

Enformação

Enfermagem em contínuo movimento



PROJETAR A MUDANÇA

À Procura da Excelência
Análise da Qualidade numa unidade clínica do CHLC

Cuidar da Criança e Família
após o Transplante Cardíaco

A Influência do Ensino Pré-operatório
de Enfermagem na Redução da Ansiedade Intra-operatória
em Cirurgia Ambulatória de Extração de Catarata

N.º 4 > AGO > OUT'14
ISSN 2182-8261

ACADEMIA ACE

AS AÇÕES DE FORMAÇÃO DA ACADEMIA ACE SÃO GRATUITAS E PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

EM 2014 A ACADEMIA ACE JÁ REALIZOU 2 CURSOS SOBRE AS TEMÁTICAS:

- > REFLETIR A NUTRIÇÃO
- > VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NO INDIVÍDUO COM DOENÇA NEUROLÓGICA

E ESTÁ PREVISTO REALIZAR MAIS 2 WORKSHOPS.

PARTICIPE E INCREVA-SE
www.acenfermeiros.pt



26 SET 2014
10:00 > 13:00 H
HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

A Problemática da Criança/Jovem e Família com Doença Crónica: Partilha de Experiências de Enfermagem

11 DEZ 2014
10:00 > 13:00 H
HOSPITAL DOS CAPUCHOS

A Bioética e a Enfermagem: o Estado da Arte

INSCRIÇÕES: **www.acenfermeiros.pt**
a.c.enfermeiros@gmail.com

editorial



Nem todos
conseguem
ver o arco-íris



Filomena Leal
Presidente

Conselho Directivo

Filomena Leal
Elsa Folgado
Helena Xavier
Paula Santos
Luís Pereira

[enformacao.direcao@gmail.com]

Conselho Redatorial

Helena Xavier
Maria Falcão
Paula Duarte
Ivete Monteiro

[enformacao.cr@gmail.com]

Conselho Científico

Ana Marinho
Delmira Pombo
Lúgia Malaquias
Maria das Neves Dinis
Pedro Jácome

[enformacao.cc@gmail.com]

Sede

Direção dos Serviços de Enfermagem
R. José António Serrano, 1150 Lisboa
Telefones 21 8841896/1573
Fax 21 8864616

Design Gráfico

Cognição
www.cognição.pt

Revista Digital

Periodicidade Quadrimestral

ISSN 2182-8261

Caros Colegas,

É um regozijo sentir, como presidente desta Associação, que apesar das adversidades experienciadas para dar resposta a inúmeras solicitações pessoais e profissionais, os elementos dos corpos sociais tem desenvolvido diversas atividades ao longo do ano. Estas atividades só têm sido possíveis com a colaboração de sócios e de diferentes profissionais do CHLC assim como de outras instituições. A todos o meu sincero agradecimento.

Como sabem, acredito seriamente nas capacidades inovadoras e no empenho dos Enfermeiros e com a criação da **ACADEMIA ACE** (podem consultar o regulamento no site da Associação) já atingimos um dos seus objetivos que é realizar **workshops** de cariz multidisciplinar que promovam debate e reflexão acerca dos temas apresentados e sejam impulsores da divulgação de novas orientações na arte do cuidar. Até ao final do ano já estão programadas mais duas atividades referenciadas na agenda deste número da revista.

Como Associação cujo objeto visa a formação dos Enfermeiros é para nós imperioso evidenciar as boas práticas e incentivar o desenvolvimento de trabalhos de investigação. Pesquisar, investigar, são meios de estimulação cognitiva que desenvolvem as nossas capacidades intelectuais. A investigação, como sabem, é uma procura de conhecimentos, ou de soluções para certos “enigmas”.

Citando a tomada de posição da **Ordem dos Enfermeiros**, também nós acreditamos, que a Investigação em Enfermagem:

- É exercida em todos as áreas de atividade de Enfermagem;
- Permite a expansão do conhecimento em Enfermagem;
- É fundamental para a Excelência da Enfermagem;
- Contribui para os cuidados seguros;
- Promove o desenvolvimento profissional.

Na campanha eleitoral para os novos corpos sociais prometemos que iríamos promover um **Prémio de Investigação** bianual e como diz o provérbio “o prometido é devido”. Convidamos todos a ler o regulamento disponível para consulta em www.acenfermeiros.pt. O trabalho deverá ser inovador nas áreas da Prática Clínica, Gestão/Liderança em Enfermagem, Formação em Enfermagem. O prazo de entrega de candidaturas termina a 11 de Março de 2016. O prémio a atribuir é de 2500 euros. É nosso propósito realizar o nosso Congresso nos dias 12 e 13 de Maio de 2016 onde serão apresentados os trabalhos de investigação selecionados.

Caros Colegas, deixo o repto de navegarem no site para terem conhecimento de novos protocolos realizados. Contamos também com as vossas propostas para a evolução e prestígio da Associação.

Dirijo-vos um apelo: Participem nas atividades planeadas. Disseminar o conhecimento é fulcral para a aquisição de competências e com elas construir novos saberes importantes para um Cuidar de excelência. Um dos nossos objetivos como Associação é ter no mínimo mil associados. Lutemos por isso.

Parafraseando Fernando Pessoa: *“Matar o sonho é matarmo-nos. É mutilar a nossa alma. O sonho é o que temos de realmente nosso, de impenetravelmente e inexpugnavelmente nosso”.*

No último editorial escrevi algo que reforço: *“Acredito que nada se faz sozinho e a Enfermagem não está numa redoma, pelo contrário, somos do Mundo e para o Mundo”.* Nesse mundo nem todos conseguem ver o **arco-íris** porque só olham para si próprios, não olham para cima... para o céu.

O significado simbólico da palavra arco-íris provém da mitologia grega, onde Íris era uma deusa que exercia a função de arauto divino. Na sua tarefa de mensageira, deixava um rasto multicolorido ao atravessar os céus. Podemos ver o arco-íris de diferentes tamanhos, mais perto, mais longe, mas ele está ali e resplandece beleza, cor, esperança e força.

Penso que representa o que somos para os Utentes.

Desejo que todos tenham umas férias felizes e um bom regresso ao trabalho.

Prémio de Investigação em Enfermagem

2016



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Prémio 2500 €

TRABALHO INOVADOR
NAS ÁREAS DE:

- > Prática Clínica;
- > Gestão/Liderança em Enfermagem;
- > Formação em Enfermagem.

Prazo de entrega de candidaturas:
11 março 2016

a.c.enfermeiros@gmail.com

Direcção de Enfermagem, CHLC, EPE | Rua José António Serrano 1150-199 Lisboa

Regulamento disponível para consulta: www.acenfermeiros.pt

Enf^{orm} ação

À procura da Excelência 14
Análise da Qualidade
numa unidade clínica do CHLC

Isa Félix e Manuela Sarmento

Cuidar da Criança e Família 22
após o Transplante Cardíaco

Ana Inês Lourenço da Costa

A influência do ensino 28
pré-operatório em enfermagem
na redução da ansiedade intra-operatória
em cirurgia ambulatória de extração
de catarata

Marta de Jesus Borges Fonseca



Ajude-nos a conseguir mais parceiros institucionais.



ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE
Hospital S. José Lisboa - Pena
Rua José António Serrano
1150-199 LISBOA

Tel.: 218 841 896 • Fax: 218 841 087

+ inovação
+ benefícios
+ vantagens

- Acessos específicos para sócios
 - Apoio à formação / investigação
 - Protocolo de cooperação
 - Actividades e Eventos
- Espaço de Conteúdos Científicos
 - Submissão e publicação de artigos na revista
 - Biblioteca de artigos publicados
 - Revista digital
- Links de utilidade profissional



Promova o nosso site!

www.acenfermeiros.pt

Enf orm ação



VISIBILIDADE

- 08 CHLC sempre a mexer**
Notícias e outras novidades do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE
- 09 Enfermagem na atualidade**
Prémio de Boas Práticas Clínicas
Helena Xavier

AGENDA

- 12 Calendário**
Eventos e atividades ACE

EMPENHO

- 35 Entrevista Via Verde AVC**
Maria João Duarte, Ana Paiva Nunes e Ricardo Braga
- 10 Marcar a diferença**
Associações do CHLC
Liga de Amigos do Hospital S. José
José Abelha

- 11 Viver Verde**
Decorar com pneus
passo a passo
Reutilizar

EVIDÊNCIA

- 37 Aconteceu**
Workshop ACE
Refletir a Nutrição
Paula Duarte
- 39 Dia Internacional do Enfermeiro**
ENFERMEIROS: A FORÇA DA MUDANÇA
Recurso vital para a saúde
Paula Pinheiro



sempre mexer

Fátima Palmeiro
Gabinete de Assessoria e Comunicação
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - CHLC



2.º Prémio de Boas Práticas Clínicas

As Equipas de Enfermagem do Hospital de Dia de Hemato-Oncologia e Hematologia Clínica e o Gabinete de Risco receberam o 2.º Prémio de Boas Práticas Clínicas na Administração de Quimioterapia Intratecal.

O prémio foi concedido pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, no âmbito da sua 7.ª Reunião Nacional, que teve lugar no final de Maio.

Hospital de Santa Marta realiza 100.º transplante pulmonar

O Centro Hospitalar de Lisboa Central comemorou o 100.º transplante pulmonar realizado no Hospital de Santa Marta.

Com a presença de muitos dos doentes transplantados ao longo dos 12 anos deste programa, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE assinalou a realização do 100.º transplante pulmonar efetuado no Polo Hospital de Santa Marta.

A intervenção inicial esteve a cargo da Sr.ª Presidente do Conselho de Administração do CHLC, Dr.ª Teresa Sustelo.

A cooperação entre Portugal e Espanha na área dos transplantes pulmonares foi o tema da intervenção do Dr. José M.ª Borro Maté, do Centro Hospitalar Juan Canalejo, da Corunha enquanto o Dr. Andrés Varela, do Hospital Puerta d'Hierro, em Madrid, destacou os novos desenvolvimentos na transplantação pulmonar.

O director do Programa de Transplantação Torácica no H.S.M., Prof. José Fragata, apresentou a história, os factos e os da transplantação pulmonar em Santa Marta.

O Sr. Ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo, encerrou a iniciativa.



V Jornadas Antonianas do Hospital de Santo António dos Capuchos

Sob o título "Linha SOS: Senhora da Saúde, Santo António, São Gens" decorreram no mês de Junho as V Jornadas Antonianas do Hospital de Santo António dos Capuchos. Desta vez o tema foram as devoções populares aos Santos de Lisboa.

O programa teve início no dia 1 de Junho, com a conferência "Religiosidade popular: a procissão da Senhora da Saúde". Foram ainda abordados os temas "Santo António de Lisboa: metamorfoses de um culto" e "Um mito (mal) sentado: a cadeira de São Gens".

Para o dia 13 de Junho realizou-se o "Concerto de Primavera em louvor a Santo António", da autoria de Rui de Luna para piano e guitarra portuguesa.

As V Jornadas encerraram dia 28 com a peça de teatro "Santo António", com autoria e encenação de Hélder Costa e representação a cargo do Grupo de Teatro "A Barraca".

Esta foi uma iniciativa conjunta do GELUS - Gabinete de Estudos Lusófonos/ Faculdade de Letras UL, Capelania do Hospital de Santo António dos Capuchos e Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC).



Enfermagem na atualidade

Enf. Helena Xavier

O trabalho desenvolvido em parceria por um grupo de enfermeiros do Hospital de Dia Hemato-Oncologia, Hematologia Clínica e Gabinete de Gestão do Risco do Pólo do HSAC, foi distinguido com o 2.º Prémio de Boas Práticas Clínicas, na 7.ª Reunião Nacional da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, que decorreu no mês de Maio, no Grande Hotel do Luso.



Boas práticas na administração de quimioterapia intratecal - Monitorização de um projeto de melhoria

Enf. Helena Xavier; Enf. Cândida Damião; Enf. Cristina Martins; Enf. Liliana Queirós; Enf. Márcia Caeiro; Enf. Sofia Antunes; Enf. Rosa Romão; Enf. Ana Marinho

INTRODUÇÃO

A administração de quimioterapia intratecal (IT) é um procedimento de elevado risco de morbilidade/mortalidade, estando documentadas mais de 50 mortes a nível mundial por erros de via de administração com vincristina (OMS, 2006).

Neste contexto definiu-se como projecto de melhoria no âmbito da segurança do doente, a administração de quimioterapia por via IT.

Elaborado procedimento sectorial para a "Administração de quimioterapia IT", incluindo uma lista de verificação de segurança que define os procedimentos a executar pelos diferentes profissionais envolvidos no processo, desde a prescrição à administração, estabelecendo um circuito individualizado em cada tratamento.

Definidos protocolos terapêuticos, disponíveis em sistema de prescrição electrónica; estabelecido um intervalo de segurança entre a administração IT e EV, e a diluição obrigatória dos "Alcaloides da Vinca".

OBJECTIVOS

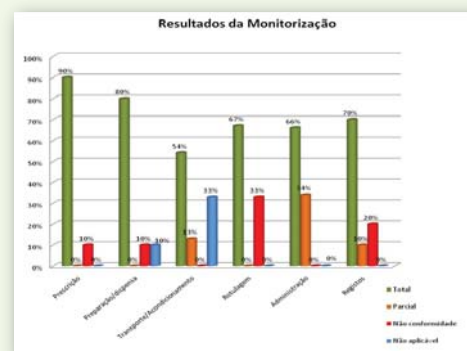
- Definir boas práticas para administração segura de quimioterapia IT;
- Uniformizar práticas e procedimentos;
- Monitorizar o cumprimento do procedimento sectorial "Administração de quimioterapia por via IT" na Área Hemato-Oncológica; através de 10 observações, consulta documental e entrevistas informais aos profissionais;
- Identificar áreas de melhoria, implementar medidas de segurança do doente.

AÇÕES DE MELHORIA

- Revisão/divulgação do procedimento setorial com a equipa multidisciplinar, designadamente a equipa de farmacêuticos;

- Elaboração de instrumento de registo com campos de preenchimento obrigatório no processo clínico;
- Monitorização anual do procedimento e divulgação dos resultados à equipa multiprofissional;
- Reformulação do rótulo de identificação exterior da terapêutica IT;
- Definição no manual de integração de novos profissionais do n.º mínimo de participações na técnica com necessidade de supervisão e avaliação das competências adquiridas e/ou desenvolvidas;
- Elaboração de instrumento de registo da frequência de participação dos profissionais nesta técnica, garantindo competências e equidade de oportunidades.

RESULTADOS DA MONITORIZAÇÃO



CONCLUSÃO

Este projeto na área de administração de terapêutica IT é um processo dinâmico de melhoria continua visando a segurança do doente e do profissional.



Liga de Amigos do Hospital S. José

Tendo iniciado no número anterior a divulgação do trabalho desenvolvido pelas Associações do CHLC, em prol da solidariedade e justiça social dos utentes/família, iremos dar sequência a esta iniciativa, dando a conhecer o projeto da Liga de Amigos do Hospital S. José.

A **Liga de Amigos do Hospital de São José** foi formalmente criada a 15 de Julho de 1991, através de escritura pública, conforme publicação na 3.ª série do Diário da Republica, n.º 230/91 de 7 Outubro, sendo sócios fundadores o Dr. Fernando José Aragão de Barros, o Dr. João Manuel Bentes de Jesus e o Dr. António Manuel Vital Morgado.

A **Liga de Amigos do Hospital de São José** é uma associação apolítica sem fins lucrativos, atuando na área de influência do Hospital de São José, local onde se encontra sediada, tendo como objetivos o apoio através de ações voluntárias e benemerentes a vários aspectos da vida hospitalar, particularmente os de incidência humanitária e social.

A Liga funciona na base do voluntariado, no entanto atendendo aos fins a que se destina, necessita de um apoio financeiro, que no fundo é o resultado das receitas ordinárias das quotizações dos seus sócios, bem como de donativos e outras fontes de receita. Os sócios designam-se de amigos.

A solidariedade e o apoio aos Utes do Hospital de São José é o lema principal da Liga, neste contexto a Liga apresenta-se como entidade promotora do voluntariado no Hospital, que em complementaridade com os profissionais proporciona um apoio e uma ajuda no acompanhamento aos utentes que acorrem à nossa instituição. O voluntariado neste hospital tem mais de 30 anos de existência, contando diariamente com um grupo que assegura a sua atividade os 7 dias da semana.

Paralelamente às ações de voluntariado que a Liga promove, a mesma tem também contribuído com donativos para o hospital, com vista à melhoria das condições assistenciais e apoio aos utentes como sejam:

- A oferta de uma ambulância medicalizada;
- Telefones portáteis para que os doentes impossibilitados de se deslocarem pudessem comunicar com os seus familiares e amigos;
- Oferta de televisores para salas de espera, entre outros.

São os seus sócios e os beneméritos que proporcionam a sua atividade e a sua missão, pelo que quantos mais formos, maior será a Liga e maior será a sua participação na comunidade hospitalar, pelo que contamos que com esta divulgação possamos aumentar o número de amigos e fazer mais e melhor em prole dos utentes do Hospital de São José.

Contactos: Telm: 919 638 783 | email: liga.amigoshsjose@chlc.min-saude.pt



Viver Verde

REUTILIZAR

Decorar com pneus passo a passo

Através da reutilização de utensílios e materiais "supostamente" in-reutilizáveis de forma sustentável, é possível criar objetos de decoração que são verdadeiras obras de arte e que cada vez mais, estão na moda.

Com um pouco de paciência e criatividade, podemos descobrir muitas maneiras de reutilizar os mais diversos materiais que perderam a sua utilidade inicial, porque estão velhos, avariados ou porque simplesmente não os queremos, mas também temos pena de os deitar fora.

Por isso, lançamos-lhe o desafio: Aproveite um fim de semana e tente descobrir uma nova utilidade para algo que estava a pensar deitar fora. Além do conceito ecológico, vai ver que fica com uma peça exclusiva! Experimente esta ideia.



De uns pneus velhos é possível fazer originais pufs, mesas e vasos de jardim em croché,



ou até banquetas para todos os gostos...

agenda



11-13 setembro

5.ª Bienal de Cardiologia da Terceira

Hotel Terceira Mar, Angra do Heroísmo

Organização: Serviço de Cardiologia do Hospital Santo Espírito. Inclui curso sobre "O coração do idoso".


12-13 setembro

Primeiras Jornadas de Educação para a Saúde

Auditório do Teatro Campo Alegre, Porto

Organização: Departamento de Educação para a Saúde do Núcleo Regional do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC).

Tema central: "A Arte da Prevenção do Cancro".



**LIGA PORTUGUESA
CONTRA O CANCRO**

**JORNADAS DE
EDUCAÇÃO PARA
A SAÚDE**



18-19 setembro

7.º Curso de Reumatologia Prática em Cuidados Primários

Hotel Sana Metropolitan

Organização: Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Serviço de Reumatologia do CHLO, EPE - Hospital Egas Moniz.

18-19 setembro

4.º Encontro Nacional de Utentes e Cuidadores na Área da Saúde Mental

Centro de Congressos dos HUC, Coimbra

Organização: Comissão Consultiva de Utentes e Cuidadores (CCPUC) do Programa Nacional para a Saúde Mental, da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Tema central: (Con)viver com a Doença Mental.

19 e 20 setembro

Reabilitação da Pessoa com AVC Cuidados de Enfermagem (Módulo do Curso de Pós-Graduação em Acidente Vascular Cerebral)

Auditório 1 - Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Lisboa

Organização: Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias.



REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC CUIDADOS DE ENFERMAGEM
(Módulo do Curso de Pós-Graduação em Acidente Vascular Cerebral)

DIAS 19 E 20 DE SETEMBRO DE 2014

Horário: 9h30 às 13h00
Créditos ECTS: 6
Preço: 40€

Local: Auditório 1 - Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias
Coordenadora: Dr. Alexandre Antunes e Silva e Coordenadora Ricardo Braga
Formadora: Enfermeira Ricardo Braga (Unidade Cuidados Vasculares, CHLO)

PROGRAMA

- Via Verde AVC e cuidados de enfermagem na fase aguda
- Neuroavaliação da pessoa com AVC
- Reabilitação:
 - Cognitiva
 - Linguagem
 - Deglutição
 - Força, coordenação e sensibilidade
 - Cardio-respiratória
 - Vascular e intestinal
 - Mãe
- Mobilizações
- Posicionamentos, levante e transferências

Organização: [Logos]

Recursos Convidados: [Logos]

Com o apoio de: [Logos]

INFORMAÇÕES/INSCRIÇÕES
Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias
Departamento de Formação Pós-Graduada em Saúde
Quinta das Lágrimas nº 16, 1050-011 Lisboa
Telefone: 21 712 0913 | E-mail: jps@esfsmisericordias.pt | URL: www.enfermagemisericordias.pt



19 a 21 setembro

Congresso sobre Medicinas Naturais dedicado às Doenças Reumáticas e Autoimunes

Quinta das Lágrimas, Coimbra

A Expo Saúde e o Congresso "Naturales Medicinae 2014" vão realizar-se sob o tema central "As Doenças Reumáticas e Auto-Imunes" a promover a partilha de conhecimentos e práticas na prevenção e tratamento destas doenças". A entrada é livre.

agenda



▶ 25-26 setembro

Congresso Internacional Prevenir e Combater as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde - Métodos de Atuação Translacional

Centro de Congressos dos Hospitais da Universidade de Coimbra - CHUC

Organização: Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar (APIH)

▶ 26 setembro

Workshop ACE A Problemática da Criança/Jovem e Família com Doença Crónica: Partilha de Experiências de Enfermagem

Hospital da Estefânia, Lisboa

A ACE está a realizar, neste ano de 2014, diversas ações formativas gratuitas para todos os profissionais de saúde.



▶ 02 a 05 outubro

20.º Congresso de Obstetria e Ginecologia

Centro de Congressos Altis Lisboa

Organização: Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetria e Ginecologia (FSPOG)

▶ 02-03 outubro

IV Congresso Nacional de Saúde Pública

Fórum Lisboa (antigo Cinema Roma)

Organização: Conselho Nacional de Autoridades de Saúde, Departamento Universitário de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Direção-Geral da Saúde, Direção Regional da Saúde da RA Açores, Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto de Administração da Saúde da RA Madeira, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto



▶ 10-11 outubro

XXIX Jornadas de Cardiologia do Sul e Regiões Autónomas e IX Jornadas de Cardiologia de Évora

Évora Hotel

Organização: Serviço de Cardiologia do Hospital do Espírito Santo de Évora. Tema central: "Inovar na crise".

Além da apresentação e discussão de posters, a realização de duas mesas redondas de Enfermagem e de Cardiopneumologia, o programa inclui ainda a conferência "Informação, Inovação e Sustentabilidade num contexto de crise".



À procura da Excelência

Análise da Qualidade numa unidade clínica do CHLC

RESUMO

Atualmente, a satisfação do cliente figura-se como um indicador fundamental na avaliação da qualidade do serviço. Medir a qualidade do serviço tem sido um grande desafio para os profissionais de *marketing* da saúde e na literatura há uma lacuna na investigação nesta área em Portugal. Esta investigação de natureza quantitativa propõe-se analisar os determinantes da satisfação dos clientes numa unidade clínica de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Lisboa Central e a qualidade percebida, através da aplicação de 72 inquéritos, fundamentados no Modelo de Satisfação do Cliente. Os resultados mostram que o nível de satisfação dos utentes é neutro com uma forte tendência para a satisfação. As dimensões da qualidade que representam maior grau de satisfação são a cortesia, a empatia e a competência. Espelha ainda que as questões que envolvem o relacionamento e formação dos profissionais são formas de incitação à satisfação. Por outro lado, características como o ruído interno e externo, a lotação do quarto e a atratividade visual das instalações penalizam a qualidade percebida. Prova-se que o contexto distingue-se pela competência e profissionalismo dos prestadores de cuidados e que, por oposição, precisa melhorar aspetos como a reforma de instalações e equipamentos, a capacidade dos quartos e aumentar o conforto.

Palavras-Chave: Satisfação do Cliente, Qualidade do Serviço; Serviços de Saúde

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os conceitos e valores de gestão evoluíram significativamente como resposta às problemáticas nos diferentes períodos históricos. Das variadas contribuições científicas para a gestão das organizações destaca-se a desenvolvida por Taylor que se centrou na organização das tarefas individuais, na análise de métodos e tempos e na divisão do trabalho, designada de **teoria da organização científica**. Assistiu-se posteriormente ao desenvolvimento da **teoria clássica** sobre a estrutura organizativa, onde se destacam as conceções de Max Weber (1947) e Henry Fayol (1949) acerca do processo administrativo. Apenas depois surgem as **teorias centradas nas pessoas** e nos **aspetos comportamentais**. Atualmente, as **teorias dos sistemas** e da **contingência** salientam a importância das variáveis exógenas à organização como base para a tomada de decisões sobre a estrutura organizativa e os aspetos comportamentais (Sarmiento, 2003). As decisões devem ser contingenciais, sendo tomadas em função dos contextos interno e externo à empresa. Presentemente, a gestão prima pela flexibilidade com especial ênfase nos recursos humanos e orientada para o cliente (Lopes & Capricho, 2007).

Da Qualidade: a implicação do conceito

O desenvolvimento do conceito da qualidade está estreitamente relacionado com a evolução das teorias descritas e conseqüentemente com as diversas orientações das organizações perante o mercado (Kotler, 1994). Considera-se que o conceito de qualidade evoluiu progressivamente ao longo do século XX e podem-se destacar quatro fases distintas, dotadas de características e metodologias diferentes: **inspeção** caracterizada por ausência de *know-how* especializado (Brocka, 1992); **controlo**, com a criação de padrões, monitorização do processo, análise de desvios e aplicação de medidas corretivas; **garantia**, através da aplicação de um sistema de planeamento e controlo da qualidade (Bank, 1998; Madu, 1998); **gestão**, objetivando a melhoria contínua; e **sustentabilidade** (Lopes & Capricho,

2007). Atualmente assiste-se à era do *marketing* social em que a qualidade é um suporte que garante o sucesso económico, social e ambiental e que permite atingir a excelência e o desenvolvimento sustentável.

Apreende-se então que a qualidade tem assumido particular relevância ao longo das últimas décadas, constituindo-se alvo de estudo e de desenvolvimento de perspetivas acerca da problemática (Garvin *in* Paladini, 1990; Brocka, 1992; Oakland, 1992; Juran, 1997; Madu, 1998; Goetsch, 2000). As definições de qualidade são inúmeras e como se constata têm emergido em resposta às constantes mudanças empresariais. Considerando a globalização dos mercados, as mudanças constantes das expectativas dos clientes, as descontinuidades tecnológicas e a concorrência global como fatores que modificam as fontes de vantagem competitivas, a adoção de um sistema direcionado para a qua-



...o sucesso de uma política de qualidade numa organização passa pela consciência de que a gestão de qualidade é determinante para se alcançar a plena satisfação dos clientes e o próprio desenvolvimento da organização.



lidade torna-se a resposta com mais êxito no enquadramento competitivo atual. Assim, é aceite que a qualidade tem implicações positivas na *performance* e na posição competitiva das organizações (Lovelock, 1991; Cronin & Taylor, 1992; Grönroos, 2004; González, Comesaña & Brea, 2007).

Podem-se estabelecer grosseiramente quatro enfoques básicos e fundamentais da qualidade (Tse & Wilton, 1988; Bolton & Drew, 1991; Oakland, 1992):

- Qualidade é **excelência** (Tuchman *in* Llorens Montes & Fuentes, 2001).
- Qualidade é **valor** (Madu, 1998).
- Qualidade é **conformidade com as especificações** (Juran, 1997).
- Qualidade é **igualar ou exceder as expectativas dos clientes** (Grönroos, 2004).

Entende-se portanto que a ênfase se deslocou da otimização financeira dos ativos para a **satisfação do cliente** e para a **melhoria contínua**, através de uma filosofia de gestão pela qualidade total (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988; Brown & Swartz, 1989; Chiave-

nato, 1999). Os padrões dos serviços são mais exigentes porque os clientes estão efetivamente mais sensíveis à qualidade e o *focus* mudou de eficientemente produzido para um modelo flexibilizado à resposta do consumidor e estreitamente relacionado com outros conceitos de *marketing* tais como as intenções comportamentais, a retenção de pessoas, os lucros, o valor e com interesse crescente a **satisfação do cliente** (Lovelock, 1991; Cronin and Taylor, 1992; Fernandes, 2000; Grönroos, 2004; Lovelock e Wirtz, 2006).

Assim, o sucesso de uma política de qualidade numa organização passa pela consciência de que a gestão de qualidade é determinante para se alcançar a plena satisfação dos clientes e o próprio desenvolvimento da organização (Llorens Montes and Fuentes, 2001). Entenda-se a simples definição de satisfação do cliente proposta por Kotler (1994) como o resultado da percepção do desempenho do serviço e da produção do bem, em relação às suas expectativas. De facto, o cliente fica satisfeito quando as suas expectativas são igualadas ou superadas, ou seja, a organização prestou um serviço com nível elevado de qualidade (Harris & Hawinston, 2000).



Da Qualidade: uma avaliação impreterível

Sendo a qualidade um *input* fundamental para alcançar a satisfação do cliente, deverão os planos de qualidade implementados nas organizações encerrar mecanismos imprescindíveis para conseguir esse objetivo primordial e procurar manter e melhorar continuamente os processos e os serviços como resposta atempada e adequada às mudanças (Bateson, 1991; Bolton and Drew, 1991).

Torna-se assim fundamental a avaliação da qualidade através de diversos modelos cientificamente validados como o modelo SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985; Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1988; Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1994; Carman, 1990; Babakus and Boler, 1992; Buttle, 1996), o modelo LODGSERV (Knutson, Stevens, Wullaert, Patton & Yokoyama, 1991) e o **modelo SATCLI** (Sarmento, 2003). Os modelos encerram as dimensões que caracterizam a qualidade e avaliam a satisfação do cliente e a qualidade percebida, um fator abstrato e complexo inerente às particularidades dos serviços (Anderson e Sullivan, 1993). Estes modelos permitem determinar quais as características chave que contribuem para a satisfação do cliente, analisada através da metodologia analítica.

Neste âmbito surge o presente estudo descritivo que pretende **explorar como os clientes de uma unidade clínica de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Lisboa Central percecionam e avaliam a qualidade do serviço prestado**, através da análise da satisfação do entrevistado. Primeiro, analisa-se a satisfação do usuário no serviço de saúde, por meio do modelo de SATCLI (Sarmento, 2003) e definem-se entre as dimensões da qualidade – confiabilidade, resposta, segurança, tangibilidade, empatia, competência e cortesia – aquelas que representam maior grau de satisfação para os clientes. Em seguida, determina-se as variáveis que incrementam e as que penalizam a qualidade percebida. Finalmente interessa reportar as vantagens competitivas do contexto e reconhecer áreas de insucesso para posteriores ações corretivas, promovendo a melhoria contínua da organização.

Pretende-se assim definir e mensurar a qualidade do contexto em estudo com base na seguinte questão de investigação: **qual o nível de qualidade do serviço prestado ao cliente de uma unidade clínica de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Lisboa Central?**

2. MÉTODOS

A presente pesquisa enquadra-se no **tipo quantitativa descritiva** e pretende analisar a satisfação do cliente numa unidade clínica de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Lisboa Central. Com base nos objetivos definidos, optou-se pela aplicação de **inquéritos** como instrumento de recolha de dados, fundamentados na pesquisa de Sarmento acerca do Modelo de Satisfação do Cliente (SATCLI) e onde estão inscritas as componentes da qualidade que influenciam a sua satisfação (Sarmento, 2003).

O **Modelo de Satisfação do Cliente** encerra sete dimensões da qualidade do serviço e é baseado no modelo LODGSERV proposto por Knutson, Stevens, Wullaert, Patton & Yokoyama (1991) para a avaliação da satisfação do cliente no setor turístico. As sete dimensões definidas e aplicadas são **confiança, segurança, resposta, tangibilidade, empatia, competência e cortesia**. Considerando a sua aplicabilidade apenas estudada ao setor hoteleiro, mas conhecendo as similitudes entre os setores em estudo, decidiu-se pela utilização do modelo SATCLI, adaptado ao setor da saúde e modificado o questionário, através da realização de um pré-teste, resultando em mudanças formais simples e na escala de concordância para 7 níveis, tornando-o mais preciso.

Optou-se por uma **amostra aleatória**, fundamentada em critérios de seriação estabelecidos, que permitem obter dados que refletem com precisão os clientes em estudo. Por forma a garantir a qualidade da informação recolhida, estabeleceram-se os seguintes critérios de seleção: alfabetismo, alta clínica, nacionalidade portuguesa e capacidade cognitiva adequada, excluindo utentes com patologia de Alzheimer, demência e estados confusionais agudos. A dimensão da amostra é assim constituída por todos os clientes que no período de julho e novembro de 2011, intervalo de tempo autorizado para a realização do estudo, apresentavam os critérios de inclusão.

Para a análise de dados, recorreu-se a ferramentas estatísticas descritivas, através do estabelecimento da média, desvio padrão, máximo, mínimo, moda, mediana e cálculo de percentagens, com a construção de base de dados em Microsoft Office Excel *version* 2007, possibilitando o conhecimento e análise dos dados recolhidos.

3. RESULTADOS

Setenta e dois clientes da unidade clínica de Medicina Interna constituíram a amostra em estudo e têm idades

compreendidas entre 18 e 97 anos, sendo que 36,11% têm entre 58 a 77 anos. São 35 do género masculino e 37 do género feminino, com percentagens de 48,61% e 51,39%, respetivamente. Dos clientes incluídos na amostra, 52,78% são casados, 15,28% são divorciados e com 19,44% surge a resposta viúvo. Predominam os inquiridos, 68,06%, com habilitações literárias compreendidas entre o 1º ciclo e o ensino secundário.

Caraterização da Satisfação do Cliente

As sete dimensões estudadas e que integram a qualidade do serviço encerram-se entre os valores médios $x_m=5,35$ e $x_m=4,74$. O valor médio máximo é assumido pela **cortesia** e o mínimo pela dimensão tangibilidade. Destaca-se ainda que, com valor médio mínimo, a dimensão **tangibilidade** distingue-se com o desvio padrão mais elevado de todo o inquérito, indicando a existência de respostas extremadas e heterogeneidade das mesmas.

No Gráfico 1 estão representadas as sete dimensões da qualidade da unidade clínica de Medicina Interna e os respetivos valores médios.

Pode-se distinguir ainda que o valor médio assumido pelas dimensões da qualidade é de $x_m=4,97$ com $s=1,06$, que transpondo para a escala de concordância adotada localiza-se na posição não concordo, nem discordo.

Relativamente às caraterísticas que compõem cada uma das dimensões da qualidade, apenas uma contrai o valor médio inferior a $x_m \leq 4$. Das restantes 18 estão compreendidas entre $x_m=4,38$ e $x_m=4,97$ e 15 estão compreendidas entre $x_m=5,03$ e $x_m=5,71$.

São de destacar os quatro valores médios máximos nas caraterísticas: **competência e formação dos prestadores de cuidados** ($x_m=5,71$ e $s=0,97$), **prestadores de cuidados simpáticos** ($x_m=5,67$ e $s=1,09$), **honestidade dos prestadores de cuidados** ($x_m=5,58$ e $s=0,95$) e **bom relacionamento** ($x_m=5,53$ e $s=0,99$) e que correspondem às dimensões competência, resposta, cortesia e empatia, respetivamente.

O Gráfico 2 representa as respostas à variável **competência e formação dos prestadores de cuidados** e permite constatar que 90% dos clientes assumem respostas entre o concordo e o concordo totalmente.

A caraterística **prestadores de cuidados simpáticos** apresenta como valor de moda 6, correspondendo o posicionamento concordo muito àquele que ocorre com maior frequência. Já na caraterística **honestidade dos prestadores de cuidados**, as respostas estão extremadas nos limites discordo e concordo totalmente, mínimo 3 e máximo 7, respetivamente. Por último, 83% dos clientes posicionam-se entre concordo e concordo totalmente na caraterística **bom relacionamento**.

Por oposição, as caraterísticas com valores médios mínimos relatadas são o **ruído interno e externo da**

Gráfico 1: Satisfação do cliente na unidade clínica de Medicina Interna

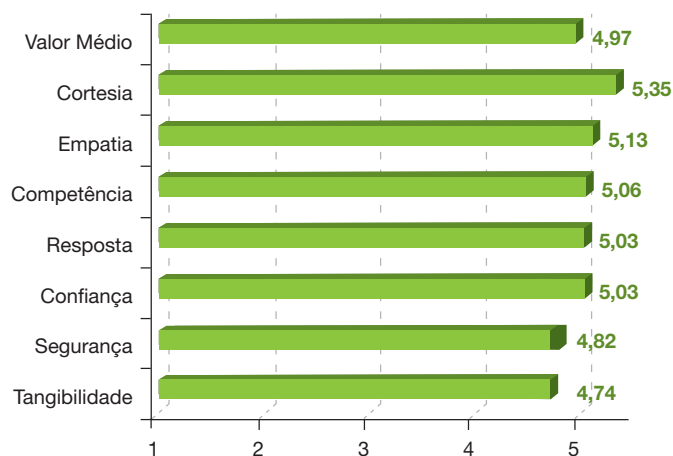
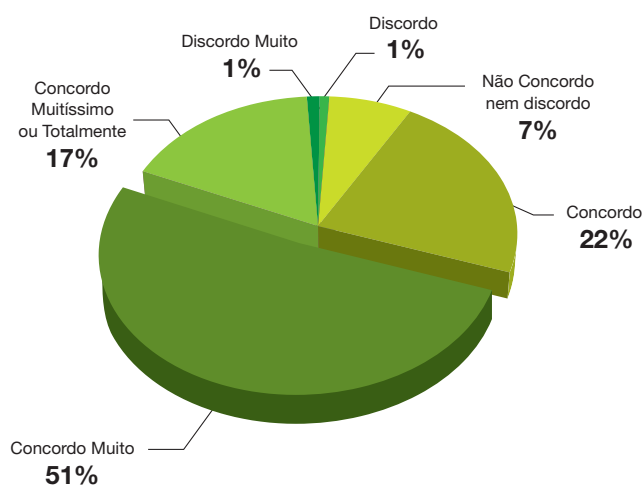


Gráfico 2: Respostas à variável competência e formação dos prestadores de cuidados



unidade ($x_m=3,93$ e $s=1,29$), a lotação do quarto ($x_m=4,38$ e $s=1,16$) e a atratividade visual das instalações ($x_m=4,43$ e $s=1,15$). Enfatiza-se o facto de serem variáveis relativas à dimensão tangibilidade que contraem os valores médios mais baixos.

O **ruído interno e externo da unidade** representa a caraterística com valor médio mínimo entre as 34 variáveis incorporadas pelas dimensões, muito embora também encerre o desvio padrão mais elevado. Num total de 72 clientes, 37% remetem as respostas para as posições entre o discordo totalmente e o discordo. Especificamente o valor percentual mais elevado na orientação discordo totalmente é destinado à caraterística descrita, com 6% de respostas. Convém ainda distinguir outras caraterísticas incluídas noutras dimensões que descrevem também valores médios baixos, tais como a **segurança do serviço** ($x_m=4,50$) e as **instalações de qualidade** ($x_m=4,50$).



4. DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que as dimensões da qualidade são consideradas distintamente pelos clientes. Porém, apresentam conformidades idênticas na escala e são globalmente representativas do nível de satisfação do cliente.

As dimensões da qualidade que representam maiores níveis de satisfação dos clientes são **a cortesia, a empatia e a competência**. Pode-se determinar que o cliente se encontra satisfeito nestas vertentes.

Constata-se que **a confiança e a resposta** são dimensões que satisfazem igualmente o cliente. **A segurança e a tangibilidade** são as dimensões que originam menor grau de satisfação. Ainda assim não atingem o grau de insatisfação, porém distinguem-se como neutras na escala de satisfação.

Demonstra-se assim que os aspetos que envolvem a relação terapêutica entre o prestador de cuidados e o cliente com base na humanização e valores éticos são incitadores de satisfação e são valorizados perante outras dimensões da qualidade. Esta perspetiva encaixa na vertente interpessoal da qualidade definida por Donabedian (2003). Também Sarmento (2003) no estudo semelhante noutro setor concluiu que a dimensão **cortesia** encerrava o maior grau de satisfação, consolidando a ideia que esta dimensão é fulcral na avaliação da qualidade dos serviços.

Não se exclui também a revelação que a unidade clínica de Medicina Interna tem a capacidade de oferecer uma assistência digna com profissionais competentes, comprovado pela dimensão **competência**. Distingue-se ainda que os prestadores de cuidados estão atualizados perante a constante inovação e que têm capacidade de gerir uma panóplia de situações desconhecidas e complexas.

A vertente ambiental defendida por Donabedian (2003) e encerrada na dimensão **tangibilidade** neste estudo incorpora os aspetos relativos ao conforto e bem-estar do cliente e concretamente a atratividade e envolvência das instalações e como se desenrola toda a atividade naquele espaço. Nesta ótica, os clientes em estudo não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos, embora a posição

de neutralidade assumida revele forte tendência para a satisfação, sendo considerada a dimensão mais penalizadora da qualidade percebida pelos clientes da unidade clínica de Medicina Interna.

Não negligenciando as características que esta abarca e que se destacam como determinantes na avaliação da qualidade do serviço, **o ruído interno e externo da unidade, a lotação do quarto e a atratividade visual das instalações** são aquelas que alcançam os níveis menores de satisfação. Concretamente, as duas últimas descritas apontam a neutralidade na escala de satisfação, porém **o ruído interno e externo da unidade** destaca-se como fomentador de insatisfação dos clientes. Globalmente constitui-se como a única característica em que se posicionam como insatisfeitos.

Muito embora a literatura não as descreva como fundamentais, é clara e convergente a conceção de que as características tangíveis que encerram a estética, o ambiente, as instalações e a aparência dos profissionais e dos equipamentos e materiais são o primeiro aspeto avaliativo da qualidade porque são facilitadoras da compreensão imediata desta, pela particularidade dos serviços e a dificuldade de avaliação da qualidade dos mesmos (Lovelock, 1991).

Antagonicamente e com valores médios superiores a 5,5, as características determinantes da avaliação da unidade, são **a competência e formação dos prestadores de cuidados, prestadores de cuidados simpáticos, honestidade dos prestadores de cuidados e bom relacionamento** e com as quais os clientes se encontram satisfeitos com tendência para o muito satisfeitos. Discriminadamente, nas três primeiras características descritas e em cada uma delas, mais de 60% das pessoas se encontram muito satisfeitas ou totalmente satisfeitas com a qualidade do serviço prestado.

Estas características determinam que o serviço é dispensado por prestadores de cuidados profissionais com boa formação e simpáticos e que geram uma atmosfera relacional adequada. Já em 1985, a Organização Mundial de Saúde, ao publicar **As Metas da Saúde para Todos**, reflete a sua preocupação com a garantia da qualidade dos serviços e determina mecanismos eficazes para tal (OMS, 1985). Ao produzir esta meta, destacou a necessidade de requerer a todos os profissionais de saúde uma adequada formação, de forma a garantir a qualidade dos serviços e ainda uma maior atenção à humanização dos mesmos enquadrados nos Direitos e Deveres dos cidadãos. Ora esta premissa está integrada na satisfação dos clientes da unidade clínica de Medicina Interna como se constata anteriormente.

A avaliação determinada neste trabalho está embutida na perspetiva de Hesbeen (2001), em que a prestação de um serviço de qualidade “ (...) requer particular atenção para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. (...) Proceda da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova de talentos destes profissionais (...) ” e “ (...) inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados (Hesbeen, 2001, p. 7).

Parece assim que a vertente interpessoal entre o prestador de cuidados e o cliente é uma vantagem competitiva destacável na unidade clínica de Medicina Interna em estudo. A humanização dos cuidados implica o respeito pela individualidade do ser humano, pelo que o profissional de saúde deve ser capaz de se conhecer a si próprio e ao outro, tendo consciência dos valores éticos de cada um. Isto implica a capacidade de o acolher, de o ouvir, de estar disponível e ser criativo na prestação de cuidados e respeitar as opções do outro, e isso parece ser valorizado neste contexto.

No cômputo geral, a qualidade do serviço prestado origina um nível neutro de satisfação, embora com forte tendência para a satisfação, demonstrado pelo valor médio das sete dimensões da qualidade.



“ A qualidade em saúde implica assim a existência de culturas, competências e métodos de avaliação focalizados no cidadão e na excelência. ”

Conclusão

Atualmente, as organizações têm implementado medidas e políticas centradas no desenvolvimento de uma cultura da qualidade dos serviços, demonstrando uma crescente preocupação com este paradigma. Pode-se concluir que o estudo permite a identificação de um conjunto de variáveis da qualidade que influenciam a satisfação dos clientes da unidade clínica de Medicina Interna.

Na avaliação da qualidade dos serviços, a satisfação do cliente é um contributo essencial e pode constituir-se como um factor relevante e promotor de mudanças ou solidificação de políticas.

Reconhece-se que o paradigma do serviço prestado pelo contexto em estudo centra-se no indivíduo e na vertente relacional, técnica e científica, aquela que envolve conhecimentos e experiência. Mas simultaneamente é negligenciada a componente tangível do local. A relação estreita existente entre a formação e competência dos prestadores de cuidados e a satisfação gerada é notória. Para os clientes, a sua satisfação relaciona-se com o atendimento, com a informação e com a confiança expressa na relação estabelecida, aquela que sobre a qual é mais difícil parametrizar a qualidade.

Desta forma, a organização tem também um papel essencial nas políticas de recrutamento e formação dos profissionais. Deverá manter o investimento nas competências técnicas e relacionais e reconhecer e incutir este aperfeiçoamento constante, através da formação contínua. Uma política de recrutamento criteriosa poderá ser também uma das principais estratégias da organização.

O resultado da alteração das políticas e das estruturas poderá estar na base da qualidade do serviço prestado e tal como refere Donabedian (2003), a organização da estrutura é necessária para proporcionar a qualidade. Está estreitamente contida numa tríade de causa-efeito – estrutura, processos e resultados, em que sem a estruturas adequadas, a qualidade estará sempre comprometida e, conseqüentemente, a satisfação do cliente. Deste modo, a manutenção das instalações é condição necessária para o acolhimento e procedimentos a realizar.



Conclusão (continuação)

Conforme se constata através da aplicação do modelo de satisfação do cliente, a dimensão tangibilidade destaca-se como desvantagem competitiva da unidade clínica de Medicina Interna e as características que engloba como as que geram menor satisfação. Assim, este contexto deverá aprimorar alguns aspetos que se expõem:

- Melhoria da construção, nomeadamente a insonorização dos quartos, por forma a minimizar o ruído interno e externo do local.
- Remodelação das instalações e equipamento, sendo estabelecido um plano de remodelação e manutenção periódico e promovendo a qualidade das mesmas.
- Reformular a lotação dos quartos, promovendo redução da capacidade de cada um, privilegiando a privacidade.
- Incrementar o conforto das instalações, através do conhecimento das expectativas dos utentes.
- Maximizar a segurança do serviço, certificando-se que são cumpridos os requisitos exigidos pelos clientes.
- Resposta rápida à chamada ou necessidades do utente, considerando-o como central no momento da prestação do serviço.

Com a evolução dos processos de qualidade e assumindo-se o cliente como rigoroso e informado, a missão do serviço terá que ser imperiosamente centrada sobre a estrutura e os processos, admitindo-se os resultados como secundários ao sistema avaliativo. Nesta perspetiva, a organização deverá antecipar-se na avaliação da satisfação do cliente, não só como uma questão ética e deontológica, mas também, e obrigatoriamente, como principal indicador de qualidade.

Assim, a avaliação da satisfação do cliente e da qualidade percebida deverá ser efetuada periodicamente e analisada criteriosamente, sendo concetualizada como impulsionadora da melhoria contínua e da modernização organizacional. E não determinar uma política de avaliação da satisfação centrada nas reclamações, porque os clientes apenas reclamam quando estão insatisfeitos.

A qualidade em saúde implica assim a existência de culturas, competências e métodos de avaliação focalizados no cidadão e na excelência. Contudo, além da consciencialização da importância da qualidade no setor da saúde e na economia portuguesa, é imprescindível compreender a sua realidade e só posteriormente definir ações determinantes à sua qualidade. O descrito estudo espelha então informação pertinente para o desenvolvimento da unidade clínica de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Lisboa Central e proporciona um conhecimento global sobre a prestação do mesmo, da sua qualidade e da satisfação dos seus clientes.

Assim e à semelhança do que acontece noutros setores de atividade económica, prevê-se que se exigia a certificação da qualidade nos serviços de saúde e a implementação de sistema promotores da mesma.

As limitações neste estudo estão maioritariamente associadas a circunstâncias temporais que limitaram a quantidade de respostas. Também o elevado grau de iliteracia e inadequada capacidade cognitiva limitaram o número de indivíduos respondentes e ainda a recusa de algumas pessoas a participar no estudo.

Estudos futuros podem permitir ao investigador considerar hipóteses mais alargadas de medição e particularizar a própria prestação de cuidados. Na conjetura atual, o conhecimento demonstrado neste estudo, e para os organismos de gestão do CHLC, distingue-se como impulsionador para a investigação desta problemática, através da sua replicação noutras unidades funcionais ou mesmo a análise comparativa da qualidade entre contextos e diferentes Centros Hospitalares.



BIBLIOGRAFIA

- Anderson, E. & Sullivan, M. (1993). The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms. *Marketing Science*; 2: 125-143.
- Babakus, E. & Boller, G. (1992). An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Business Research*; 24: 253-268.
- Bank, J. (1998). *Qualidade Total: manual de gestão* (Francisco Faia, Trad.). Mem Martins: Cetop. (Trabalho original publicado em 1994). (Escrita original em Inglês).
- Bateson, J. (1991). *Managing services marketing: text and readings*. Fort Worth: Dryden.
- Bolton, R. & Drew, J. (1991). A Multistage Model of Customers' Assessments of Service Quality and Value. *Journal of Consumer Research*; 17: 375-34.
- Brocka, B. (1992). *Quality management: implementing the best ideas of the masters*. Illinois: Business One Irwin.
- Brown, W. & Swartz, T. (1989). A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing*; 53, 92-98.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*; 30: 8-32
- Carman, J. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality an Assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*; 66: 33-55.
- Chiavenato, I. (1999). *Administração dos Novos Tempos*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Cronin, J. & Taylor, S. (1992). Measuring service quality: A re-examination and extension. *Journal of Marketing*; 56 (3), 55-68.
- Donabedian, A. (2003) – *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Fayol, H. (1949). *General and Industrial Management*. London: Sir Isaac Pitman & Sons Ltd.
- Fernandes, A. (2000). *Qualidade de Serviço: pela gestão estratégica*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Goetsch, D. (2000). *Quality management: introduction to total quality management for production, processing and services*. (3.ªEd.). Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- González, M., Comesaña, L. & Brea, J. (2007). Assessing tourist behavioural intentions through service quality and customer satisfactions. *Journal of Business Research*; 60 (2): 153-160.
- Grönroos, C. (2004). *Marketing: Gerenciamento e Serviços*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Harris, M. & Hawinston, H. (2000). Service Quality in the Knowledge Age Huge Opportunities for the Twenty-First Century. *Measuring Business Excellence*; 4: 31-36.
- Hesbeen, W. (2001) – *Qualidade em enfermagem, pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Juran, J. (1997). *A Qualidade desde o Projecto*. (3.ªEd.). Brasil: Pioneira.
- Knutson, B., Stevens, P., Wullaert, C., Patton, M. & Yokoyama, F. (1991). LODGSERV: A Service Quality Index for Lodging Industry. *Hospitality Research Journal*; 14, 2: 277-284.
- Kotler, P. (1994). *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control* (8th ed.). New York: Prentice-Hall.
- Llorens Montes, F. & Fuentes, M. (2001). *Calidad Total: fundamentos e implantación*. Madrid: Pirâmide.
- Lopes, A. & Capricho, L. (2007). *Gestão da Qualidade* (1.ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Lovelock, C. & Wirtz, J. (2006). *Marketing de Serviços: Pessoas, Tecnologia e Resultados*. (5.ª Ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Lovelock, C. (1991). *Services Marketing*. London: Prentice-Hall.
- Madu, C. (Ed.). (1998). *Handbook of total quality management*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Oakland, J. (1992). *Total Quality Management*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Organização Mundial de Saúde (1985). *As Metas da Saúde para Todos. Metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Planeamento.
- Paladini, E. (1990). *Controlo de qualidade: uma abordagem abrangente*. São Paulo: Atlas.
- Parasuraman, A., Zeithaml, A. & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*; 49:4, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*; 58: 111-124.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*; 64, 12-40.
- Sarmento, M. (2003). *Total Quality Management*. Lisboa: Escolar Editora.
- Tse, D. & Wilton, P. (1988). Models of consumer satisfaction formation: an extension. *Journal of Marketing Research*; 25 (2): 204-212.
- Weber, M. (1947). *The Theory of Social and Economic Organization*. New York: OUP.



Cuidar da Criança e Família após o Transplante Cardíaco

RESUMO

O transplante cardíaco é um tratamento cirúrgico que representa uma alternativa para crianças com situações de doença cardíaca grave e incapacitante. A vivência do transplante cardíaco tem impacto a nível social, psicológico, físico e económico. A prevenção das complicações mais frequentes deste tratamento (a rejeição e a infeção) envolve uma série de desafios para os profissionais de saúde, para a criança e família e requerem apoios comunitários.

O enfermeiro pode ajudar a minimizar o impacto psicológico e social do transplante cardíaco na vida da criança e da família, alicerçando a sua intervenção no Modelo de Cuidados Centrados na Família. A consulta de enfermagem permite a continuidade de cuidados com base numa relação de confiança, comunicação eficaz e educação da criança transplantada e família, facilitando o seu envolvimento e estabelecimento de expectativas, que se assumem como fundamentais para a adaptação no pós-transplante.

Palavras-Chave: Criança, Família, Transplante de Coração, Cuidados de Enfermagem

INTRODUÇÃO

O transplante cardíaco pediátrico é um procedimento cirúrgico alternativo quando ocorre uma deterioração progressiva do estado de saúde da criança. A cardiopatia congénita surge como a principal indicação para o transplante cardíaco em crianças menores de um ano de idade e à medida que aumenta a idade do recetor, a miocardiopatia é a indicação mais frequente (Conway e Dipchand, 2010).

Todavia, a criança transplantada cardíaca é considerada portadora de uma doença crónica pelas limitações e perdas que a situação envolve, influenciando a dinâmica familiar. A doença e a hospitalização da criança transplantada constituem-se como focos de destabilização familiar. Assim, é necessário compreender que os processos de saúde e doença são experiências que envolvem todo o sistema familiar, de modo que cuidar da criança submetida a transplante cardíaco e família, no pós-transplante, constitui um desafio para a prática de enfermagem. Neste artigo reflectir-se-á sobre o impacto dos cuidados no pós-transplante cardíaco na criança e família, realçando as intervenções da consulta de enfermagem que contribuem para promover a adesão ao regime medicamentoso, a avaliação do crescimento e do desenvolvimento, a adaptação do estilo de vida familiar e a identificação precoce de sinais de alarme.

Cuidados Centrados na Família

Cuidar da criança submetida a transplante cardíaco e família requer o estabelecimento de uma relação terapêutica entre a criança, a família e o enfermeiro. Este profissional tem um contacto privilegiado com os pais e crianças transplantadas e, como tal, compreende as mudanças que o tratamento acarreta nas suas vidas diárias. Deste modo, os enfermeiros podem contribuir para a adaptação ao transplante das crianças e pais, através do ensino de novos conhecimentos (por exemplo, cuidados com a lavagem das roupas, limpeza e desinfecção da casa), e na capacitação para cuidar da criança transplantada por exemplo, a nível da gestão do regime medicamentoso.

Neste contexto, o enfermeiro desenvolve a sua prática alicerçada no Modelo de Cuidados Centrados na Família,

que é uma filosofia na qual se garante que os cuidados são planeados contemplando a família e, nos quais os membros da família são simultaneamente recetores e prestadores de cuidados (Hockenberry, 2006). Os Cuidados Centrados na Família baseiam-se em princípios de mutualismo e parceria com os pais de modo a responder às suas necessidades de cuidados de saúde, através de um envolvimento dinâmico (Newton, 2000). Por seu lado, Titoneet al (2004) apresentam como componentes-chave dos Cuidados Centrados na Família o respeito, a escolha, a informação, a colaboração, o reconhecimento dos pontos fortes da família, a flexibilidade, o suporte e a capacitação. Os componentes destes cuidados incluem a educação da família, a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, a identificação precoce das alterações e sua intervenção, o apoio na “normalização” dos estilos de vida familiar, a promoção da adesão ao regime terapêutico e a mobili-



A consulta de enfermagem permite a continuidade de cuidados com base numa relação de confiança, comunicação eficaz e educação da criança transplantada e família, ...



zação de recursos comunitários para apoiar nas necessidades da família (Green e Ray, 2006).

A transmissão de informação à criança e família e o estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança promovem a redução do stresse e a capacitação para a tomada de decisão. O enfermeiro deve fornecer instrumentos de ensino com informação escrita relevante sobre os cuidados a ter com a criança (tais como, prevenção de infeções, sinais de alarme, alimentos que não deve ingerir, vacinas que deve fazer), que incluem desdobráveis, livros para pintar, apropriados a cada estágio de desenvolvimento, validando sempre a informação fornecida.

Medicação Imunossupressora

No pós-transplante cardíaco, a terapêutica imunossupressora tem como objectivo prevenir a rejeição do órgão transplantado de forma eficaz e com o mínimo de efeitos secundários para a criança, que manterá esta medicação ao longo da sua vida. Os principais imunossupressores utilizados são “Tacrolimus” e “Ciclosporina”, que inicialmente se associam a corticoesteroides (“Prednisolona”) e normalmente, a um outro medicamento res-

ponsável pela inibição da resposta proliferativa (“Mico-fenolato de Mofetil”) (Luikart, 2001). É crucial a monitorização dos níveis sanguíneos de Ciclosporina e Tacrolimus, sendo atualmente o segundo o mais utilizado, cujos valores de referência são 5 - 15 ng/ml para transplante ≤ 180 dias e 4 - 7 ng/ml para transplante ≥ 180 dias). Níveis baixos favorecem a rejeição e níveis elevados propiciam o aparecimento de infeções oportunistas bem como o efeito adverso dos fármacos. Os inibidores da calcineurina (“Tacrolimus” e “Ciclosporina”) apresentam uma variedade de efeitos adversos, tais como neurotoxicidade, hepatotoxicidade, desequilíbrio hidroelectrolítico, hiperglicemia, hipercolesterolemia, hipertensão, anemia, bem como diarreia e náuseas. Apesar dos efeitos secundários da “Ciclosporina” apresentarem maior impacto a nível estético e visual, como hirsutismo e hiperplasia gengival, relativamente ao “Tacrolimus”, ambos os fármacos provocam alopecia. Por sua vez, o tratamento prolongado com corticoesteroides provoca efeitos adversos já conhecidos como retenção de fluidos, obesidade, corpo *cushingoide*, aumento do apetite, acne, cataratas e atraso no crescimento. Já o “Mico-fenolato de Mofetil” apresenta como efeitos adversos a toxicidade sobre o aparelho digestivo (Bueno et



al, 2003). Deste modo, é imprescindível conhecer os efeitos adversos da medicação imunossupressora, e também as interações com outros fármacos. Alguns medicamentos interagem com os imunossupressores, podendo alterar o efeito, pelo que a introdução de novos medicamentos requer o conhecimento da equipa de saúde.

Nos cuidados prestados pelo enfermeiro à criança submetida a transplante cardíaco e sua família inclui-se, o dever de informar sobre a importância da medicação e a sua função, complementando a informação oral com a escrita; treinar com os pais e criança a preparação da medicação, dando o tempo necessário para a adaptação na fase pós-transplante; respeitar o horário da medicação, que foi previamente adaptada à rotina diária da criança e família; alertar para a necessidade de nunca parar nenhum medicamento ou alterar a sua dose, sem contactar a equipa de saúde; não tomar Ibuprofeno, uma vez que afeta a função renal quando usado em combinação com os imunossupressores; e em caso de esquecimento de tomar algum medicamento comunicar à equipa de saúde. É de salientar que alguns medicamentos não estão disponíveis nas farmácias comunitárias, pelo que os pais devem assegurar que existe medicação suficiente em casa.

O risco de cancro de pele é elevado para as crianças que tomam medicação imunossupressora (ITNS, 2002), deste modo a criança submetida a transplante cardíaco necessita de proteção da exposição solar, pelo que, quando sai à rua deve colocar creme protector solar, chapéu e blusa, que devem ser usados em qualquer hora de exposição solar

Rejeição

A rejeição é uma das complicações mais frequentes após o transplante, mas geralmente os episódios de rejeição respondem eficazmente à terapêutica. Estes apresentam-se através de manifestações clínicas e/ou alterações histopatológicas, que se desenvolvem em surtos denominados por episódios de rejeição. Estes, podem ser classificados considerando o tempo pós-

-transplante e a participação dos elementos agressores e agredidos, em rejeição hiperaguda, aguda e crónica ou doença vascular do enxerto (Luikart, 2001; Blume, 2003). Os sinais e sintomas de rejeição aguda são: astenia, anorexia, náuseas, dor abdominal, aumento rápido do peso, taquicardia, alteração do ritmo cardíaco, febre e hepatomegália. Em caso de rejeição crónica pode verificar-se síncope, edema intermitente, intolerância ao exercício físico e, raramente, dor torácica (Blume, 2003).

Infeção

As infeções após o transplante cardíaco são também complicações frequentes e podem ser agrupadas em três grupos: primárias, intermédias e tardias. As infeções primárias surgem durante o primeiro mês após o transplante e estão directamente associadas ao procedimento cirúrgico. Nesta etapa são comuns infeções das vias respiratórias, do aparelho urinário, da ferida cirúrgica e as relacionadas com os cateteres intravasculares. No período intermédio (2.º e 6.º mês pós-transplante) as infeções estão associadas a complicações do pós-operatório ou com alterações que a imunossupressão pode desenvolver. As infeções verificadas no período tardio dependem significativamente do resultado do transplante e do grau de imunossupressão.

As infeções respiratórias bacterianas adquiridas na comunidade são as mais frequentes, seguindo-se as infeções causadas por vírus, fungos e protozoários. Já as infeções sistémicas por Citomegalovírus, são as mais frequentes e podem apresentar-se como uma infeção primária, uma reativação ou uma reinfeção (Fonseca-Aten e Michaels, 2006).

O enfermeiro assume um papel de destaque no ensino sobre a prevenção das infeções da criança submetida a transplante cardíaco, especialmente quando estas regressam ao domicílio. Recomenda-se que a criança e família lavem as mãos frequentemente, especialmente antes da preparação e ingestão das refeições, após utilização do WC e mudança da fralda. É crucial encorajar a família a lavar as mãos antes de cuidar alguma ferida ou preparar medicação. A família e criança devem ser informadas sobre a importância de não partilharem escovas de dentes, equipamentos de manicure e pedicure e utensílios de cozinha (como talheres, chávenas ou copos) (ITNS, 2002).

É fundamental evitar o contacto da criança transplantada com pessoas que estejam doentes, nomeadamente com febre, tosse e/ou espirros para reduzir a exposição da criança, e evitar a visita de amigos e familiares doentes, aglomerados de pessoas (como em restaurantes, centros comerciais, e locais de construção e demolição de casas). A higiene oral e as visitas regulares ao dentista são importantes para a prevenção de focos infecciosos. Habitualmente antes da visita ao dentista e da intervenção cirúrgica faz-se profilaxia antibiótica, de modo a prevenir a endocardite bacteriana. É aconselhável que a família da criança transplantada cardíaca não

tenha animais de estimação em casa devido ao elevado risco de infeção, caso estes animais existam, deve garantir-se que estão vacinados, desparasitados, limpos e com controlo veterinário (Bahruth, 2004).

Se a criança não está vacinada contra a varicela deve evitar a exposição a essa doença e, em caso de contacto com pessoas infectadas deve informar a equipa de saúde. A criança submetida a transplante cardíaco toma medicação imunossupressora e, portanto, não pode receber algumas vacinas, nomeadamente vacinas de vírus vivos (por exemplo, varicela e rubéola). A criança pode retomar o restante esquema vacinal entre 3 a 6 meses após o transplante, mediante ausência de períodos de rejeição e infeção e sempre com indicação médica. É recomendada a vacina contra a gripe sazonal à criança transplantada e família, bem como a atualização do plano nacional de vacinação a toda família (Bahruth, 2004).

Assim, o enfermeiro deve informar dos principais sintomas de complicações do transplante cardíaco (rejeição e infeção) que são semelhantes aos das complicações da medicação imunossupressora, sendo eles: febre (temperatura superior a 38°C); náuseas, vómitos e diar-



reia, que interferem com a administração da medicação; dispneia, taquipneia, tosse produtiva, astenia e anorexia; aumento da irritabilidade; toracalgia, lipotímia e sensação de frequência cardíaca anormal; edema dos olhos, mãos ou pés; disúria; cortes e ferimentos que não cicatrizam normalmente e que parecem estar infectados. Perante qualquer um destes sinais de alarme, a criança

“ As crianças submetidas a transplante cardíaco apresentam diminuição da interação social... é crucial uma intervenção da equipa multidisciplinar com o intuito de apoiar social e psicologicamente estas famílias,...



e família devem contactar rapidamente a equipa de saúde (Bahruth, 2004).

Crescimento e Desenvolvimento

A preocupação com o crescimento e desenvolvimento da criança deve envolver a equipa multidisciplinar, desempenhando o enfermeiro um papel de destaque na deteção de sinais de perigo, promovendo uma intervenção precoce, através da articulação entre profissionais. Para além da avaliação do desenvolvimento, recorrendo à Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan, é essencial a observação da interação da criança com os pais.

A avaliação física e psicossocial da criança é importante, mas deverá atender-se ao comportamento da criança em casa, com a família e na escola, com os colegas; aos problemas que surgem na escola; e à capacidade da criança para se envolver em atividades do quotidiano (Green e Ray, 2006).

A criança submetida a transplante cardíaco tem um elevado risco de sofrer alterações do seu desenvolvimento

cognitivo, comportamental com implicações a nível académico devido às lesões cérebro-vasculares, que ocorrem durante a transplantação, aos efeitos secundários da medicação, ao absentismo escolar devido às hospitalizações e à dificuldade em desenvolver estratégias de *coping* para lidar com o *stress* decorrente do processo de transplante. O estudo de Brosiget al (2006) mostrou que 46% das crianças transplantadas apresentavam atraso cognitivo, 22% problemas com a leitura e a fala e 43% problemas na matemática.

As crianças que apresentam longos períodos de hospitalização por complicações após o transplante apresentam elevado risco de alterações comportamentais. Estas crianças geralmente têm níveis elevados de absentismo podendo apresentar dificuldades na reintegração escolar, e manifestar agressividade, ansiedade e depressão.

Os adolescentes transplantados cardíacos podem sentir-se diferentes dos seus pares, devido a alterações da imagem associados à existência da ferida cirúrgica e com os efeitos secundários da medicação imunossupressora. Por vezes, estes adolescentes sentem-se



superprotegidos e impedidos de fazer algumas atividades que os seus pares fazem, podendo verificar-se situações de *bullying* e ou provocações, que podem ocasionar sentimentos de inferioridade e baixa autoestima (Olausson et al, 2006). O enfermeiro deve encorajar a participação da criança em atividades apropriadas à sua idade e desenvolvimento.

A monitorização do crescimento da criança após o transplante é primordial, embora habitualmente não se verifique alterações no desenvolvimento, atingindo a altura prevista rapidamente. O crescimento deve ser avaliado e registado na sua própria curva, usando as Curvas de Percentis propostas pela Direção Geral de Saúde (2005). Quando as crianças apresentam atraso no crescimento resultante do período pré-transplante, a família deve ser informada sobre o impacto da doença anterior no potencial de crescimento. A criança e os pais devem ainda ser informados que o crescimento será de acordo com o padrão da criança (Teets e Borisuk, 2004).

Relativamente à alimentação realça-se a necessidade da criança consumir nutrientes suficientes para prevenir a perda de peso, promover a cicatrização e coadjuvar na proteção contra as infeções. As recomendações nutricionais devem envolver a equipa multidisciplinar, especialmente o dietista. Assim sendo, é essencial conhecer os hábitos alimentares da criança e da família, com o intuito de ajustar a alimentação aconselhada. Os cuidados alimentares à criança submetida a transplante cardíaco e família dirigem-se para dois objetivos fundamentais, sendo eles: um teor microbiológico reduzido de forma a evitar infeções e uma dieta equilibrada e saudável atendendo às características dos alimentos, uma vez que a dieta visa a prevenção de doenças secundárias à corticoterapia prolongada e imunossupressão.

Atividade Física

Gradualmente, a criança submetida a transplante cardíaco vai readquirindo a capacidade para, iniciar a atividade física. Daqui se depreende que não existem restrições à atividade na criança transplantada, pelo que esta poderá participar nas mesmas atividades físicas,

jogos e desportos que as crianças da sua idade. É importante realçar que o regresso à escola da criança é uma decisão tomada em conjunto com a família e a criança, podendo ser realizada de forma gradual e adaptada.

Este regresso ocorre normalmente seis meses pós-transplante, mas depende sempre da condição de cada criança. A informação detalhada dos cuidados a ter com uma criança transplantada cardíaca é fundamental para que os professores e toda a comunidade escolar conheçam a situação da criança, a sua medicação e se sintam confortáveis ao receber uma criança com necessidades de saúde especiais. É recomendável uma articulação entre a equipa de saúde e os profissionais da escola para que o regresso da criança transplantada à escola ocorra com confiança e sem dúvidas (Weil, Rodgers, Rubovits, 2006).

Consulta de Enfermagem à Criança submetida a Transplante Cardíaco e Família

Reconhecendo os desafios que a criança e família enfrentam, iniciaram-se consultas de enfermagem dirigidas à criança transplantada cardíaca e sua família, com o intuito de as acompanhar no pós-transplante, promovendo a continuidade de cuidados entre o pós-operatório imediato, a consulta e as diferentes hospitalizações. Trata-se de promover a qualidade de vida, facilitando as transições que todos os intervenientes vivenciam.

Esta consulta apresenta como principais objetivos a redução do número de episódios de infeções e rejeição decorrentes do transplante cardíaco na criança, devido a não adesão ao regime terapêutico; a redução da ansiedade e o medo das crianças submetidas a transplante cardíaco e família, no pós-transplante; e, por fim, a realização de educação para a saúde aos três níveis de prevenção à criança transplantada cardíaca e família, no pós-transplante. O suporte à criança e família nas suas necessidades, dúvidas, expectativas, a promoção da saúde, proteção, recuperação e reabilitação constituem intervenções da prática de enfermagem.

O enfermeiro considerado de referência das crianças transplantadas e família responsabiliza-se pela continuidade de cuidados de enfermagem à criança e família durante o processo assistencial, desempenhando a coordenação dos cuidados de enfermagem prestados. O suporte de enfermagem, desde o diagnóstico da necessidade de transplante até ao acompanhamento da criança no pós-operatório, dirige-se para os cuidados de saúde, o apoio emocional, a presença, o esclarecimento de dúvidas e receios e as ações educativas, que se podem desenrolar em meio hospitalar como no domicílio ou na escola. Este suporte baseado numa relação de confiança e comunicação sincera facilita o envolvimento da criança e família, o estabelecimento de expectativas reais e a transmissão de informação, que é fundamental para a adaptação dos intervenientes ao pós-transplante.

Conclusão

As crianças submetidas a transplante cardíaco apresentam diminuição da interação social, em parte, devido aos longos períodos de hospitalização, ao absentismo escolar e à hiperproteção dos pais, pelo que é crucial uma intervenção da equipa multidisciplinar com o intuito de apoiar social e psicologicamente estas famílias, facilitando a adaptação à nova situação e paralelamente a continuidade de cuidados. Deste modo, inclui-se como intervenções a articulação com o psicólogo, o assistente social, o enfermeiro de saúde escolar, o apoio na visita dos colegas da escola à criança durante a hospitalização, o uso das novas tecnologias (por exemplo: as vídeo chamadas) para comunicar com os colegas da escola, o incentivo à troca de mensagens, livros e jogos, o incentivo aos pais a deixar a criança sair/passear com os amigos, a realização de visitas domiciliárias de enfermagem de forma a ajudar a família a lidar com a transição do pós-transplante.

A intervenção do enfermeiro, baseada nos Cuidados Centrados na Família, surge como a chave para minimizar o impacto desta doença crónica e maximizar o potencial de desenvolvimento da criança. A relação terapêutica entre o enfermeiro, a criança e a família, fundamentada na confiança é indispensável para minimizar a percepção do sentimento de diferença da criança relativamente aos seus pares, incorporar o regime medicamentoso no dia-a-dia e reduzir o impacto da doença na vida quotidiana da família.

BIBLIOGRAFIA

- Bahruth, A. (2004). What every patient should know... Pre-transplantation and Posttransplantation. *Critical Care Nursing Quarterly* 27 (1), 31-60.
- Berg, A. (2002). Pediatric Heart Transplantation: a Clinical Overview. *Critical Care Nursing Quarterly* 25 (3), 79-87.
- Blume, E. (2003). Current Status of Heart Transplantation in Children: Update 2003. *The Pediatric Clinics of North America* 50 (6), 1375-1391.
- Brosig, C.; Hintermeyer, M.; Zlotocha, J.; Behrens, D.; Mao, J. (2006). An exploratory study of the cognitive, academic, and behavioral functioning of pediatric cardiothoracic transplant recipients. *Progress in Transplantation* 16 (1), 38-45.
- Bueno, J.; Ramil, C.; Sánchez, A.; Solar, A.; Medrano, C.; García Alonso, L. (2003). Cuidados y Problemas en el niño transplantado a corto y medio plazo en Atención Primaria. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León* 43, 129-134.
- Conway J.; Dipchand A. (2010). Heart Transplantation in Children. *The Pediatric Clinics of North America* 57 (2), 353- 373.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Fonseca-Aten, M.; Michaels, M. (2006). Infections in Pediatric Solid Organs Transplant Recipients. *Seminars in Pediatric Surgery* 15 (3), 153-161.
- Green, A.; Ray, T. (2006). Family-Centered Care – Attention to Child Development: A Key Piece of Family-Centered Care for Cardiac Transplant Recipients. *JSPN* 11 (2), 143-148.
- Hockenberry, M. (2006). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7.ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hutchfield, K. (1999). Family-Centered Care: a Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing* 29 (5), 1178-1187.
- International Transplant Nurses Society (2002). *Manual del Corazón - Su Transplant Cardíaco*. ITNS.
- Klein, M.; Martin, K. (2010). *Organ Transplantation*. In Allen, P.; Vessey, J.; Schapiro, N. (Ed.), *Child with a Chronic Condition* (p.715 – 738). St. Louis: Mosby Elsevier
- Luikart, H. (2001). Pediatric Cardiac Transplantation: Management Issues. *Journal of Pediatric Nursing* 16 (5), 320-331.
- Olausson, B.; Utbult, Y.; Hansson, S.; Krantz, M.; Brydolf, M.; Lindstrom, B. et al (2006). Transplanted Children's Experiences of Daily Living: Children's Narratives about their lives following Transplantation. *Pediatric Transplantation* 10 (5), 575-85.
- Newton, M. (2000). Family-Centered Care: Current Realities in Parent Participation. *Pediatric Nursing* 15 (10), 1317-1323.
- Teets, J.; Borisuk, M. (2004). Pediatric Thoracic Organ Transplants: Challenges in Primary Care. *Pediatric Nursing* 30(1), 23-30.
- Titone, J.; Cross, R.; Sileo, M.; Martin, G. (2004). Taking Family-Centered Care to a Higher Level on the Heart and Kidney Unit. *Pediatric Nursing* 30 (6), 495-497.
- Weil, C.; Rodgers, S.; Rubovits, S. (2006). School Re-entry of Pediatric Heart Transplant Recipient. *Pediatric Transplantation* 10 (8), 928-933.



A influência do ensino pré-operatório de enfermagem na redução da ansiedade intra-operatória em cirurgia ambulatoria de extração de catarata

RESUMO

O ensino pré-operatório inicia-se com o acolhimento do cliente, sendo este um processo contínuo, dinâmico e favorável ao desenvolvimento de uma relação de ajuda.

Todas as pessoas que são submetidas a uma cirurgia deparam-se com sintomas como medo, insegurança e ansiedade face ao desconhecido (Dugas, 1984). O ensino pré-operatório é o meio que o enfermeiro tem ao dispor para fazer face a esta sintomatologia apresentada pelos seus clientes.

Em cirurgia oftalmológica, a extração da catarata é o procedimento mais frequentemente realizado, sendo feito atualmente em regime de ambulatorio.

Existem diversos estudos (McDonald *et al.*, 2004; Johansson *et al.*, 2005) que demonstram a importância do ensino pré-operatório em regime de internamento, mas desconhece-se qual a sua relevância no regime de cirurgia de ambulatorio. Sabendo-se que na cirurgia de ambulatorio o tempo de permanência do doente no hospital é reduzido, o enfermeiro peri-operatório terá menos tempo para o acompanhar pelo que deverá adequar as suas práticas.

Pretende-se com este trabalho conhecer a relação entre a realização do ensino pré-operatório de enfermagem a clientes a serem submetidos a cirurgia de extração de catarata, em regime de ambulatorio, e os níveis de ansiedade que manifestam no período intra-operatório.

Foram selecionados 120 sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos e que iam ser submetidos pela primeira vez a cirurgia de extração da catarata sob anestesia tópica em regime de ambulatorio. Os sujeitos foram randomizados em dois grupos, um dos quais foi submetido a visita de enfermagem pré-operatória.

O nível de ansiedade, nos dois grupos, foi medido com a Escala STAY-estado, no período intra-operatório.

Conclui-se que a realização da visita pré-operatória influencia significativamente os níveis de ansiedade no período intra-operatório dos clientes que são submetidos (pela primeira vez) a extração de catarata em cirurgia de ambulatorio.

Palavras-Chave: Ansiedade, Ensino pré-operatório, Escala de ansiedade STAY, Cirurgia de ambulatorio, Enfermagem.



Todas as pessoas que são submetidas a uma cirurgia deparam-se com sintomas como medo, insegurança e ansiedade face ao desconhecido...



INTRODUÇÃO

O internamento hospitalar implica uma rutura no quotidiano, e desencadeia incertezas quanto ao futuro, e é face à intervenção cirúrgica que o indivíduo se confronta com uma ameaça objetiva à sua integridade corporal. A consciência da incapacidade face ao controlo da situação leva muitas vezes a fantasias de abandono durante a intervenção cirúrgica, ou que durante esta, possa haver comprometimento da sua visão. Às reações emocionais consequentes da hospitalização, somam-se factores de *stress* específicos da operação, e que no essencial comportam "...o medo da dor e da destruição da imagem corporal, a crença de não acordar da anestesia e o receio das complicações pós-operatórias" (Mechas, 1991).

O ensino pré-operatório "é uma das atividades de enfermagem no pré-operatório, tendo como objectivo conhecer o doente, identificar os problemas existentes e prepará-lo, psicologicamente, para a cirurgia" (AESOP, 1994).

O ensino pré-operatório é uma atividade do enfermeiro de bloco operatório que permite o atendimento intra-operatório do cliente no seu todo e tem segundo Ferreira e Sequeira (2006) como objectivos:

1. Avaliar as necessidades físicas e psicológicas do doente;
2. Descrever os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão, até à alta;
3. Envolver a família/adulto responsável no plano de assistência proposto;
4. Fornecer documentação existente (manual do utente, indicações pré-operatórias);
5. Fazer o ensino para a alta e pós-operatório fora da instituição hospitalar.

Segundo Dugas (1980) "...o bom ensino no pré-operatório, ajuda a preparar o cliente para a cirurgia e torna a recuperação mais fácil... Numerosos estudos documentaram os reais benefícios do ensino pré-operatório, para tornar o cliente menos ansioso, tanto antes como após a cirurgia e ainda para minimizar as complicações pós-operatórias e apressar a sua recuperação".

A necessidade dos enfermeiros terem um atendimento cada vez mais centrado no cliente tem vindo a ser largamente reconhecido, tendo o fornecimento de informação e educação tido um papel cada vez mais relevante nos cuidados de saúde modernos. A esta noção, junta-se ainda a necessidade dos clientes receberem o tratamento dos seus problemas de saúde juntamente com um ensino e participação assertiva dos seus familiares (Scott, 2004).

Os cuidados de enfermagem a prestar aos clientes que vão ser submetidos a extração de catarata em regime de ambulatorio, englobam diversas especificidades de grande importância para os resultados do procedimento cirúrgico. O ensino incide sobre a explicação ao cliente de todos os procedimentos a que será sujeito antes de entrar no bloco operatório (avaliação de sinais vitais, cateterização de veia periférica e colocação de colírios midriáticos) e de uma forma incisiva sobre a sua participação ativa no procedimento cirúrgico, para que este se possa realizar.

A extração da catarata ocorre sob anestesia tópica e, como é imprescindível que o cliente permaneça com a cabeça imóvel, é essencial que a informação pré-operatória recaia sobre o modo como o cliente deve proceder no sentido de prevenir complicações intra e pós-operatórias.





Os clientes devidamente informados acerca do seu tratamento apresentam um maior auto-controle e segurança (Brewster, 1992) e um menor grau de ansiedade (Mendes *et al.*, 2005).

Summers (1984) afirma que clientes ansiosos retêm somente 30 a 40% da informação verbal que recebem, é por isso que é importante a quantidade de informação que deverá ser fornecida, de modo a diminuir e não a aumentar a ansiedade, por ser fornecida informação desnecessária, tal como demonstrou Cheetham em 1993.

Têm sido utilizadas uma grande variedade de instrumentos de avaliação após o ensino pré-operatório:

1. Ansiedade

Tem sido uma das medidas mais usadas na investigação, sendo utilizada isolada (Hathaway, 1986 citado por Shuldham, 1999; Soares *et al.*, 1997; Delmas *et al.*, 1997; Mendes *et al.*, 2005) ou juntamente com outras; medo e ansiedade (Mavrais *et al.*, 1990 citados por Shuldham, 1999; Nelson, 1996), ansiedade e conhecimentos sobre o processo cirúrgico (Allen *et al.*, 1992; Lepcsyk *et al.*, 1990; Raleigh *et al.*, 1990) e ansiedade e dor (Esteve *et al.*, 2002; Lin e Wang, 2005).

2. Dor

Devine e Cook (1986) e Johnston e Vogele (1993) citados por Shuldham (1999) mostram que a intervenção psico-educacional reduz significativamente a dor cirúrgica num estudo de meta-análise.

Esteve *et al.*, (2002) e Lin e Wang (2005) voltam a observar a redução da dor pós-cirúrgica após terem sido tomadas estratégias de ensino pré-operatório.

3. Conhecimento

Alguns estudos (Wallace, 1986 citado por Shuldham, 1999; Raleigh *et al.*, 1990, Allen *et al.*, 1992; Cupples, 1991 citado por Shuldham, 1999) estudaram o impacto da educação no conhecimento que os clientes têm da sua doença e como é que isso se repercute na sua recuperação.

Todos os estudos demonstram um aumento de conhecimentos entre o pré e o pós-teste, no entanto nem todos apresentam diferenças significativas entre o grupo experimental e o controlo (Allen *et al.*, 1992).

4. Dias de internamento

Devine e Cook (1986) citados por Shuldham (1999) encontram uma relação negativa entre o número de dias de internamento e o ensino pré-cirúrgico. O mesmo resultado foi confirmado em 1993 por Johnston e Vogele citados por Shuldham, 1999 na meta-análise que efetuaram.

5. Satisfação

Existem vários estudos que demonstram que o nível de satisfação dos clientes sujeitos a ensino pré-cirúrgico é mesmo superior à da sua recuperação. Wallace (1986) citado por Shuldham (1999) demonstra que o programa educacional que é prestado é avaliado positivamente, tendo o mesmo resultado sido encontrado por Ramos *et al.*, 2003.

Pretende-se com este estudo, conhecer a relação entre o ensino pré-operatório de enfermagem prestado a clientes submetidos a cirurgia de extração de catarata, em regime de ambulatório, e os níveis de ansiedade manifestados no período intra-operatório.

METODOLOGIA

A população deste trabalho é composta pelos clientes sujeitos pela primeira vez a cirurgia da catarata, em regime de ambulatório, no bloco operatório do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de Santo António dos Capuchos.

Para a constituição da amostra deste estudo, selecionaram-se por ordem de aparecimento todos os sujeitos candidatos a cirurgia da catarata que satisfizessem os seguintes critérios de inclusão:

- A cirurgia da catarata ser em regime de ambulatório;
- Idade igual ou superior a 50 anos;
- Ausência de alterações neurológicas ou psiquiátricas;
- Operado a cirurgia da catarata pela primeira vez.

Os clientes que preencheram os critérios de inclusão foram selecionados para o grupo experimental (Grupo 1) ou para o grupo de controlo (Grupo 2) através da utilização de uma tabela de números aleatórios (Spiegel, 1971:568) com base no sexo.

O grupo experimental (Grupo 1) é constituído por 60 sujeitos, 30 homens e 30 mulheres, com uma média de idade de $73,7 \pm 6,99$ (quadros 1 e 2).

O grupo de controlo (Grupo 2) é constituído por 60 sujeitos, 30 homens e 30 mulheres, com uma média de idade de $72,23 \pm 8,11$ (quadros 1 e 2).

Quadro 1

Tabela de frequências da idade dos dois grupos

Classes de idade	Frequência no Grupo Experimental	Frequência no Grupo de Controlo
50 - 60	1	8
60 - 70	18	14
70 - 80	30	30
80 - 90	11	8
Total	60	60

A comparação das médias das idades, entre os dois grupos, não mostrou diferenças significativas ($\chi^2 = 35,4$; $p = .35$) (quadro 2).

Quadro 2

Caraterização da idade da população

	N	Idade (anos)		Variabilidade	
		Média	dp	Min	Máx.
Grupo experimental (1)	60	73,7	6,9	58	90
Grupo de controlo (2)	60	72,2	8,1	51	87
Estatística		$\chi^2 = 35,4$ $p = .35$ n.s.			

O Grupo 1 apresenta uma média de escolaridade de 2,73 anos e o Grupo 2, igualmente, uma média de 2,73 (gráfico 1 e quadro 3).

Quadro 3

Caraterização da escolaridade da população

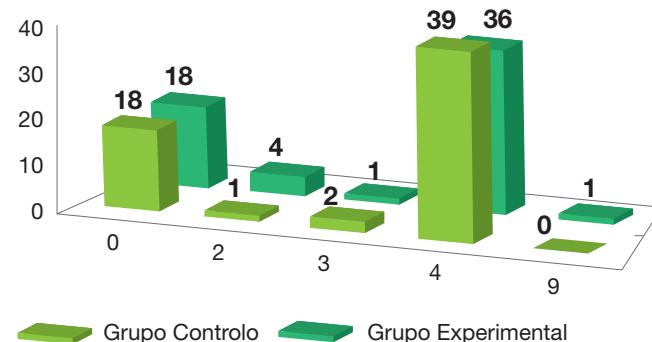
	N	Escolaridade (anos)
		Média dp
Grupo experimental (1)	60	2,73 1,83
Grupo de controlo (2)	60	2,73 1,99

Seleção do instrumento de medida

No que se refere à avaliação da ansiedade, constatou-se que, na pesquisa bibliográfica efetuada, o STAY (forma Y) tem sido amplamente utilizado para avaliar a ansiedade em contextos médicos e hospitalares: por exemplo, a ansiedade pré-cirúrgica, a ansiedade em doentes de cardiologia, pneumologia, ginecologia, odontologia, serviços de urgência, etc. (Ribeiro, Couto-Soares, Lima Ribeiro, 1996; Porgesz, 2000; White, 1999; Bally, Campbell, Cherrick & Tranmer, 2003; Fleet *et al.*, 2003; Colt, Poewrs & Shanks, 1999; Hong *et al.*, 2003; Munafò & Stevenson, 2001; etc. citados por Vale, 2007).

Tendo em conta que existe uma versão do STAY (formas Y1 e Y2) traduzida, adaptada e aferida para a população

Gráfico 1: Frequência da escolaridade dos dois grupos



portuguesa (Silva e Campos, 1988; Vale, 2007), decidiu-se aplicar esta versão do STAY (forma Y1 – Escala de Ansiedade – Estado) aos doentes que viessem realizar em regime de ambulatório, cirurgia de extração de catarata, na situação intra-cirúrgica.

Procedimentos

Os sujeitos do Grupo Experimental foram sujeitos a recolha de dados biográficos e a ensino pré-operatório estruturado. Após serem preparados para entrarem no bloco operatório foram conduzidos para a sala de cirurgia onde foram recebidos por uma enfermeira que fez a avaliação da ansiedade no período intra-operatório. Esta enfermeira desconhecia a que grupo (experimental ou controlo) é que o doente pertencia.

Convém referir que a escala de ansiedade-estado (STAY) foi elaborada como uma escala de autopreenchimento. No entanto, neste estudo isso não era possível, pela diminuição da acuidade visual dos clientes, inerente à patologia visual grave, acrescida pela influência de colírios miométricos a que são submetidos na preparação pré-operatória que os impossibilita de terem uma acuidade visual adequada para o preenchimento da escala. Por outro lado, dado que se optou por avaliar o nível de ansiedade no período intra-operatório, como forma de maximizar esse sentimento/emoção, os clientes encontram-se em posição de decúbito dorsal, o que impossibilita o auto-preenchimento da escala.

Aos sujeitos do Grupo de Controlo foi feita, igualmente, a recolha de dados biográficos e após a preparação para ingresso no bloco operatório foram transportados para a sala de cirurgia onde foram submetidos, tal como os sujeitos do grupo experimental, a avaliação da ansiedade intra-operatória.

RESULTADOS

Efetuiu-se a comparação das médias dos resultados da Escala de Ansiedade (STAY) com o teste Mann-Whitney, verificando-se a existência de diferenças muito significativas entre os dois grupos ($U = 2,0$; $p = .000$) (quadro 4).

Quadro 4
Comparação das médias da STAY

	Grupo Experimental (n=60)		Grupo de Controlo (n=60)		U	P
	Média de Rank	Somatório de Rank	Média de Rank	Somatório de Rank		
STAY	30,53	1832,00	90,47	5428,00	2,0	.002

O grupo que não foi submetido a visita pré-operatória de enfermagem (Grupo 2) apresenta uma média de 50,77 no valor total da STAY, enquanto o grupo sujeito a visita pré-operatória (Grupo 1) tem uma média de 25,28, isto é, o grupo não sujeito a visita pré-operatória apresenta um resultado no total da STAY significativamente mais elevado do que o grupo sujeito a visita pré-operatória (quadro 5).

Quadro 5
Caraterização da STAY

	N	Média	dp	Min.	Máx.
Grupo experimental	60	25,28	4,2	15	40
Grupo de controlo	60	50,77	5,87	35	67

Os homens e mulheres do grupo sujeito a visita pré-operatória de enfermagem não diferem significativamente nos valores da STAY ($U=404,500$, $p=.498$). Apesar de as mulheres apresentarem valores da STAY superiores (Média de Rank=32,02) à dos homens (Média de Rank=28,98), essas diferenças não são significativas (quadro 6).

Quadro 8
Antecedentes Clínicos

		Grupo Experimental		Grupo de Controlo		Estatística	
Antecedentes de Internamentos	SIM	Valor Bruto	22	38	$\chi^2= 1.915$ $p= .235$ n.s.		
		%	36,7	63,3			
	NÃO	Valor Bruto	15	45			
		%	25	75			
Antecedentes Cirúrgicos	SIM	Valor Bruto	14	46	$\chi^2= .048$ $p= 1.0$ n.s.		
		%	23,3	76,7			
	NÃO	Valor Bruto	13	47			
		%	21,7	78,3			
Antecedentes de Doenças	SIM	Valor Bruto	19	41	$\chi^2= .586$ $p= .56$ n.s.		
		%	31,7	68,3			
	NÃO	Valor Bruto	23	37			
		%	38,3	61,7			
Tomou hoje a Medicação	SIM	Valor Bruto	23	17	$\chi^2= 1.56$ $p= .45$ n.s.		
		%	38,3	28,3			
	NÃO	Valor Bruto	20	21			
		%	33,3	35			
	NÃO A	Valor Bruto	17	22			
		%	28,3	36,7			
Consulta de Anestesia	SIM	Valor Bruto	32	28	$\chi^2= .533$ $p= .58$ n.s.		
		%	53,3	46,7			
	NÃO	Valor Bruto	28	32			
		%	46,7	53,3			
Conhecimentos	SIM	Valor Bruto	8	11	$\chi^2= .563$ $p= .618$ n.s.		
		%	13,3	18,3			
	NÃO	Valor Bruto	52	49			
		%	86,7	81,7			

Quadro 6
Comparação das médias dos valores da STAY entre homens e mulheres do grupo experimental

	Grupo Experimental Homens (n=30)		Grupo de Controlo Mulheres (n=30)		U	P
	Média de Rank	Somatório de Rank	Média de Rank	Somatório de Rank		
STAY	28,98	869,5	32,02	96,050	404,500	.498 n.s.

A variável género não apresenta igualmente diferenças significativas ($U=396,000$, $p=.424$) em relação aos valores da STAY no grupo que não foi submetido a visita pré-operatória de enfermagem. As mulheres apresentam, tal como no grupo experimental, valores mais elevados na STAY (Média de Rank=32,3) do que os homens (Média de Rank=28,7), não sendo contudo essas diferenças significativas (quadro 7).

Quadro 7
Comparação das médias dos valores da STAY entre homens e mulheres do grupo de controlo

	Grupo Experimental Homens (n=30)		Grupo de Controlo Mulheres (n=30)		U	P
	Média de Rank	Somatório de Rank	Média de Rank	Somatório de Rank		
STAY	28,7	861,00	32,3	969,00	396,000	.424 n.s.

Compararam-se as respostas dos clientes às questões relacionadas com os seus antecedentes de internamentos, antecedentes cirúrgicos, antecedentes relativos a algumas doenças, comportamento perante a medicação, presença em consulta de anestesia e nível de conhecimento acerca do procedimento cirúrgico (quadro 8). Em todas as questões não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos.



...o ensino pré-operatório de enfermagem reduz significativamente a ansiedade intra-operatória e que a sua implementação poderá melhorar a qualidade do atendimento prestado.



DISCUSSÃO

A visita pré-operatória de enfermagem é uma ação que os enfermeiros têm vindo a implementar desde as últimas décadas.

Com o evoluir da técnica cirúrgica de extração de catarata é possível atualmente realizar-se este procedimento em regime de ambulatório e sob anestesia tópica.

Apesar desta forma de atuação clínica já estar bem implementada, não nos foi possível consultar qualquer estudo que incidisse sobre a atuação dos enfermeiros de sala de operações em período pré-cirúrgico, em cirurgias em regime de ambulatório, e em que a avaliação do nível de ansiedade se efetuasse em período intra-operatório.

Tal como nas cirurgias em regime clássico se verifica uma diminuição da ansiedade e maior colaboração dos clientes no período pós-cirúrgico, os dados deste estudo em cirurgia ambulatória revelam, igualmente, uma clara diferença nos valores de ansiedade no período intra-operatório entre o grupo de clientes que foi sujeito a visita de enfermagem pré-operatória e o grupo de clientes que não a teve.

Não se encontraram quaisquer diferenças entre os dois grupos no número de internamentos prévios, nos seus antecedentes cirúrgicos e de problemas clínicos, tais como presença de diabetes, hipertensão arterial e doença cardíaca; na toma de medicação no dia da cirurgia, na ida a consulta de anestesia e no conhecimento que tinham acerca da cirurgia a que iam ser submetidos.

O *stress* potencia a ansiedade (Grillon *et al.*, 2007) e como diz Sandra *et al.* (2008) "... a alteração psicossocial mais difícil de gerir é a ansiedade dos doentes".

Neste trabalho destacou-se que os clientes dos dois grupos apresentavam valores de conhecimento da cirurgia muito baixos. O facto de se introduzir precisamente esta variável, através do ensino estruturado aquando do ensino pré-operatório pela enfermeira do bloco operatório, fez com que o comportamento emocional, manifestado pelo aumento da colaboração, aumentasse a probabilidade de sucesso da intervenção cirúrgica e diminuísse a probabilidade de complicações cirúrgicas.

Outro aspecto relevante, prende-se com a economia para a saúde, pois a implementação desta atuação de enfermagem vai originar uma diminuição dos custos desta cirurgia visto que, se os clientes estiverem menos ansiosos:

- Aumenta a colaboração e o tempo operatório é menor, sendo possível aumentar o número de atos cirúrgicos diários,
- Diminui a necessidade de administração de fármacos hipotensores,
- Diminui o número de complicações cirúrgicas.

Conclusão

Neste estudo foi possível observar que, para esta amostra estudada, a relação entre o ensino pré-operatório e os níveis de ansiedade é bastante elevada. Verifica-se que os clientes que foram sujeitos a esse ensino apresentavam níveis de ansiedade significativamente mais baixos que os clientes que não o tiveram.

A partir da vigilância da ansiedade, através de uma escala, podemos verificar se esta aumenta ou diminui de intensidade e a sua relação com a implementação das intervenções de enfermagem.

Este trabalho vem demonstrar que, tal como já demonstrado em outras patologias e em cirurgias com internamento, também na cirurgia de ambulatório e, em especial, na cirurgia de extração de catarata, o ensino pré-operatório de enfermagem reduz significativamente a ansiedade intra-operatória e que a sua implementação poderá melhorar a qualidade do atendimento prestado.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, M., Knight, C., Falk, C., Strang, V. (1992). Effectiveness of a pre-operative teaching programme for cataract patients. *Journal of Advanced Nursing* 17, 303-309.
- Brewster, J. (1992). Operations explained. *Nursing Times* 88, 50-52.
- Cheetham, D. (1993). Pre-operative visits by ITU nurses: recommendations for practice. *Intensive and Critical Care Nursing* 9, 253-262.
- Delmas, P., Arnol, C., Clouter, L. (1997). L'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adult opéré. *Recherche en soins infirmiers* n.º 49, Juin, 91-99.
- Dugas, B. W. (1984). *Enfermagem Prática*. (4.ª Edição), Rio de Janeiro: Brasil. Guanabara.
- Esteve, S., Abellán, A., B., Lapuente, Y., R., Pastor, S., J., T., Burgos, E., V. (2002). Estudio comparativo sobre la influencia de un programa de informacion preoperatoria en pacientes sometidos a cirurgia cardíaca. *Actas das VIII Jornadas de enfermagem sobre trabalhos científicos – Enfermagem en Europa*. Alicante, 22/23 Noviembre, 275-284.
- Ferreira, F., Sequeira, I. (2006). Cirurgia ambulatória in *Enfermagem perioperatória, da filosofia à prática de cuidados*. Loures: Portugal. Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, Lusodidacta.
- Grillon, C.; Duncko, R.; Covington, M.F.; Kopperman, L.; Kling, M. (2007). Acute stress potentiates anxiety in humans. *Biological and Psychiatry* 62, 1183-1186.
- Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J., Salanterä, S. (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 50 (2), 212-223.
- Lin, L-Y., Wang, R-H. (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing* 51 (3), 252-260.
- McDonald, S., Hetrick, S., Green, S. (2004). Pre-operative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD003526. DOI: 10.1002/14651858. CD003526. Pub2.
- Mechas, E., S. (1992). Preparação pré-operatória na cirurgia. *Psicologia da Saúde*. Actas do VI Seminário ISPA. Lisboa, AEISPA.
- Mendes, A.C.; Silva, A.; Nunes, D.; Fonseca, G. (2005). Influência de um programa psico-educativo no pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório. *Referência II.ª Série* n.º 1 Dezembro.
- Nelson, S. (1996). Pre-admission education for patients undergoing cardiac surgery. *British Journal of Nursing* Mar. 5 (6), 335-340.
- Raleigh, E., H., Lepczyk, M., Rowley, C. (1990). Significant others benefit from preoperative information. *Journal of Advanced Nursing* 15, 941-945.
- Ramos, E., Almeida, J., C., Pinheiro, T. (2003). Visita de enfermagem pré-operatória. *Informar* Ano IX, nº 30, Janeiro /Agosto, 5-9.
- Scott, A. (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* vol. 9 n.º 2, 72-79.
- Shuldham, C. (1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies* 36, 171-177.
- Silva, D., R. e Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – Forma Y (STAY-Y), de Spielberg, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia* 33, 71-89.
- Spiegel, M., R. (1971). *Estatística: resumo da teoria, 875 problemas resolvidos, 619 problemas propostos*. São Paulo: Brasil. McGraw-Hill.
- Summers, R. (1984). Should patients be told more? *Nursing Mirror* 159, 16-20.
- Vale, M.,A.,M. (2007). *Avaliação da ansiedade em pacientes submetidos a exames de diagnóstico em medicina nuclear: estudo de validação com o inventário de ansiedade estado-traço (Forma Y)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Avaliação Psicológica, apresentada À Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra: Portugal.



Via Verde AVC

Equipa multidisciplinar da UCV do CHLC, nomeadamente, Enf. Maria João Duarte, responsável da UCV, especialista em enfermagem de reabilitação, Dra. Ana Paiva Nunes, médica da UCV, assistente hospitalar de Medicina Interna e Enf. Ricardo Braga, especialista de enfermagem de reabilitação.

Revista ACE: Quando foi criada a UCV e qual a sua missão?

Enf. Maria João Duarte: A Unidade CerebroVascular do CHLC é uma Unidade com a lotação de 8 camas para tratamento de doentes com AVC e iniciou o seu funcionamento em Outubro de 2003. Tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados a doentes com Acidente Vascular Cerebral agudo, numa procura permanente da excelência do exercício profissional.

O AVC isquémico (que representa 75% de todos os AVC) resulta da oclusão de uma artéria cerebral. O objetivo terapêutico na fase aguda do AVC isquémico é o de repermeabilizar a artéria ocluída, por meios farmacológicos/mecânicos, permitindo a reperfusão dos territórios cerebrais em risco e a consequente reversibilidade das lesões provocadas pela oclusão arterial. A redução da mortalidade e morbilidade pelas terapêuticas de reperfusão é tanto maior quanto mais precoce for esta repermeabilização.

Desde o início a organização da **Via Verde AVC** exigiu um trabalho concertado entre médicos e enfermeiros, para que o tempo intra-hospitalar de acesso do doente à terapêutica fosse o menor possível.

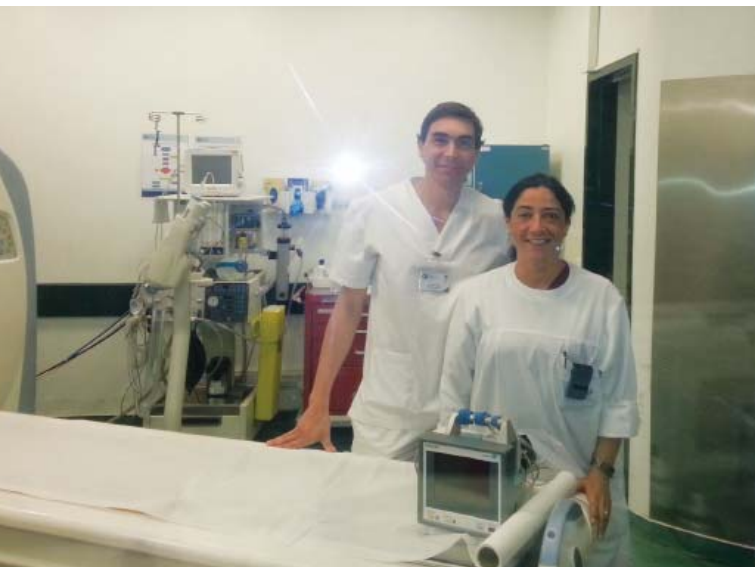
Revista ACE: Como funciona o Projecto da Via Verde do AVC?

Dra. Ana Paiva Nunes: De acordo com o Documento Orientador sobre Vias Verdes do Alto Comissariado da Saúde, define-se **Via Verde** como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações.

A ativação da **Via Verde** é feita através de:

- CODU;
- Via Verde Externa (Inter-hospitalar);
- Via Verde Interna (Intra-hospitalar).

Com a experiência adquirida ao longo dos anos e tornando-se a UCV a Unidade de AVC do país com maior número de ativações de **Via Verde** pelo CODU, foi possível ir melhorando progressivamente o nosso protocolo de abordagem visando um decréscimo do tempo que medeia entre a chegada do doente ao Hospital e a administração de terapêutica fibrinolítica (tempo porta-agulha).



Legenda: Médica e Enfermeiro na sala de TC



Este tipo de abordagem permitiu, além da diminuição do tempo porta-agulha que era o seu objectivo primordial, fortalecer a cumplicidade entre o trabalho médico e de enfermagem,...



fibrinolítica directamente na sala de TC em Março de 2013, o que nos permitiu poupar cerca de 20 minutos em média por doente.

Ficou estipulado que seria feita a triagem destes doentes na sala de TC por um dos enfermeiros do Serviço de Urgência, evitando assim uma possível demora na sala de triagem.



Revista ACE: Como é constituída a equipa e como se organizam?

Enf. Ricardo Braga: Actualmente a equipa da UCV é constituída por 5 médicos (3 Neurologistas e 2 de Medicina Interna) e 17 enfermeiros.

O enfermeiro acompanha o médico na avaliação dos doentes de Via Verde AVC. Nesse sentido, em cada turno, fica um enfermeiro responsável por assegurar o correcto funcionamento da **Via Verde**.

Foi criada uma mala de transporte com todo o material necessário para a administração de terapêutica fibrinolítica.

Quando o doente chega à sala de TC é realizado o exame neurológico e colheita de dados adicional, de forma a identificar critérios de inclusão/exclusão para terapêutica fibrinolítica. São canalizadas dois acessos

Foi feita formação em serviço e elaborado um fluxograma para que os enfermeiros do Serviço de Urgência na sala de triagem pudessem ativar a via verde interna.

De acordo com o registo internacional SITS onde são registados todos os doentes submetidos a terapêutica fibrinolítica, o tempo intra-hospitalar da nossa Unidade era cerca de 40 minutos de 2009 a 2012. As normas internacionais tanto europeias como americanas recomendam um tempo porta-agulha inferior a 60 minutos.

Constatámos contudo que, na nossa realidade no CHLC os doentes têm um tempo entre o início de sintomas e a chegada ao Hospital superior aos outros Hospitais da área de Lisboa, o que se deve provavelmente ao facto de recebermos 24/h/dia doentes de todo o país, tanto por ativação pelo CODU, como por outros hospitais pertencentes ou não ao nosso Centro.

Nesse sentido, e não podendo modificar esta demora, iniciámos um protocolo de administração da terapêutica

venosos periféricos, efetuada avaliação de glicémia capilar e INR, e sinais vitais, com especial ênfase na pressão arterial. O doente realiza TC cráneo encefálico e se não existirem contra indicações inicia trombólise no local. Com a trombólise em curso, faz angio TC e é transferido para a UCV.

Este tipo de abordagem permitiu, além da diminuição do tempo porta-agulha que era o seu objectivo primordial, fortalecer a cumplicidade entre o trabalho médico e de enfermagem, realçando a importância da abordagem interdisciplinar do doente e motivando os profissionais de saúde.

Houve no entanto necessidade de reforçar a equipa de enfermagem com mais um enfermeiro nos turnos da Manhã e da Tarde.

Revista ACE: Como funciona o Projecto da Via Verde do AVC?

Dra. Ana Paiva Nunes: A administração precoce de terapêutica fibrinolítica correlaciona-se com uma melhoria do prognóstico funcional do doente. Sendo a recuperação funcional um dos grandes objetivos dos profissionais da UCV, torna-se evidente que este desafio é uma mais-valia para os nossos doentes pois “tempo é cérebro” e em cada minuto que passa perdem-se 1,9 milhões de neurónios.

Desde Março de 2013, o protocolo de trombólise na sala de TC permitiu reduzir o tempo porta-agulha em cerca de 20 minutos em média por doente.

Temos como objetivos aumentar o número de doentes tratados, incentivar e formar os profissionais de saúde para a necessidade de rapidez do acesso destes doentes ao tratamento.



Aconteceu

Enf. Paula Duarte

Realizou-se mais um **Workshop**, organizado pela ACE, subordinado ao tema “Refletir a Nutrição”. Decorreu a 13 de Março das 9.00 às 12.00 horas no Auditório da Área da Gestão da Formação do Hospital de Santo António dos Capuchos.

Tivemos o privilégio de contar com excelente oradores que nos ajudaram a refletir sobre esta temática tão presente nos nossos contextos.

Começamos com a Dra. Paula Ravasco que abordou o tema “**Nutrição em Oncologia**”. Ao longo da sua brilhante preleção foi enfatizada a importância da ação nutricional no doente oncológico, pois a desnutrição influencia a progressão clínica. A terapêutica nutricional reveste-se de especial importância no tratamento do doente oncológico. Considerada como Evidência de nível A, sabe-se que um aconselhamento nutricional individualizado com alimentos correntes coadjuvado ou não com suplementos, aumenta a ingestão nutricional e consequentemente previne a perda de peso associada aos tratamentos bem como a interrupção dos mesmos. Terminou reforçando o papel da nutrição como peça fundamental no contexto de uma abordagem terapêutica multiprofissional.



Na segunda parte abordou-se a “**Nutrição em Contexto Hospitalar**”. O dietista Nuno Rebelo abordou o tema “**O doente Oncológico**” e a dietista Diana Mendes “**O doente com ferida**”. Ambos foram peremptórios na necessidade da avaliação do risco nutricional, aquando da admissão dos doentes, de forma a poderem ser elaborados planos dietéticos dirigidos. Terminou-se com a intervenção da Enfermeira Marisa Salgado a qual falou sobre “**O papel do Enfermeiro**”. Este passa essencialmente pela triagem das necessidades dietéticas dos doentes e posterior referência para o Serviço de Nutrição e Dietética, pelo levantamento das preferências alimentares e principalmente pela **monitorização dos alimentos ingeridos**. Este último aspecto foi bastante enfatizado pois se não tivermos a percepção do que o doente efetivamente ingere não poderemos avaliar a eficácia do Plano Dietético estabelecido com vista a correção dos problemas identificados.

Este Workshop foi dirigido a todos os profissionais de saúde do CHLC e contou com uma audiência numerosa e participa-

REFLETIR A NUTRIÇÃO

Programa

09:00 H > 09:30 H	Nutrição em Oncologia Prof. Doutora Paula Ravasco
09:30 H > 09:45 H	Debate
09:45 H > 10:15 H	Intervalo
10:15 H > 10:30H	Nutrição em contexto hospitalar O doente oncológico Dietista Nuno Rebelo
10:30 H > 11:00H	O doente com ferida Dietista Diana Mendes
11:00 H > 11:15H	O papel do enfermeiro Enfermeira Marisa Salgado
11:15 H > 12:00H	Debate

PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
13 MARÇO 2014 . 09:00 H > 12:00 HORAS
AUDITÓRIO DA ÁREA DA GESTÃO DA FORMAÇÃO DO HOSPITAL STO. ANTÓNIO DOS CAPUCHOS
INSCRIÇÕES: www.acenfermeiros.pt

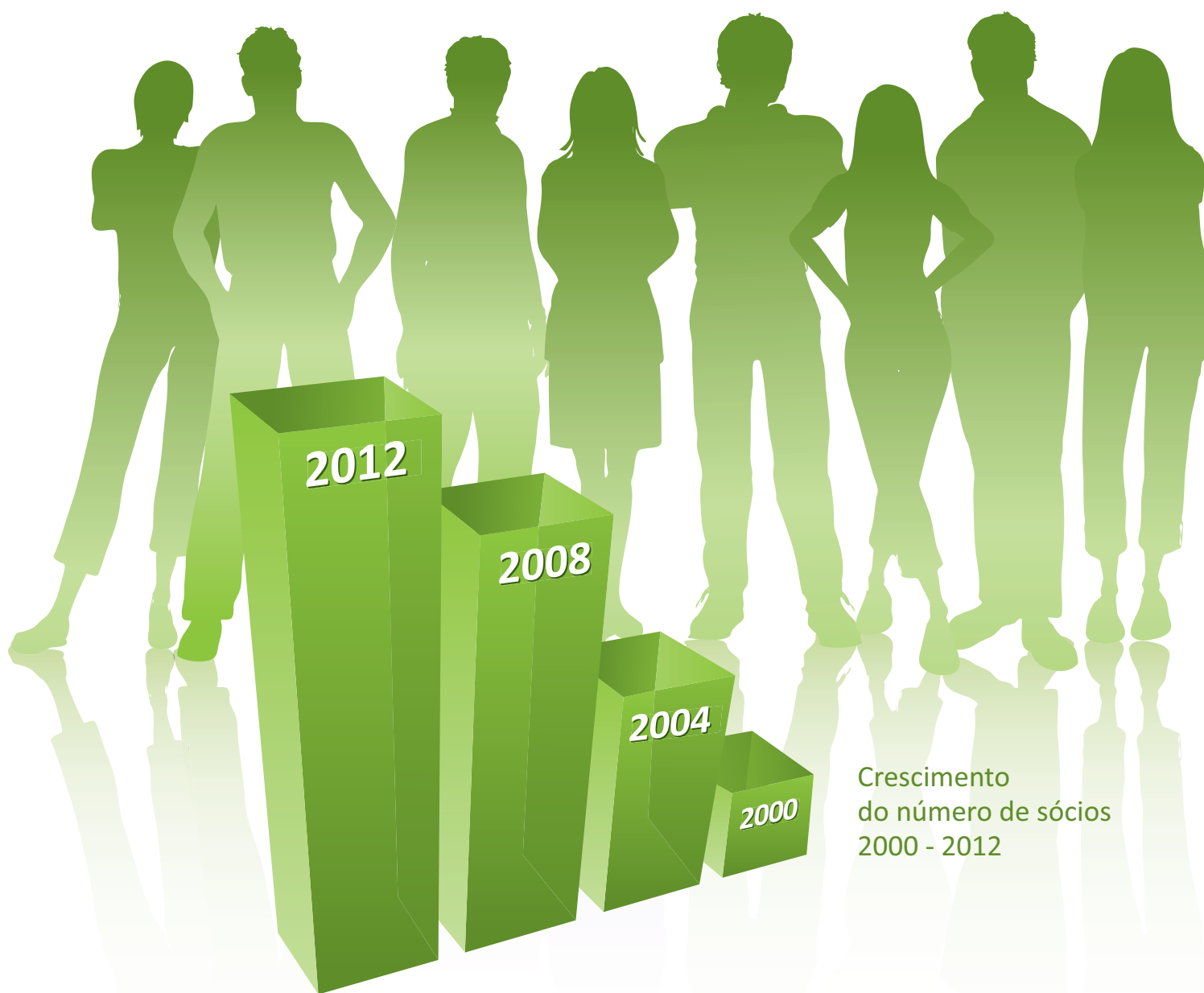
ACE
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

tiva nos momentos de debate. Houve ainda um momento de convívio durante o qual foram servidos alimentos saudáveis.

Pensamos ter contribuído para despertar as nossas “consciências” e perceber que podemos “fazer diferente” com os recursos existentes. Consideramos a Nutrição como um tema transversal a todo o CHLC pelo o que planeamos futuramente a abordagem da mesma noutros contextos.



Apesar de todas as intempéries, desde 2000 que estamos a crescer e a apoiar cada vez mais os nossos sócios.



Crescimento
do número de sócios
2000 - 2012

Faz-te sócio em www.acenfermeiros.pt
VEM CRESCER CONNOSCO!



Aconteceu

Enf. Paula Pinheiro



No dia 21 de Maio de 2014 a ACE comemorou o Dia Internacional do Enfermeiro, no Salão Nobre do Hospital de São José.

A conferência comemorativa teve como base o tema definido pelo ICN para o Dia Internacional do Enfermeiro.

ENFERMEIROS: A FORÇA DA MUDANÇA Recurso vital para a saúde

Sendo os Enfermeiros parceiros ativos em todos os processos de mudança nas diferentes organizações de saúde, torna-se necessário visualizar o global, partilhar o conhecimento e basear a tomada de decisão na evidência, considerando a segurança uma prioridade de todos.

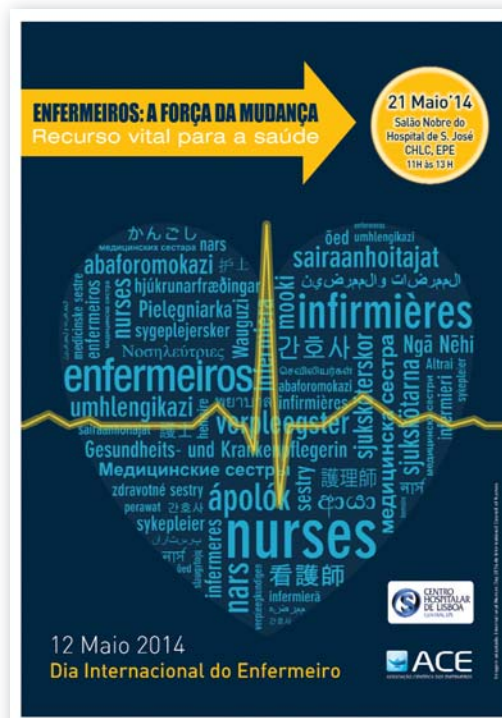
A evolução técnico-científica, a globalização dos cuidados, o contexto sócio-económico conduzem a mudanças de estar e de cuidar que podem, por vezes, estarem em desacordo com os valores profissionais definidos pelos enfermeiros. Será que a enfermagem é recurso vital para a mudança? Será que a enfermagem tem conhecimento real da sua força, valor e contributo?

Os 3 preletores convidados partilharam experiências no âmbito das suas áreas de desempenho:

- **FORMAÇÃO - Enf.º João Paulo Nunes** Director da Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias;
- **GESTÃO - Enf.ª Palmira Silva** Enfermeira Directora Adjunta CHLC, EPE – HDE;
- **PRESTAÇÃO DE CUIDADOS - Enf.ª Filomena Pestição** Enfermeira do Bloco Operatório Central do CHLC, EPE – HDE.

A ACE agradece aos preletores pela excelente conferência, aos músicos que nos animaram e a todos os que estiveram presentes, possibilitando o sucesso da comemoração do Dia Internacional do Enfermeiro.

A todos um BEM HAJA e até para o ano.



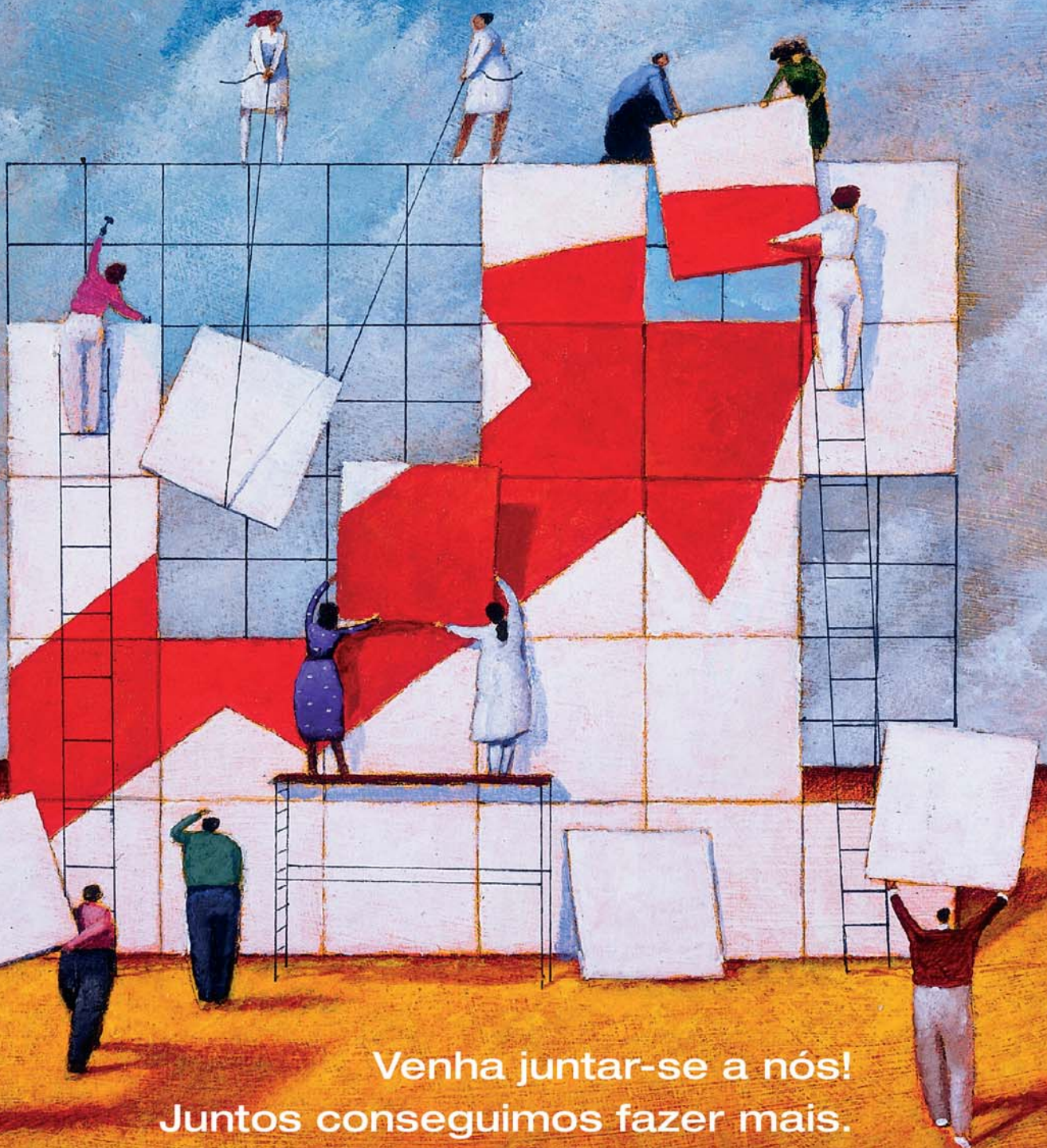


ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

QUEREMOS CRESCER MAIS!

Contamos com a sua colaboração para aumentar o número de colegas que queiram aderir à nossa Associação Científica, pois só assim poderemos ser mais fortes e obter mais vantagens para todos.



Venha juntar-se a nós!
Juntos conseguimos fazer mais.