, nomeadamente em escolas secundárias, em parceria com outras entidades, associações de doentes, associações profissionais e Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Trabalho recente: alteração do logótipo, página *web* e reformulação do projeto da revista que assume agora uma nova designação - «EVIDÊNCIAS» -, nova imagem e estrutura com abertura a outras áreas científicas.

www.speo.pt /secretariado@speo.pt

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (SPCI)



O caráter indisciplinar da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), tem como base um trabalho sólido, capacitando a SPCI de dar respostas às diversas solicitações de todos os que estão ligados à área do doente crítico, entre os quais os profissionais de Enfermagem.

A SPCI é constituída por corpos gerentes, composta por profissionais de medicina e de Enfermagem, que possuem uma importante experiência e trabalho desenvolvido, conhecendo a realidade dos cuidados intensivos no nosso país.

A Secção de Enfermagem da SPCI é constituída por quatro profissionais de Enfermagem. Esta secção tem sempre desenvolvido um trabalho que tenta ir ao encontro das solicitações dos enfermeiros que trabalham em cuidados intensivos e serviços de urgência, através de reuniões científicas ou em congressos e reuniões monotemáticas.

Os trabalhos apresentados nas conferências ou reuniões têm como propósito demonstrar as questões relevantes, a análise crítica dos seus resultados e a inquietação das perguntas levantadas pelos seus insucessos, numa tentativa de se fazer acompanhar por novas ideias, sempre com o intuito de tentar melhorar. É deveras essencial investigar e publicar, o que torna a SPCI uma referência a nível nacional e também internacional.

De salientar o projeto «Plano Nacional de Avaliação da Dor», desenvolvido pela SPCI com a colaboração das unidades de cuidados intensivos do país. A sensibilização nacional, conseguida neste projeto, para a importância da avaliação da dor do doente crítico, foi um dos primeiros passos para uma eficaz gestão da dor, evidenciando-se assim como a principal conclusão do Plano Nacional de Avaliação da Dor.

No âmbito da formação, a SPCI continua a desenvolver e promover a realização de um conjunto de cursos como, por exemplo: *Fundamental Critical Care Support Course (FCCS)* e *Fundamentals of Disaster Management Course* (FDM), em colaboração com a *Society of Critical Care Medicine* (SCCM).

Atualmente, encontra-se a modificar a sua página *web* (www.spci.pt) numa plataforma de trabalho ao serviço dos profissionais de saúde, juntando informação e formação, e divulgando eventos e notícias importantes.

O número de profissionais que trabalham, estudam e se interessam por esta área de

cuidados é muito pequeno no nosso país, pelo que a sua atividade científica pode e deve ser potenciada por todos.

Os enfermeiros, como parte integrante de uma equipa interdisciplinar, estão no percurso certo, contribuindo para a produção de trabalhos de alto nível e rigor científico.

Assim, estão criadas as condições para incentivar e estimular a produção de trabalhos científicos como uma mais-valia para o profissional de saúde, de forma a consolidar os conhecimentos e prestar cuidados de excelência perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

António José Lopes de Almeida

Vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

Mestre em Enfermagem, na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica

Enfermeiro no Centro Hospital de Lisboa Central – Hospital de São José – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

NÚCLEO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA (SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA)



Introdução

Este trabalho tem como objetivo principal a apresentação e a divulgação do Núcleo de Enfermagem em Cardiologia.

Definição

O NEC é uma organização científica, agregada à Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC).

Finalidade

O NEC tem como finalidade agregar os enfermeiros de todo o país (inclusive ilhas), envolvidos e/ou interessados nas mais diversas áreas dentro da especialidade de Cardiologia. Neste sentido, a reunião dos profissionais tendo em conta o intercâmbio de informações/conhecimento e a elaboração de projetos comuns de trabalho em cardiologia, são caracteres fundamentais.

Atividades

As atividades do NEC visam objetivos científicos, sociais e profissionais, tais como:

- Intercâmbio científico entre enfermeiros cuja atividade profissional se desenvolva nas diversas áreas da cardiologia;
- Divulgação direta (ou através de organismos oficiais) de temas de âmbito técnico, científico e social, junto de organizações, serviços, instituições e comunidade em geral;
- Promoção e divulgação da investigação em Enfermagem através do apoio a projetos de estudo individuais ou coletivos;
- Cooperação com os órgãos da SPC na concretização dos objetivos propostos;
- Colaboração no ensino pós-graduado nas mais diversas áreas da cardiologia: cardiologia pediátrica, cardiotorácica, cuidados intensivos, hemodinâmica, etc.;
- Promoção, divulgação e realização de reuniões científicas (nas diferentes vertentes), de âmbito nacional e internacional, sobre as mais diversas áreas de Enfermagem em cardiologia;

- Colaborar sobre as formas sociais e científicas com a SPC nos seus projetos, incluindo o Congresso Português de Cardiologia;
- Realização da Reunião Anual do NEC com apresentação de um programa científico de interesse transversal à Enfermagem em geral;
- Atualizar os membros sobre trabalhos científicos e promover a divulgação dos mesmos;
- Promoção de contactos, promoção de relações científicas, intercâmbio de informações e experiências com grupos congéneres, quer nacionais quer internacionais.

Intercâmbio internacional

A coordenadora do NEC é desde 2009 a representante portuguesa do *Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions* da Sociedade Europeia de Cardiologia. Existe anualmente uma data que coincide com o congresso internacional (*EuroHeartCare*) onde todos os membros europeus se reúnem para debater os mais variados assuntos do foro da Enfermagem cardiovascular.

Projetos futuros

Pretendemos efetuar um estudo global, mas transversal a todas as unidades de cardiologia do país, para estudar o que é realizado a nível das diferentes intervenções de Enfermagem. Este projeto encontra-se em desenvolvimento.

Sofia Nunes (coordenadora NEC)

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE DIÁLISE E TRANSPLANTAÇÃO (APEDT)

Introdução

No dia 12 de dezembro de 1983, pelas 18h00, reuniram-se na Av. das Forças Armadas n.º 49, em Lisboa, um grupo de enfermeiros com o objetivo de 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. A data oficial da sua fundação consta no registo do 16º Cartório Nacional de Lisboa, 139-H, fls. 39-40, Publicação Diário da República, nº 101, série III de 2 de maio de 1984.

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. 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.

Instituições / Associações com quem tem colaborado em especial

OE - Ordem dos Enfermeiros;

EDTNA/ERCA – *European Dialysis Transplant Nurses Association / European Renal Care Association;*

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia;

SOBEN – Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia;

SLAEN – Sociedade Latino Americana de Enfermagem em Nefrologia.

Organização de eventos científicos:

Encontro Regional APEDT, no 1º trimestre de cada ano;

Simpósio APEDT, no último trimestre de cada ano;

Congresso APEDT anual, em simultâneo com o Congresso Português de Nefrologia.

Publicações

Revista NEPHRO'S, publicação semestral , 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 Decreto- Lei nº. 241/2000 de 26 de setembro, art. 11º, nº4 e art. 12º, nº 2.

Colaborou com a 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.

Organiza anualmente o Congresso APEDT e o Encontro Regional APEDT.

Atividades para futuro

1. Colaborar com a Ordem dos Enfermeiros para a definição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Área de Nefrologia);

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.

NOTA INTRODUTÓRIA SOBRE A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS EM ESTOMATERAPIA (APECE)

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia

A APECE foi fundada em janeiro do ano 2005, publicada em Diário da República, III Série, n.º16 de 23 de janeiro de 2006. É uma pessoa coletiva de direito privado, dotada de personalidade jurídica, sem fins lucrativos, alheia a qualquer credo político ou religioso, que se rege pelo disposto nos presentes Estatutos e pelas leis gerais aplicáveis. A APECE tem por fim a representação dos enfermeiros que prestam cuidados em estomaterapia, com vista à promoção e à defesa dos seus interesses, tomando para o efeito, apoiar iniciativas e desenvolver todas as atividades que se mostrem necessárias ou úteis, desde que não contrariem a lei, ou o disposto nos seus estatutos.

Os seus órgãos sociais, ao assumirem este desafio, instituíram uma identidade visual marcada pela criação de um logotipo, elaborado para transmitir pela sua cor, a esperança e energia e, pela sua estética, força e união.

O crescente interesse dos enfermeiros em melhorar a qualidade assistencial à pessoa ostomizada e família, aliada à constante evolução científica e tecnológica, impulsionaram o contínuo desenvolvimento da estomaterapia em Portugal. A nível nacional, a formação pós-graduada na área de estomaterapia inicia-se na Universidade *Saint Bartholomew's School of Nursing*, em Inglaterra (1985), com o curso *Stoma Care Nursing Course*, depois em Lyon, França (1986), *Enseignement d' Entéro-Stomathérapie* e, posteriormente, em Madrid, na *Universidad Complutense* (1988), com as primeiras enfermeiras com o *Titulo Próprio de Experto Universitario en Estomaterapia* que teve continuidade na Universidade Pública de Navarra, Espanha.

As primeiras de consultas de Enfermagem na área de estomaterapia surgiram em 1991, tendo por base um suporte legal, o Despacho de 24 de fevereiro de 1995 do Ministério da Saúde, assinado pelo ministro da Saúde de então, Paulo Mendo.

Constituída por 174 sócios (129 ativos), a APECE tem vindo a promover anualmente desde 2006, encontros científicos, proporcionando aos seus participantes momentos de troca de experiências, propostas e inovações e mostrando claramente que a estomaterapia é uma área diferenciada.

Procuramos descentralizar a formação dos enfermeiros realizando encontros, *workshop*

e jornadas em Coimbra, Porto, Lisboa, Beja, Braga, Aveiro, Seia. Em 2014 realizamos em Leiria as VI Jornadas sob a temática «Saber Cuidar em Estomaterapia – Particularidades que Fazem a Diferença».

Durante os seus nove anos de existência, os órgãos sociais da APECE, enfermeiros do Norte ao Sul do País, procuraram continuadamente cumprir metas, tais como:

1. Estabelecer uma ligação informática, através da criação da página da Associação na Internet, de modo a permitir informação atempada das atividades da Associação, dos avanços nesta área e de eventos organizados por outras instituições nacionais e internacionais (www.apece.eu);

2. Colocar à disposição dos seus associados, publicações nacionais e internacionais na área da estomaterapia através do *site* da APECE, em área reservada aos sócios;

3. Dinamizar a informação entre APECE e sócios através da base de dados;

4. Consolidar a acreditação pelo Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermeiros (FNOPE) desde 23 de março de 2010;

5. Editar o livro científico «Estomaterapia: o Saber e o Cuidar» – Lançamento nacional em janeiro de 2013 (Edições Lidel);

6. Organizar e realizar dois cursos de formação avançada em estomaterapia, em Lisboa e Porto, nomeadamente em 2012 e 2013, em parceria com a Universidade Católica Portuguesa;

7. Apresentar o «Guia Orientador de Boa Prática em Estomaterapia: cuidar da pessoa com ostomia de eliminação/família» processo em curso desde o ano 2009 na Ordem dos Enfermeiros;

8. Consolidar a acreditação por duas entidades: *World Council of Enterostomal Therapists* (WCET) e *European Council of Enterostomal Therapy* (ECET), visto que o WCET é um órgão representativo a nível internacional que tem como objetivo promover a identidade da estomaterapia no mundo e o intercâmbio internacional entre os especialistas, possibilitando o desenvolvimento técnico e científico na área, além da uniformização de condutas direcionadas para a melhoria da qualidade assistencial à pessoa com ostomia e família, com incontinências anal e urinária e com feridas agudas ou crónicas. O ECET tem como objetivo promover uma identidade europeia para enfermeiros que cuidam da pessoa com ostomias, pesquisa e formação entre enfermeiras da Comunidade Europeia.



Mesa do Colégio da Especialidade
de Enfermagem Médico-Cirúrgica