

Enformação

Equipas multidisciplinares em movimento



O CAMINHO DO FUTURO Renovar para Avançar

Impacto de um programa de formação estruturado sobre os conhecimentos dos enfermeiros acerca das boas práticas de enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais

Tradução, Adaptação e Validação da Escala Jones Dependency Tool

Qualidade de vida pós-transplante hepático em doentes com paramiloidose

N.º 1 > Nov-Mar 2013

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.: 218 841 315 • 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

editorial

Elsa Folgado

Vice-presidente



Conselho Directivo

Filomena Leal
Elsa Folgado
Emília Bártolo
Lino Janeiro
Helena Xavier
[enformacao.direcao@gmail.com]

Conselho Redatorial

Fátima Ramalho
Helena Xavier
Maria Falcão
Paula Duarte
Ricardo Braga
Ivete Monteiro
[enformacao.cr@gmail.com]

Conselho Científico

Ana Marinho
Delmira Pombo
Lígia Malaquias
Maria das Neves Dinis
Raquel Correia
Pedro Jácome
[enformacao.cc@gmail.com]

Sede

Direção dos Serviços de Enfermagem
Rua José António Serrano 1150 Lisboa
Telefones 218 841 451 / 218 841 486
Fax 218 864 616

Design Gráfico

Cognição
www.cognicao.pt

Revista Digital

Periodicidade Quadrimestral
ISSN

Renovar para avançar

Caros Colegas,

O mundo tem passado por grandes transformações, aceleradas pela globalização, abarcando uma panóplia de conhecimentos e de informações que transitam em tempo real em qualquer parte do planeta. O surpreendente avanço dos meios de comunicação, a evolução tecnológica são fatores que, sem dúvida alguma, modificaram a sociedade em que vivemos.

Ao situar o momento de mudanças que se faz sentir, também a ACE decidiu **renovar**. Renovámos o site que consideramos ter sido uma mais-valia para a projeção da associação. Renovámos a revista, no sentido de melhorar o contacto com todos vós, e redefinimos estratégias e formulamos novos planos de ação direcionados para o crescimento e motivação dos nossos pares para que possam continuar a partilhar connosco projetos e novas soluções.

Iremos **Renovar para Avançar** na aquisição e demonstração de competências profissionais de qualidade regidas, sempre, pelo humanismo, rigor científico e princípios ético-deontológicos da Enfermagem.

A ACE representa os Enfermeiros numa área que para nós é de vital importância, a Formação, e é nela que continuamos a apostar.

Temos tido uma preocupação constante de sermos fiéis ao objeto da associação promovendo a formação contínua dos enfermeiros do CHLC. Para nós continua a ser de extrema importância o facto de podermos dar visibilidade ao trabalho, por eles, desenvolvido através de organização de congressos, jornadas e outros eventos.

Como estamos próximos da quadra natalícia, em que se celebra o nascimento de Jesus Cristo, também a ACE quer comemorar com todos vós o nascimento da revista “Enformação” em formato digital. Com este novo projeto esperamos ter a vossa adesão e interesse para o seu crescimento. O nosso sucesso é o sucesso de todos e o resultado de um esforço coletivo.

Queremos continuar a ter o vosso apoio e só assim conseguiremos **Renovar para Avançar**.

Contamos convosco e obrigada a todos.

Um abraço,

Impacto de um programa de formação estruturado sobre os conhecimentos dos enfermeiros acerca das boas práticas de enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais 14

César Faustino Martins Alves

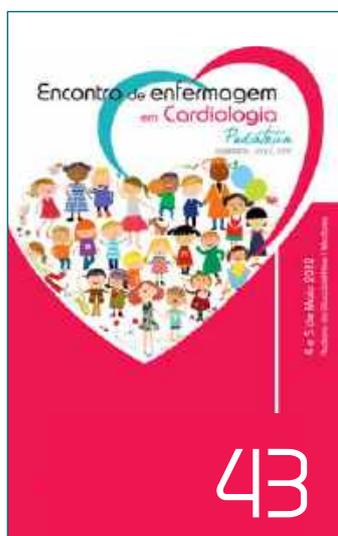
Tradução, Adaptação e Validação da Escala Jones Dependency Tool 22

Ana Rute Santos, Bruno Sousa, Clara Peixoto e Alexandre Tomás

Qualidade de vida pós-transplante hepático em doentes com paramiloidose 29

Andreia Pereira, Fernanda Moreno, Luísa Dias Maria do Carmo Cordeiro e Vanessa Pereira





VISIBILIDADE

06 **CHLC sempre a mexer**

Notícias e outras novidades do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

07 **Enfermagem na actualidade**

A Enfermagem nos Jogos Olímpicos
1.º Ano da Consulta de Enfermagem da Unidade de Patologia Colo-Rectal

AGENDA

09 **Calendário**

Eventos e actividades ACE

EMPENHO

40 **Entrevista**

Enf. Filomena Leal

11 **Marcar a diferença** **Associação Viva Mulher Viva**

Dra. Gabriela Freire

13 **Viver Verde**

Cidadania e ideias para um meio ambiente sustentável

EVIDÊNCIA

43 **Aconteceu**

Encontro de Enfermagem em Cardiologia Pediátrica

Enf. Ana Inês Costa, Enf. Elsa Vaz,
Enf. Fátima Ribeiro, Enf. Marina Alfaiate

Dia Internacional do Enfermeiro

Enf. Maria Goreti de Gouveia Martins da Silva



sempre mexer



Centro continua programa de acreditação internacional de qualidade

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC) continua empenhado na melhoria sistemática da excelência das suas unidades hospitalares.

Depois de, há um ano, ter obtido o reputado galardão da Acreditação Total pelo Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS) para o Hospital de Santa Marta e o Hospital Dona Estefânia, o CHLC está agora a levar a cabo a segunda fase do processo de acreditação internacional dos Hospitais de S. José e St.º António dos Capuchos.

Esta distinção, atribuída pela mais reputada entidade do Reino Unido em acreditação de hospitais, pretende distinguir o compromisso do Centro Hospitalar com a garantia e a melhoria da qualidade assistencial à população que serve.

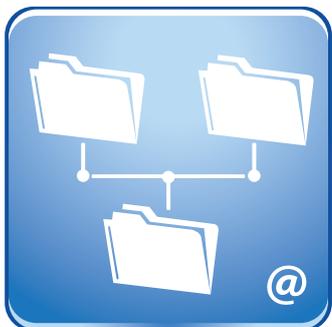
CHLC renova presença na Internet

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC) renovou a sua imagem na internet, disponibilizando informação diversa sobre as seis unidades hospitalares que o constituem.

O novo sítio disponibiliza ao utente do CHLC informação sobre os seis hospitais, como chegar a estas unidades, contactos e os nomes dos responsáveis das áreas, especialidades e serviços, listas de espera, educação para a Saúde e permite ainda o preenchimento online de inquéritos de avaliação da satisfação das Consultas Externas, Urgência e Patologia Clínica.

Na homepage do sítio pode ler-se também informação actualizada sobre eventos, notícias e iniciativas dos profissionais do Centro Hospitalar.

Pode ser visitado em <http://www.chlc.min-saude.pt/>



Produção científica online

As Bibliotecas do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC) aderiram ao projecto nacional de criação de um Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), que disponibiliza mundialmente o acesso a toda a produção científica portuguesa.

Foi constituído um Repositório Institucional Digital, que visa promover em formato digital a divulgação científica produzida pelos seus profissionais. Tem como objectivos recolher, centralizar, preservar e disponibilizar em livre acesso todo o conhecimento produzido, de forma a dar maior visibilidade e impacto à investigação desenvolvida em termos institucionais.

O mesmo pode ser consultado em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/>



Enfermagem na actualidade

A Enfermagem nos Jogos Olímpicos

A abertura oficial dos Jogos Olímpicos, 27.ª edição da era moderna, decorreu em Londres no Estádio Olímpico, a 27 de Julho de 2012, perante 80 mil espectadores e mais de mil milhões de telespectadores.

Danny Boyle, cineasta e produtor britânico premiado pelo filme “Quem quer ser milionário” foi o responsável pela concepção e produção do espectáculo, com um cariz essencialmente social e que conta a história da Grã-bretanha até aos nossos dias.

Um grande espectáculo com muita luz, cor, música, dança, humor e alegria.

“The Isles of Wonder” foi o nome que a cerimónia de abertura recebeu. E foi ao som do toque do sino olímpico, o maior sino harmónico do mundo, pelas mãos de Bradley Wiggins recente vencedor da Volta a França, que a cerimónia começou.

“Green and Pleasant Land”, uma imensa e idílica área rural transformou o estádio num maravilhoso espaço onde o verde dominava, mas aos poucos foram surgindo enormes chaminés de fábricas, máquinas, homens de negócios, não faltando também um céu coberto de nuvens; consequências da Revolução Industrial que teve como berço a Inglaterra.

A cerimónia também foi feita de silêncio, em memória das perdas da primeira guerra mundial que interrompeu por segundos o vibrante espectáculo.

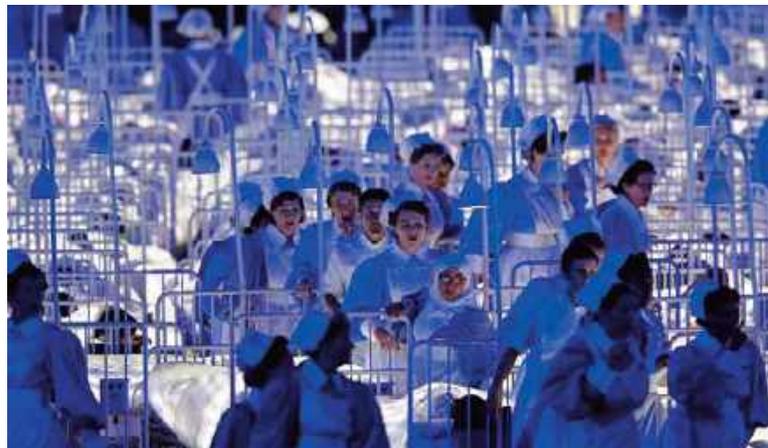
A revolução da música surge num ambiente industrializado, enquanto os figurantes forjavam no ferro, os cinco anéis olímpicos que subiram ao céu numa chuva de fogo.

Da ficção para a realidade, “Bond” cumpriu a missão impossível e trouxe-nos dos céus a “rainha Isabel II”.

Depois da chegada da rainha crianças vestidas de pijama ao som de “God save the Queen” cantaram em linguagem gestual “Second to the right, and straight on till morning”, estava iniciada a homenagem ao Great Ormond Street Hospital, o hospital pediátrico de Londres e concomitantemente ao Serviço Nacional de Saúde cujas luzes iniciais se iluminaram no centro do relvado. O estádio encheu-se de crianças deitadas em camas, enfermeiras e médicos.

As fardas das enfermeiras transportaram-me a outros tempos... aos de Florence Nightingale, pois este sistema de saúde foi fundado com a ajuda desta incontornável figura da enfermagem.

Florence Nightingale nascida a 12 de Maio de 1820 na cidade italiana de Florence, filha de ingleses, criada num meio aristocrático. Aprendeu grego, latim, francês, alemão, italiano, história, filosofia e matemática. A aquisição de conhecimentos e saberes era algo que a fascinava, mas tinha consciência do que a sociedade esperava das mulheres que viviam no seio da aristocracia. Inteligente, determinada, perseverante decidiu dar outro rumo à sua vida; dedicar-se à caridade iniciando a sua caminhada na enfermagem, numa época em que os doentes eram cuidados por irmãos de caridade e voluntárias sem qualquer qualificação consideradas pouco mais do que prostitutas.



Ficou famosa pela sua grande prestação durante a guerra da Crimeia (1854-1856); o seu trabalho de assistência aos enfermos assim como de organização de infra-estruturas hospitalares com as suas preocupações higienistas: “ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz”, conseguiu baixar significativamente a taxa de mortalidade. Ficou conhecida na história pela “Dama da lâmpada”, objecto que utilizava na iluminação quando cuidava dos feridos durante a noite. Pioneira na utilização do modelo biomédico; também nos deu o seu contributo na área da estatística, servia-se da colheita e análise de dados, utilizando métodos de representação visual, como por exemplo o gráfico sectorial. Para Florence os dados não eram abstractos porque mostravam-lhe e ajudavam-na a mostrar aos outros como salvar vidas.

Em 1860 fundou a primeira escola secular de enfermagem no mundo.

O Dia Internacional da Enfermagem é comemorado no mundo inteiro, na data do seu nascimento.

Morreu a 13 de Agosto de 1910.

E a cerimónia continuou... com a literatura infantil, Peter Pan, Winnie the Pooh entre muitos outros, perseguidos pelos cruéis Valdemort e Cruela, são salvos pela ama, Mary Poppins, que põe a salvo os sonhos e adornece centenas de crianças até à conhecida música olímpica, interpretada ao piano por “Mr. Bean”.

Seguiu-se uma viagem ao mundo da televisão, cinema e música; das últimas décadas do século XX até aos tempos actuais. Beatles, Rolling Stones, passando por Queen, Sex Pistols, Eurythmics, Muse, Amy Winehouse entre outros fizeram furor.

Por fim, um filme mostrou o percurso da tocha, até acabar com David Beckham numa lancha pelo Tamisa. Seguiu-se o desfile dos países, Portugal foi o 149.º a passar pela pista.

Os discursos oficiais e a rainha declararam a abertura dos jogos. E chegou o momento mais esperado da noite o acender da chama olímpica. Beckham chegou até ao cais, junto ao estádio e passou a tocha a Steve Redgrave, remador britânico, cinco vezes campeão olímpico, que por sua vez a passou a sete jovens atletas, os quais se dirigiram ao centro do estádio e acenderam 7 pétalas, o fogo propagou-se pelas 204, uma por cada país representado. O momento foi intensificado com fogo de artifício.

E a noite culminou com Paul McCartney a cantar “Hey Jude”.



Enfermagem na actualidade



1.º Ano da Consulta de Enfermagem da Unidade de Patologia Colo-Rectal

A Unidade de Patologia Colo-Rectal (UPCR) realizou o primeiro workshop, no dia 6 de Julho, no Auditório do Centro de Formação do Hospital de Santo António dos Capuchos, com a temática "Abordagem Multidisciplinar do doente Ostomizado".

Este dia de trabalho possibilitou a reunião de profissionais do Centro Hospitalar, em torno da multidisciplinidade, que marca a prestação de cuidados ao doente portador de uma ostomia.

Esta iniciativa, para além da comemoração do primeiro Ano de Consulta de Enfermagem da UPCR, proporcionou uma experiência diversificada, única e solidária no saber ser e no saber fazer em saúde.

As novas realidades sócio – demográficas associadas ao envelhecimento da população, a prevalência da doença crónica e a alteração dos estilos de vida têm aumentado de forma sustentada a incidência de doenças oncológicas e inflamatórias levando a um número crescente de indivíduos com patologia colo-rectal.

Esta patologia, em geral, causa um impacto profundo no doente, na família e na sociedade. A intensidade, duração e consequências deste impacto dependem de todos os profissionais de saúde, pois, em maior ou menor grau, estão todos implicados na qualidade de vida destes indivíduos e nos custos que a prevalência desta patologia implica, de forma directa ou indirecta.

O tratamento desta patologia privilegia o trabalho multidisciplinar, a subespecialização e as unidades funcionais e os resultados do mesmo dependem, significativamente, das várias áreas de intervenção.

No âmbito da criação da UPCR, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, foi implementada a Consulta de Enfermagem, no dia 5 de Julho de 2011.

Esta Consulta destina-se ao acompanhamento do indivíduo e do seu prestador de cuidados, no pré-operatório, pós-operatório e follow-up, ao nível da prevenção, tratamento e readaptação funcional, visando a sua autonomia e reinserção social e familiar. A sua acção implica a articulação com as diferentes áreas de intervenção.

Desta forma amplia a perspectiva clínica para uma visão holística do indivíduo.

agenda



06 > 08 dez.

Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2012

APER
Albufeira, Hotel Santa Eulália

No âmbito do Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade Entre as Gerações, que se assinala em 2012, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação organiza o seu próximo Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação sob o lema: «Envelhecimento Activo».

11 dez.

I Jornadas de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica: «Qualidade de Vida e Envelhecimento Activo»

Universidade Fernando Pessoa
Porto

Com o lema: «Qualidade de Vida e Envelhecimento Activo», realizadas pela Universidade Fernando Pessoa. Temas das sessões: Envelhecimento e Memória, Competências dos Enfermeiros no cuidado ao Idoso, Envelhecimento Activo e Qualidade de Vida, Qualidade de Vida.



27-28 fev.

IV Jornadas de Saúde Materna

Auditório Pólo Artur Ravara
Lisboa

22-23 mar.

IV Congresso Internacional de Gestão de Feridas Complexas: Uma Abordagem de Boas Práticas

Auditório do Complexo Escolar ESEL/ESTESL - Parque das Nações - Lisboa



CURSOS



5, 12 e 19 jan. e 2 fev.

- **Enfermagem em Cuidados Intensivos**
- **Suporte Imediato de Vida**
- **Hemodiálise para Enfermeiros**
- **Princípios de Reabilitação da Pessoa com AVC**

12 e 26 jan. - 2 e 16 fev.

- **Curso Avançado em Enfermagem ao Domicílio**

16 e 23 jan. - 2 e 16 fev.

- **Electrocardiografia para Enfermeiros**
- **Preparação do Leito da Ferida Crónica**

Local: Escola EB, 2/3 Eugénio dos Santos
Rua Augusto Palmeirim - Lisboa



**Porque cada evento
é único**

Saiba mais sobre nós em www.cognicao.pt

Veja as nossas Soluções. Contacte-nos.



Rua General Humberto Delgado, n.º 30 A - Esc.4
Torre da Marinha
2840-436 SEIXAL

Raquel Chaves | Tlm: 917 947 043 | raquel.chaves@cognicao.pt



Marcar a diferença

Entrevista com a Vice-Presidente
da **Associação Viva Mulher Viva**
Dra. Gabriela Freire

Saborear mais a Vida

O projecto desta associação foi elaborado em 1999 pela coordenadora da Equipa de Psicoterapia, como uma forma ideal de responder às necessidades dos pacientes e seus familiares, que não podem ser atendidas no âmbito da consulta.

Um grupo de pacientes veteranas desta consulta, congratuladas com serviço de saúde prestado e o apoio que sentiram por parte da equipa de saúde, e movidas por um ideal de apoio à comunidade, sentiram necessidade de dar alma a este projecto, através do apoio às pacientes recém - diagnosticadas e suas famílias.

Assim, de uma conjugação de ideias e vontades surge uma Associação para dar voz às necessidades das pacientes e suas famílias; melhorar a comunicação entre pacientes, familiares e profissionais; e apoiar as equipas de saúde no alcance de padrões mais elevados de prestação de cuidados de saúde.

ACE: A Associação é movida sobretudo em sistema de voluntariado. É realizado algum tipo de selecção dos voluntários ou formação? Como funciona?

VIVA MULHER VIVA: o voluntariado da nossa associação consiste no apoio que as mulheres sobreviventes de cancro da mama dão a outras mulheres em várias fases do tratamento, nomeadamente o internamento para cirurgia e a quimioterapia. Portanto, é prioritariamente um apoio em meio hospitalar, o que não significa que os contactos das chamadas “madrinhas-“ não se perpetuem com as “afilhadas” na fase pós-hospitalar. A selecção e formação das “madrinhas” faz-se no âmbito do Projeto Orísia.



ACE: Em que tipo de acções se desenvolvem os principais objectivos da Associação?

VIVA MULHER VIVA: os principais objetivos da nossa associação prendem-se com o apoio à mulher e familiares tratados no âmbito da Unidade de Cirurgia da Mama do Centro Hospitalar de Lisboa Central e com um trabalho junto das doentes e seus familiares relacionado com “como enfrentar o presente” e “como lidar com o futuro”, perante uma situação de saúde geradora de enormes questões e angústias.

Assim, “para enfrentar o presente”, em colaboração estreita com o Serviço de Psicologia, foi criado o “Projeto Orísia” (nome de uma das doentes fundadoras da associação e já falecida): as associadas propõem-se como voluntárias e seguidamente o serviço de psicologia efetua a sua selecção e formação. Depois deste processo as voluntárias vêm semanalmente ao hospital para contactarem com as doentes em tratamento, com a orientação do serviço de psicologia.

Para “enfrentar o futuro” criou-se também o Projeto “Vamos Marianar” em homenagem a uma das criadoras da nossa Associação, Mariana Antunes (já falecida) em que se pretende desenvolver pela técnica da terapia de grupo o fortalecimento e reintegração da mulher já tratada na sua vida normal. Assim, numa parceria voluntárias/psicóloga criam-se sessões semanais ou quinzenais com a presença de mulheres recém-tratadas nas quais se debatem variados temas existenciais.

ACE: A Associação está ligada a outras entidades ou associações? De que forma?



Dra. Gabriela Freire

VIVA MULHER VIVA: A nossa Associação é membro da ECPC (European Cancer Patient Coalition) <http://www.ecpc-online.org/> e tem participado em vários seminários internacionais nos quais se debatem questões tão importantes como as relacionadas com o desenvolvimento de diretivas da União Europeia referentes à certificação de qualidade dos tratamentos ou do papel dos doentes nas políticas da saúde, daí o lema (Nothing about us without us!). Em Portugal, desde 2005 somos parceiros do programa Sociedade Civil e vários elementos da Associação têm participado nos programas coordenados por Fernanda Freitas abordando as temáticas relacionadas com voluntariado, psicooncologia, prevenção e tratamento do cancro da mama, etc.

ACE: Além deste papel social extraordinariamente importante, a Viva Mulher Viva, tem realizado outro tipo de actividades, que marcaram o percurso da vida da Associação. Quais foram os mais gratificantes?

VIVA MULHER VIVA: Em 2008 tivemos a oportunidade de elaborar um calendário muito especial que celebrava a vida e o bem-estar e que teve a participação de muitas das nossas associadas e familiares.

Tivemos oportunidade de desenvolver desde 2005 no Hospital de S. José, durante o mês de Outubro a “Semana Rosa” na qual promovemos várias ações de índole socio-cultural, desde atividades de ginástica chinesa (Qi JONG) a concertos de música clássica e de jazz, bem como mini-intervenções de especialistas em nutrição, estética, fisioterapia.

Também em 2010 foi escrita por um membro da Associação e apresentada pela companhia “A Barraca” uma

peça de teatro especialmente vocacionada para tratar as questões do cancro da mama. O principal evento a que devotamos muita energia consiste num fórum anual, que já efetuamos há oito anos, em Novembro/Dezembro no Hotel Mundial. Durante uma tarde de sábado juntamos cerca de 150 a 200 membros da associação e debatemos temas dos mais variados, todos associados a uma visão positiva da vida, não esquecendo celebrar estarmos juntos e a fantástica (e muito especial) parceria que os especialistas de S. José desenvolvem com as pacientes aí tratadas.

ACE: Este ano festejam-se os 20 anos da criação da Consulta Multidisciplinar, que como marco importante de comemoração, não deixa de iniciar um renascer de novos horizontes. Quais os projectos e perspectivas futuras para a VIVA MULHER VIVA?

VIVA MULHER VIVA: Temos muitas ideias e muita criatividade. Os projetos dizem respeito à consolidação e alargamento da ação nossa Associação às restantes unidades hospitalares que fazem parte dos Hospitais de Lisboa Central. Também temos uma luta de anos para procurar um espaço autónomo.

Queremos continuar a ser uma voz ativa e a defender uma abordagem clínica multidisciplinar e psicooncológica de qualidade em relação ao tratamento do cancro da mama e de que a Consulta Multidisciplinar é um exemplo, não só nacional como internacional.

Temos receio de que o muito que se fez se dilua nestes novos tempos de insegurança e de crise do Serviço Nacional de Saúde.

Afinal quantas mulheres em Portugal foram tratadas como nós? Seria interessante saber.

Viver Verde

Praticar uma boa cidadania passa por adoptarmos medidas simples, sairmos da nossa zona de conforto e participarmos activamente na comunidade e assim sermos capazes de construir um Mundo mais justo, solidário e humano.



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL EPE
Área de Gestão de Instalações e Equipamentos

Com o Empenho e Colaboração de Todos

Utilização Eficiente de Energia

Diminuição dos Custos de Utilização

1

Minimizar as fontes de carga térmica no interior dos edifícios:

- Manter fechados os estores ou protecções de envidraçados que estejam expostos à radiação solar directa (apenas aplicável no período de arrefecimento - Verão);
- Manter fechadas as janelas de ligação ao exterior, em locais climatizados;
- Manter fechadas as portas de compartimentação interior e de acesso aos Serviços.

2

Utilização Racional da Energia Eléctrica:

- Ligar os circuitos de iluminação estritamente necessários e de acordo com as reais necessidades dos locais;
- Desligar computadores, sistemas de ar condicionado e equipamentos, quando os mesmos não estejam em utilização, essencialmente ao final de cada dia e no fim-de-semana.

3

Regulação Equilibrada dos Sistemas de Ar Condicionado:

- » 20° C - período de aquecimento (Inverno)
- » 24° C - período de arrefecimento (Verão)

Nota: Os valores acima indicados, aplicam-se a locais de utilização comum, não estando contemplados os locais de utilização específica.

4

Utilização das Águas Sanitárias Frias e Quentes:

- Recorrer aos circuitos de águas sanitárias frias e quentes quando, e pelo tempo estritamente necessário;
- Não deixar a água a correr directamente para a esgoto, nomeadamente em zonas de lavagens, zonas sujas e banhos;
- Sempre que for detectada uma fuga de água, informar de imediato a Área de Gestão de Instalações e Equipamentos.

Estima-se que com a implementação destas medidas diminuam os custos directos e indirectos de utilização, em aproximadamente 120.000,00€ anuais.

Área de Gestão de Instalações e Equipamentos

Hosp. S. José
218841697
Ext.:11697

Hosp. S. A. Capuchos
213136398
Ext.:21291

Hosp. S. Marta
213594014
Ext.:41407

Hosp. D. Estefânia
213126664
Ext.:51664

Hosp. Curry Cabral
217924391
Ext.:74228

Maternidade Dr. Alfredo da Costa
213184282
Ext.:1320

2012_09_JJBC



Impacto de um programa de formação estruturado sobre os conhecimentos dos enfermeiros acerca das boas práticas de enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais*

* Realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde de Leiria

RESUMO

Em unidades neonatais, a cateterização umbilical é muitas vezes utilizada como acesso vascular central, exigindo do enfermeiro conhecimentos específicos que garantam a sua manipulação e manutenção segura e eficaz. A formação ao longo da carreira é uma estratégia que permite a consolidação e desenvolvimento desses conhecimentos.

Este estudo teve como objectivo avaliar o impacto de um programa de formação estruturado sobre os conhecimentos dos enfermeiros de unidades de cuidados especiais a Recém-Nascidos (RN) acerca das boas práticas de enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais.

Foi realizado um estudo quase experimental, do tipo pré teste, pós teste sem grupo de controlo, baseado numa metodologia quantitativa. A amostra foi seleccionada aleatoriamente, constituída por treze enfermeiros de uma unidade de neonatologia, à qual foi aplicado um questionário para avaliação dos seus conhecimentos técnico-científicos, antes e depois da realização de um programa de formação estruturado.

Constatou-se que os enfermeiros demonstraram uma melhoria na generalidade dos domínios do conhecimento sobre boas práticas de enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais depois da realização de um programa de formação estruturado.

Palavras-chave: Formação; Enfermagem; Cateterismo Umbilical.

INTRODUÇÃO

Em RN gravemente doentes, prematuros ou com muito baixo peso, a cateterização umbilical arterial e venosa é muitas vezes utilizada como acesso vascular central (Miranda, 2005). Este procedimento, pelos riscos e complicações associados, exige do enfermeiro conhecimentos específicos, destreza e habilidade, perícia técnica, capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão consciente, condições indispensáveis para a manutenção segura e eficaz do cateter umbilical. A formação regular ao longo do seu percurso profissional permite a consolidação dos conhecimentos teórico-práticos pré-existentes e o desenvolvimento de novas atitudes e capacidades alicerçadas na mais recente prática baseada em evidências e são fundamentais para a melhoria da qualidade da prática clínica de enfermagem.

As motivações pessoais do autor deste estudo foram o ponto de partida para a escolha da temática. O facto de desenvolver a sua actividade profissional num serviço de Pediatria com unidade de neonatologia e de reflectir frequentemente sobre as experiências vivenciadas ao longo dos últimos anos na utilização do cateterismo umbilical nessa unidade levou ao surgimento da seguinte inquietação: será a sustentação teórica adquirida ao longo do percurso profissional, suficiente para dotar os enfermeiros das competências necessários para prestar os cuidados adequados, na realização desse procedimento? Surgiu então a necessidade de delinear estratégias de intervenção que incen-

tivassem a uniformização e reorganização dos cuidados de enfermagem, mais concretamente os relacionados com o procedimento de cateterismo umbilical. A estratégia seleccionada foi a formação estruturada aos enfermeiros da equipa.

O estudo actual teve como objectivo:

- Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros de unidades de cuidados especiais a RN sobre boas práticas de enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais, antes e após a realização de um programa de formação estruturado.

Este estudo decorreu entre os meses de Abril e Junho de 2011.

“ Instruir os enfermeiros sobre o modo de manipular e manter os cateterismos umbilicais, requer uma abordagem bem estruturada e documentada. ”

confiáveis e em bom funcionamento. Miranda (2005) e Rodrigues; Chaves e Cardoso (2006) referem ainda que estes cateteres são um dos recursos mais importantes no atendimento de excelência ao RN em situação crítica, representando um dos grandes avanços indispensáveis à qualidade da assistência. Nas últimas três décadas intensificaram-se os avanços tecnológicos em terapia intravenosa em neonatologia, beneficiando os RN de alto risco que necessitam de um acesso vascular por um tempo prolongado, visando a administração de medicamentos, soluções hidroelectrolíticas, nutrição parenteral e outros procedimentos terapêuticos.

O acesso vascular central através dos vasos umbilicais foi o primeiro e mais utilizado em RN durante muitos anos. De acordo com Colomer et al. (2000), a primeira descrição da sua utilização foi realizada por Diamond, em 1947, durante a realização de exsanguineotransfusão e, em 1970, também Kitterman et al., já mencionavam a utilização desses cateteres como prática comum em unidades neonatais. Segundo Miranda (2005), o uso dos cateteres umbilicais é limitado sob o ponto de vista do tempo de permanência, não só pelas complicações que podem desencadear (tromboembolismo, mau posicionamento do cateter, necrose ou calcificação hepática, enterocolite necrosante e infecções), mas também pelo desenvolvimento de novos cateteres centrais de fácil inserção através de veias periféricas (cateteres epicutâneos). Não obstante, os cateteres umbilicais ainda têm as suas indicações e podem ser especialmente úteis em situações de emergência (reanimação) e nos primeiros dias de vida de RN prematuros e com muito baixo peso (Colomer et al., 2000).

Instruir os enfermeiros sobre o modo de manipular e manter os cateterismos umbilicais, requer uma abor-

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Das inúmeras intervenções realizadas em RN nas unidades de neonatologia, uma das mais frequentes é a colocação de um cateter intravascular, no entanto, esse procedimento é dos mais difíceis de realizar. A imaturidade do sistema vascular aliada à idade gestacional do bebé pode condicionar a disponibilidade de veias apropriadas para cateterizar, tornando-se tecnicamente difícil e indutor de stresse (Miranda, 2005). Por outro lado, as repetidas punções venosas comprometem os vasos periféricos e potenciam o surgimento de complicações, que podem ser locais ou sistémicas. Daí que, quanto maior a gravidade da situação clínica, maior a necessidade de cateteres vasculares centrais seguros,

dagem bem estruturada e documentada. Esta deverá envolver a formulação de um programa de formação, pela equipa de saúde, tendo em vista a promoção das competências profissionais.

OPÇÕES METODOLÓGICAS

Tipo de estudo

O tipo de estudo delineado para dar cumprimento ao objectivo definido foi quase experimental do tipo pré teste, pós teste, sem grupo de controlo. Neste estudo foi definida como variável dependente os conhecimentos dos enfermeiros de um serviço de Pediatria de um hospital da zona de Lisboa e Vale do Tejo sobre boas práticas de enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais e, como variável independente o programa de formação estruturado realizado. As variáveis de atributo encontram-se relacionadas com as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros (Idade; Sexo; Habilitações Académicas/Profissionais; Experiência profissional; Experiência profissional na área da Pediatria e Experiência profissional na área da Neonatologia; Formação e número de horas de formação na área da cateterização umbilical).

De acordo com o objectivo, o autor deste estudo formulou a seguinte hipótese:

- Após o programa de formação estruturado, os enfermeiros demonstram uma melhoria na generalidade dos domínios do conhecimento sobre boas práticas de enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais.

Amostra

Foi considerada como população de referência, os enfermeiros que integram o serviço de Pediatria de um hospital da zona de Lisboa e Vale do Tejo, num total de 26 enfermeiros.

A amostra foi seleccionada aleatoriamente. Integraram a amostra 13 enfermeiros (50% da população de referência).



Instrumento de colheita de dados

Foi utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário estruturado em duas partes:

Parte I - caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (Idade; Sexo; Habilitações Académicas/Profissionais; Experiência Profissional; Experiência profissional na área da Pediatria; Experiência profissional na área da Neonatologia; Formação prévia na área da cateterização umbilical e número de horas frequentadas), num total de sete questões. Nesta parte do questionário foi colocada ainda uma questão sobre a importância atribuída à formação na área da cateterização umbilical, para o desempenho das funções dos enfermeiros no serviço de Pediatria (Nada importante; Pouco importante; Importante e Muito importante);

Parte II – constituída por um total de quarenta e três afirmações que os enfermeiros assinalaram como “Verdadeiras”, “Falsas” ou “Não Sei” e que permitiram avaliar os conhecimentos que os enfermeiros possuíam, não só nas diferentes áreas de conhecimentos: Cateterismo Umbilical Arterial, Cateterismo Umbilical Venoso e Conhecimentos Gerais, mas também nas diversas áreas relacionadas com o procedimento de Cateterismo Umbilical propriamente dito: Indicações, Contra-Indicações, Considerações Gerais, Intervenções de Enfermagem durante e após o Cateterismo Umbilical, Intervenções de Enfermagem na Manipulação e Manutenção, Complicações, Permanência e Remoção do Cateterismo Umbilical.

Procedimentos de implementação do estudo

A fase de implementação do estudo obedeceu a uma sequência estruturada, nomeadamente:

- Duas semanas antes da realização do programa de formação estruturado, procedeu-se à aplicação do questionário aos enfermeiros. Cada questionário foi identificado com um código de forma a poder ser associado ao que foi aplicado posteriormente;
- Após a avaliação inicial dos conhecimentos dos enfermeiros, e de acordo com as necessidades e dificuldades identificadas, foi preparado o conteúdo do programa de formação a realizar;
- Realização de uma sessão de formação aos enfermeiros (com conteúdos e guidelines alicerçados na mais recente evidência científica e análise/discussão da temática, em equipa);
- Imediatamente após o programa de formação foi feita nova avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros através da aplicação do questionário.

Considerações ético-legais

A realização deste estudo apoiou-se, em todas as suas fases, nos critérios éticos e direitos fundamentais das pessoas, inerentes a qualquer investigação rigorosa e fidedigna, a fim de se proteger a individualidade, liberdade e dignidade de cada sujeito participante do mesmo. Antes do seu início procedeu-se ao pedido de autorização formal à instituição e ao consentimento informado dos sujeitos do estudo. Atendendo ao direito à confidencialidade e ao anonimato relativos aos elementos da amostra do estudo, na apresentação dos dados foram omitidos os seus nomes.

Análise dos dados

Para efeito de análise e tratamento estatístico dos dados obtidos, utilizou-se o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) na versão 14.0 e o programa Excel para Windows (versão 2007). Para a descrição dos dados recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente, frequências absolutas (n°) e relativas (%), medidas de tendência central como a média (\bar{x}) e de dispersão como máximos ($X_{\text{máx}}$), mínimos ($X_{\text{mín}}$), desvio padrão (DP) e coeficiente de variação (Cv). Usou-se ainda a estatística inferencial adequada ao teste de hipóteses, com aplicação de testes estatísticos não-paramétricos emparelhados. Tendo em conta a dimensão da amostra foi seleccionado o Teste de Wilcoxon (Z).

RESULTADOS

Apresentação dos dados

A amostra do estudo incluiu 13 elementos. Da sua apreciação global, e pela análise da TABELA 1, constata-se que 11 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino. A média de idades foi de 33,5 anos (DP = 8,1). Relativamente às Habilitações Académicas e Profissionais, verifica-se que 2 enfermeiros detêm o Bacharelato, 7 a Licenciatura, 3 o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

(CPLEESIP) e 1 o Mestrado. Da análise da mesma tabela pode ainda constatar-se que os elementos da amostra têm, em média, 128,8 meses (DP = 99,3) de Experiência Profissional, 124,2 meses (DP = 98) de

Experiência Profissional na área da Pediatria e 122 meses (DP = 96,2) de Experiência Profissional na área da Neonatologia.

TABELA 1: Distribuição das respostas dos elementos da amostra quanto às características sociodemográficas e profissionais (N=13)

Atributos		n.º	%	Xmin	Xmáx	\bar{x}	DP	Cv
Sexo	Masculino	2	15,4	-	-	-	-	-
	Feminino	11	84,6	-	-	-	-	-
Habilitações Académicas/Profissionais	Bacharelato	2	15,4	-	-	-	-	-
	Licenciatura	7	53,8	-	-	-	-	-
	CPLEESIP	3	23,1	-	-	-	-	-
	Mestrado	1	7,7	-	-	-	-	-
Idade (anos)		-	-	22	53	33,5	8,1	24,2
Experiência Profissional (meses)		-	-	6	396	128,8	99,3	77,1
Experiência Profissional na área da Pediatria (meses)		-	-	6	396	124,2	98	78,9
Experiência Profissional na área da Neonatologia (meses)		-	-	2	396	122	96,2	78,9

Conforme se pode verificar na TABELA 2, 7 (53,8%) enfermeiros tinham formação prévia na área da cateterização umbilical e 6 (46,2%) não. A média de horas de formação foi de 6,2 (DP = 6,9). Do total de enfermeiros

da amostra, 3 (23,1%) consideraram Importante a formação nesta temática para o desempenho das suas funções e 10 (76,9%) consideraram-na Muito Importante.

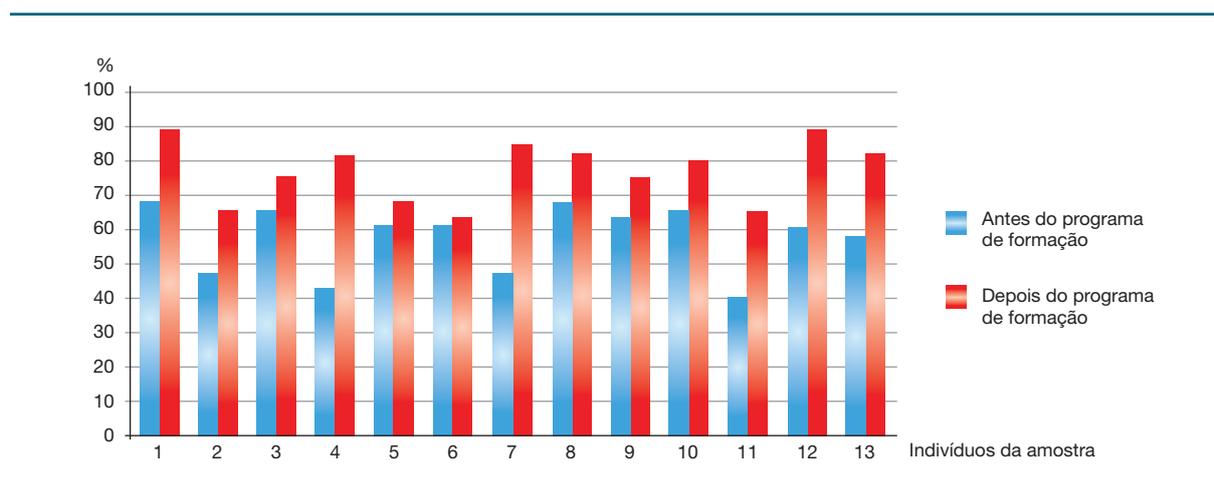
TABELA 2: Distribuição das respostas dos elementos da amostra quanto à formação na área da cateterização umbilical (N=13)

Formação		n.º	%	Xmin	Xmáx	\bar{x}	DP	Cv
Formação na área da cateterização umbilical	Sim	7	53,8	-	-	-	-	-
	Não	6	46,2	-	-	-	-	-
Horas de Formação		-	-	0	18	6,2	6,9	111,3
Importância da formação para o desempenho de funções	Nada importante	0	0	-	-	-	-	-
	Pouco importante	0	0	-	-	-	-	-
	Importante	3	23,1	-	-	-	-	-
	Muito importante	10	76,9	-	-	-	-	-

De acordo com o GRÁFICO 1, é possível verificar que em todos os elementos da amostra houve um aumento do nível de conhecimentos sobre boas práticas de

enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais, quando comparados os dois momentos de avaliação.

GRÁFICO 1: Percentagem média de respostas correctas antes e depois do programa de formação estruturado, por elemento da amostra



Ao analisar a TABELA 3, verifica-se que, de um total de 43 perguntas, no primeiro momento os enfermeiros acertaram, em média, a 24,5 (DP = 4,3), ao passo que, no 2º momento, após o programa de formação, respon-

deram correctamente, em média, a 32,8 (DP = 3,8). Isto corresponde a 57,1% das questões apresentadas antes do programa de formação estruturado e a 76,4% das colocadas após o mesmo.

TABELA 3: Distribuição das respostas correctas da amostra, antes e depois do programa de formação estruturado

Conhecimentos	n.º	Xmin	Xmáx	\bar{x}	DP
Antes do programa de formação estruturado	13	17	29	24,5	4,3
Depois do programa de formação estruturado	13	27	38	32,8	3,8

Ao aplicar o teste estatístico adequado, para cada área de conhecimentos, apurou-se que os enfermeiros demonstram melhor nível de conhecimentos, relativamente ao Total dos Conhecimentos ($Z=-3,181$; $p < 0,05$), aos conhecimentos sobre Cateterismo Umbilical Venoso ($Z=-2,676$; $p < 0,05$) e aos Conhecimentos Gerais sobre Cateterismo Umbilical ($Z=-3,187$; $p < 0,05$), como consta na TABELA 4. Também os dados obtidos relativos às Médias das Ordens

demonstram esse aumento (dado que o resultado da Ordens positivas foi superior ao resultado das Ordens Negativas). Estes dados sustentam a hipótese de que os enfermeiros demonstram uma melhoria na generalidade dos domínios do conhecimento sobre boas práticas de enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais depois do programa de formação estruturado realizado. Permitiram, portanto, concluir que o mesmo foi eficaz.

TABELA 4: Resultado da aplicação do Teste de Wilcoxon à comparação dos conhecimentos dos enfermeiros antes e depois do programa de formação estruturado para cada área dos conhecimentos sobre cateterismo umbilical

Áreas de Conhecimentos	N		Média de Ordens	Z	P
Total Conhecimentos depois do programa de formação estruturado - Total Conhecimentos do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	0	,00	-3,181	0,001
	Ordens Positivas	13	7,00		
	Empates	0	-		
Cateterismo Umbilical Arterial depois do programa de formação estruturado – Cateterismo Umbilical Arterial antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	3	4,50	-1,436	0,151
	Ordens Positivas	7	5,93		
	Empates	3	-		
Cateterismo Umbilical Venoso depois do programa de formação estruturado – Cateterismo Umbilical Venoso antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	1	1,50	-2,676	0,007
	Ordens Positivas	9	5,94		
	Empates	3	-		
Conhecimentos Gerais depois do programa de formação estruturado – Conhecimentos Gerais antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	0	,00	-3,187	0,001
	Ordens Positivas	13	7,00		
	Empates	0	-		

Na área dos conhecimentos sobre Cateterismo Umbilical Arterial, antes do programa de formação estruturado, os elementos da amostra responderam correctamente, em média, a 56,4% das questões e, depois do mesmo, a 70,1%. No que diz respeito aos conhecimentos sobre Cateterismo Umbilical Venoso, inicialmente, responderam correctamente, em média, a 37,5% das questões e no segundo momento a 59,6%. Relativamente aos Conhecimentos Gerais sobre Cateterismo Umbilical verifica-se que, antes do programa de formação estruturado, os elementos da amostra responderam acertadamente, em média a 63,3% das questões e após o mesmo a 83,7%, conforme se pode comprovar na TABELA 5.

De forma mais particular pode-se constatar que, embora tenha havido evolução de conhecimentos em todas as áreas, existe uma em que esta foi menor, nomeadamente a dos conhecimentos sobre Cateterismo Umbilical Arterial, com 13,7% de incremento no número de respostas correctas. Em contrapartida, surge o Cateterismo Umbilical Venoso, com um acréscimo médio de 22,1% de respostas correctas.

Analisando a TABELA 6, onde estão patentes de forma mais pormenorizada, as diferentes áreas relacionadas com o procedimento de cateterismo umbilical propriamente dito, pode-se observar que houve um aumento do nível de conhecimentos dos enfermeiros na quase totalidade das mesmas, entre os dois momentos de

TABELA 5: Comparação entre a percentagem média de respostas correctas nos dois momentos de avaliação para cada área de conhecimentos

Áreas de Conhecimentos	Percentagem de respostas correctas	
	- antes do programa de formação estruturado	- depois do programa de formação estruturado
Cateterismo Umbilical Arterial	56,4	70,1
Cateterismo Umbilical Venoso	37,5	59,6
Conhecimentos Gerais	63,3	83,7
Total dos Conhecimentos	57,1	76,4

avaliação. Como excepção surge apenas a área das Intervenções de Enfermagem após o Cateterismo Umbilical, em que houve um decréscimo de 50% para 46,2% de respostas correctas. As áreas em que se verificou um aumento mais substantivo dos conhecimentos, foram as Considerações Gerais sobre Cateterismo Umbilical, de 19,2% para 65,4%, a área das Complicações do Cateterismo Umbilical, de 48,7% para 87,2% e a área da Permanência do Cateterismo Umbilical, de 65,4% para 100%. A área em que se verificou o aumento menos substantivo foi a das Intervenções de Enfermagem na Manipulação e Manutenção do Cateterismo Umbilical, de 65,9% para 74,5%, curiosamente a mais directamente relacionada com a temática do estudo.

Ao aplicar o teste estatístico adequado para cada área do procedimento de cateterismo umbilical, constatou-se que os enfermeiros demonstram uma melhoria nos domínios do conhecimento sobre as Contra-Indicações do Cateterismo Umbilical ($Z = -2,121$; $p < 0,05$), as Considerações Gerais do Cateterismo Umbilical ($Z = -2,762$;



TABELA 6: Comparação entre a percentagem média de respostas correctas nos dois momentos de avaliação para cada área do procedimento de cateterismo umbilical

Conhecimentos	Percentagem de respostas correctas	
	- antes do programa de formação estruturado	- depois do programa de formação estruturado
Indicações Cateterismo Umbilical	40,0	64,6
Contra-Indicações Cateterismo Umbilical	76,9	100,0
Considerações Gerais Cateterismo Umbilical	19,2	65,4
Intervenções de Enfermagem durante Cateterismo Umbilical	57,7	84,6
Intervenções de Enfermagem após Cateterismo Umbilical	50,0	46,2
Intervenções de Enfermagem na Manipulação e Manutenção Cateterismo Umbilical	65,9	74,5
Complicações Cateterismo Umbilical	48,7	87,2
Permanência Cateterismo Umbilical	65,4	100,0
Intervenções Enfermagem Remoção Cateterismo Umbilical	59,3	78,0

$p < 0,05$), as Intervenções de Enfermagem durante o Cateterismo Umbilical ($Z = -2,359$; $p < 0,05$), as Intervenções de Enfermagem na Manipulação e Manutenção do Cateterismo Umbilical ($Z = -2,029$; $p < 0,05$), as Complicações do Cateterismo Umbilical ($Z = -2,762$; $p < 0,05$),

a Permanência do Cateterismo Umbilical ($Z = -2,460$; $p < 0,05$) e as Intervenções de Enfermagem na Remoção do Cateterismo Umbilical ($Z = -2,358$; $p < 0,05$), como consta na TABELA 7. Estes dados permitem concluir, mais uma vez, que o programa de formação foi eficaz.

TABELA 7: Resultado da aplicação do Teste de Wilcoxon à comparação dos conhecimentos dos enfermeiros antes e depois do programa de formação estruturado para cada área do procedimento de cateterismo umbilical

Áreas de Conhecimentos sobre cateterismo Umbilical	N		Média de Ordens	Z	P
	Ordens Negativas	Ordens Positivas			
Indicações CU depois do programa de formação estruturado – Indicações CU antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	3	4,33	-1,801	0,072
	Ordens Positivas	8	6,63		
	Empates	2	-		
Contra-Indicações CU depois do programa de formação estruturado – Contra-Indicações CU antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	0	,00	-2,121	0,034
	Ordens Positivas	5	3,00		
	Empates	8	-		
Considerações Gerais CU depois do programa de formação estruturado – Considerações Gerais CU antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	0	,00	-2,762	0,006
	Ordens Positivas	9	5,00		
	Empates	4	-		
Intervenções de Enfermagem durante CU depois do programa de formação estruturado – Intervenções de Enfermagem durante CU antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	2	3,50	-2,359	0,018
	Ordens Positivas	9	6,56		
	Empates	2	-		
Intervenções de Enfermagem após CU depois do programa de formação estruturado – Intervenções de Enfermagem após CU antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	4	5,00	-0,302	0,763
	Ordens Positivas	4	4,00		
	Empates	5	-		
Intervenções de Enfermagem na manipulação e manutenção CU depois do programa de formação estruturado – Intervenções de Enfermagem na manipulação e manutenção CU antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	2	6,75	-2,029	0,042
	Ordens Positivas	10	6,45		
	Empates	1	-		
Complicações CU depois do programa de formação estruturado – Complicações CU antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	0	,00	-2,762	0,006
	Ordens Positivas	9	5,00		
	Empates	4	-		
Permanência CU depois do programa de formação estruturado – Permanência CU antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	0	,00	-2,460	0,014
	Ordens Positivas	7	4,00		
	Empates	6	-		
Intervenções Enfermagem Remoção CU depois do programa de formação estruturado – Intervenções Enfermagem Remoção CU antes do programa de formação estruturado	Ordens Negativas	2	3,50	-2,358	0,018
	Ordens Positivas	9	6,56		
	Empates	2	-		

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Com este estudo foi possível confirmar a hipótese de que após o programa de formação estruturado, os enfermeiros demonstram uma melhoria na generalidade dos domínios do conhecimento sobre boas práticas de enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais. Este facto demonstra a importância da actualização permanente dos conhecimentos teóricos da equipa de enfermagem visando uma maior qualificação dos profissionais e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tal como referem Teixeira; Pereira e Silva (2009) e Lourenço; Ohara (2010).

Constatou-se que, apesar do aumento dos conhecimentos, no final do estudo os enfermeiros ainda não demonstravam saber uma parte da informação relativa aos cuidados inerentes a este tipo de cateterismo, situação igualmente encontrada por Teixeira; Pereira e Silva (2009) na sua pesquisa. Serão competências em que se investe menos na formação ao longo da actividade profissional? Ou será que os enfermeiros não as con-

sideram relevantes ou têm maior dificuldade em as apreender? Revela-se importante, noutros estudos, apurar as razões destes resultados. Pode-se, também, depreender que as estratégias utilizadas na formação dos enfermeiros possuem algumas limitações, pelo que o autor considera importante a sua reestruturação, no sentido de aumentar a efectividade. Também a criação de um documento normativo estruturado e alicerçado em evidências científicas, que passou a constar do Manual Operativo do serviço onde decorreu este estudo, poderá ser uma forma de o conseguir, tal como sugerem Teixeira; Pereira e Silva (2009) e Silva; Oliveira e Ramos (2009). Um investimento adicional nas áreas em que se verificou um menor nível de conhecimentos poderá também ser útil. O autor acredita que a prática baseada em evidências é uma abordagem fundamental para a melhoria da prática clínica de enfermagem e que o estudo realizado pode ser um pequeno mas importante contributo para a aplicação das evidências encontradas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Conclusão

Os dados analisados foram obtidos unicamente através do questionário pelo que traduziram apenas a dimensão cognitiva das competências dos enfermeiros. Permitiram ao autor atingir o objectivo proposto e confirmar a hipótese inicialmente delineada. Antes da realização do programa de formação estruturado, observou-se que as competências mais desenvolvidas eram os Conhecimentos Gerais sobre Cateterismo Umbilical e os Conhecimentos sobre Cateterismo Umbilical Arterial. Com este estudo foi possível perceber que a formação realizada na área das boas práticas de enfermagem na manipulação e manutenção de cateterismos umbilicais foi efectiva, destacando-se áreas mais específicas, como os Conhecimentos sobre Cateterismo Umbilical Venoso e os Conhecimentos Gerais sobre Cateterismo Umbilical traduzida por um aumento substantivo dos conhecimentos dos enfermeiros nas mesmas. Seria interessante perceber, noutros estudos, as razões desse aumento não se ter verificado também, de forma efectiva, ao nível da área dos Conhecimentos sobre Cateterismo Umbilical Arterial.

Com os dados obtidos pode-se ainda verificar que houve um aumento do nível de conhecimentos dos enfermeiros na quase totalidade das áreas relacionadas com o procedimento de cateterismo umbilical propriamente dito, entre os dois momentos de avaliação. Como excepção surge apenas a área das Intervenções de Enfermagem após o Cateterismo Umbilical, em que houve um ligeiro decréscimo de respostas correctas. As áreas em que se verificou um aumento mais substantivo dos conhecimentos foram as Considerações Gerais sobre Cateterismo Umbilical, a área das Complicações do Cateterismo Umbilical e a área da Permanência do Cateterismo Umbilical. Aquela em que se verificou o aumento menos substantivo foi a das Intervenções de Enfermagem na Manipulação e Manutenção do Cateterismo Umbilical.

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas relacionadas com a dimensão da amostra, a qual corresponde a cerca de 50% do número total de enfermeiros da equipa. Os dados obtidos têm um interesse particular para o serviço onde foi realizado. Podem ser generalizados com prudência, podendo ser úteis para outros serviços similares.

Pretende-se proceder a uma nova avaliação do processo ao fim de seis meses e de um ano. Constitui também um objectivo a avaliação do nível de conhecimentos práticos dos enfermeiros na mesma área mas esta apenas poderá ser realizada a médio/longo prazo dado o baixo número de bebés com cateterismo umbilical internados na unidade de neonatologia. Esta avaliação será realizada através da consulta dos registos de enfermagem, analisando, por um lado, se as boas práticas dos enfermeiros se repercutem na qualidade dos cuidados e, por outro, se há referência a intercorrências que derivam da má prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COLOMER, B. Fernández [et al] (2000) - Estudio prospectivo sobre el empleo de cateteres umbilicales en el recién nacido. *Anales Españoles de Pediatría* [Em linha]. Vol. 53, nº 5, p. 470-478. [Consult. 09 Abril 2011]. Disponível em WWW:URL:

<http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=12402&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=90&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v53n05a00317pdf001.pdf>

LOURENÇO, Solange Antonia; OHARA, Conceição Vieira da Silva (2010) - Conhecimento dos enfermeiros sobre a técnica de inserção do cateter central de inserção periférica em recém-nascidos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 18, nº 2, p. 49-56. [Consult. 09 Abril 2011]. Disponível em WWW:URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_08.pdf>

MIRANDA, Anatórcia Muniz (2005) - Epidemiologia do uso do cateter venoso central em unidade de terapia intensiva neonatal. [Consult. 21 Maio 2011]. Disponível em WWW: URL: <<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/AnaterciaMuniz.pdf>>

RODRIGUES, Zaira Simas; CHAVES, Edna Maria Camelo; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão (2006) - Atuação do enfermeiro no cuidado com o Cateter Central de Inserção Periférica no recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 59, nº 5, p. 626-629. [Consult. 10 Abril 2011]. Disponível em WWW:URL: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a06.pdf>>

SILVA, Andrea Joana Resende da; OLIVEIRA, Francisco Miguel Dias; RAMOS, Maria Emília Pereira (2009) - Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura. *Revista Referência* [Em linha]. II Série, nº 11, p. 125-134. [Consult. 09 Abril 2011]. Disponível em WWW:URL: <http://www.esenfcp.pt/rr/admin/conteudos/download-Artigo.php?id_ficheiro=288&codigo=>

TEIXEIRA, Ana Cristina; PEREIRA, Ellen de Lima; SILVA, Marina (2009) - O conhecimento da equipe de enfermagem sobre o manuseio do cateter central de inserção periférica - PICC em uma UTIN de um hospital do sul de minas. Monografia apresentada à Universidade José do Rosário Vellano, como requisito para conclusão do curso de graduação em Enfermagem. [Em linha]. [Consult. 20 Abril 2011]. Disponível em WWW:URL: <<http://www.paulomargotto.com.br/documentos/PICC-2009.pdf>>



Tradução, Adaptação e Validação da Escala Jones Dependency Tool*

* Realizado em 2008 no âmbito da Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar da Universidade Atlântica

RESUMO

A avaliação do grau de dependência dos utentes é um dos aspectos que contribui para a melhoria dos cuidados, dado que permite uma melhor adequação dos recursos humanos às situações vivenciadas no quotidiano dos serviços de urgência.

A carga de trabalho em enfermagem está estreitamente relacionada com o grau de dependência, pelo que a sua avaliação assume-se como um elemento fundamental numa política de gestão da qualidade.

Com o intuito de avaliar, numa fase inicial, o grau de dependência dos utentes que recorrem aos serviços de urgência foi criada uma escala – Jones Dependency Tool (JDT) – sendo que o objectivo *major* é a avaliação da carga de trabalho em Enfermagem relacionando com o grau de dependência dos utentes.

O presente estudo visa traduzir, adaptar e validar para Portugal o referido instrumento. O estudo encontra-se dividido em duas partes. A primeira constituída pela tradução e adaptação cultural da JDT para a língua portuguesa e a segunda, pela análise da fidelidade e da validade do instrumento.

O processo de validação para a língua portuguesa, ocorreu numa amostra de 129 utentes de dois serviços de urgência da região de Lisboa.

Através dos testes estatísticos realizados, a versão Portuguesa revelou-se um instrumento confiável e válido para a avaliação do grau de dependência dos utentes que recorrem ao serviço de urgência.

Palavras-chave: Serviço de Urgência; Jones Dependency Tool; Grau de dependência de utentes; Enfermagem.

Introdução

Aos serviços de urgência, no contexto Português, acedem um número crescente de utentes, com uma heterogeneidade de necessidades ao nível de cuidados de saúde e conseqüentemente ao nível de cuidados de enfermagem, que implica uma capacidade de resposta igualmente crescente.

Esta capacidade de resposta traduz-se não só num aumento das competências dos enfermeiros mas também inevitavelmente passará pelo aumento congruente do seu número.

Na sociedade actual, em que a vertente económica está na base de todas as decisões, o aumento do número de enfermeiros, independentemente dos ganhos em saúde, irá obrigatoriamente encarecer todo um sistema já muito carenciado.

Assim torna-se premente a criação de sistemas que permitam quantificar as necessidades em horas de cuidados de enfermagem tendo como base o grau de dependência dos utentes. Estes sistemas permitem não só quantificar mas conjuntamente ajudar na distribuição dos enfermeiros pelos utentes, sendo já amplamente aplicados e estudados ao nível das enfermarias e dos cuidados intensivos. Contudo, uma das principais vias de acesso ao Serviço Nacional de Saúde Português, não tem qualquer tipo de mecanismo de aferição da carga de trabalho de enfermagem, nem do grau de dependência dos utentes que recorrem ao serviço de urgência.

Em Portugal, o número de enfermeiros no serviço de urgência é calculado de acordo com o número de postos de trabalho, podendo conduzir a uma desproporcionalidade no rácio enfermeiro/utente, levando a uma deterioração na prestação dos cuidados de enfermagem bem como, à insatisfação pessoal dos profissionais (O'Brien e Bengler, 2005).

Torna-se imperativo a utilização de um sistema que permita a classificação dos utentes tendo em conta o grau de dependência. Assim o presente estudo tem como objectivos traduzir e adaptar culturalmente a escala Jones Dependency Tool (JTD) e posteriormente avaliar as suas propriedades de medida.

A JDT é um instrumento originário do Reino Unido criado com o intuito de avaliar o grau de dependência dos utentes e posteriormente promover uma adequação dos rácios existentes.

2. SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

A história evolutiva dos sistemas de classificação de doentes teve o seu início nos anos 30 num estudo realizado nos E.U.A. e têm evoluído de acordo com as necessidades das sociedades nas quais se inserem e de acordo com os avanços tecnológicos e científicos. Contudo já na época de Florence Nightingale, os pacientes mais graves eram colocados nas proximi-

“Assim torna-se premente a criação de sistemas que permitam quantificar as necessidades em horas de cuidados de enfermagem tendo como base o grau de dependência dos utentes.”

dades das Salas de trabalho das enfermeiras, de forma a racionalizar as actividades e garantir a qualidade da assistência em enfermagem.

Martins (2007, p.21) citando Perroca, define o Sistema de Classificação de Doentes (SCD) como *“um processo no qual se procura categorizar pacientes, de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerido, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem”, que pode ser entendido, como “uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipa de enfermagem, objectivando estabelecer o tempo despendido no cuidado directo e indirecto, bem como o qualitativo do pessoal para atender às necessidades bio-psico-socioespirituais do paciente”*.

Santamaria et al. (2001) citando Endacott e Chellel descrevem grau de dependência como *“the total patient need for nursing attention, including education, rehabilitation and psychological care.”*

Assim a necessidade de desenvolver métodos para quantificar recursos humanos envolve preocupações não só com a qualidade dos cuidados prestados, bem como a necessidade de adequar os recursos financeiros. Este raciocínio fomentou o desenvolvimento de estudos em diversos países tais como EUA, Canadá, Espanha, entre outros, desde meados da década de 80 do século XX.

DeGroot citado por Crouch e Williams (2006a) seleccionou determinados factores nos quais os SCD devem ter por base, a validade; a fiabilidade; simplicidade/eficiência; utilidade; objectividade; aceitabilidade; fornecer medidas prospectivas; necessidade de avaliar os elementos; necessidade de traduzir os “scores” em rácio de profissionais.

Hoffman citado por Frederico e Leitão (1999, p.114) resume as vantagens da utilização de um sistema de classificação de doentes da seguinte forma:

- Dispor de uma maior capacidade para planificar as necessidades do serviço;
- Proporcionar um instrumento para ajudar a avaliar a qualidade dos cuidados;
- Dispor de uma maior capacidade para programar equitativamente o pessoal;
- Proporcionar dados quantitativos para o suporte das necessidades de pessoal do serviço.

Segundo o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2004) os Sistemas de Classificação de Doentes *“visa otimizar os recursos de enfermagem disponíveis, planejar cuidados e gerir melhor o número de enfermeiros necessários diariamente a cada serviço, bem como identificar as necessidades em recursos de enfermagem, no hospital, e adequar a dotação dos quadros de pessoal”, de forma a “registar as classificações de doentes em cuidados de enfermagem, a prever as horas de cuidados de enfermagem necessárias por doente, por serviço e por hospital”*.

Inúmeras escalas de classificação do grau de dependência dos utentes no serviço de urgência foram criadas e aplicadas. A crescente preocupação com a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem conduziu a uma maior preocupação com a relação entre o número de pessoal, a quantidade de trabalho existente e os padrões de cuidados de saúde (O'Brien e Bengler, 2005). Várias tentativas foram feitas para analisar o processo de planeamento do pessoal de enfermagem e auxiliar na determinação de um adequado rácio (Ball et al, 2004; Browne e Odell, 2004; Hurst, 2003; Buchan, 2001 citados por O'Brien e Bengler, 2005).



No entanto, um meio fiável de avaliar a dependência dos pacientes no serviço de urgência não ficou disponível até 2001, quando a Jones Dependency Tool (JDT) foi aperfeiçoada e validada. A JDT foi a única que demonstrou validade, fiabilidade, simplicidade/eficiência, utilidade, objectividade, aceitabilidade e que fornecem medidas prospectivas (Crouch e Williams, 2006b).

Crouch e Williams (2006a) citando Jones indicam que *"Patient dependency has been defined as the degree of nursing care required by the patient"*. Esse grau de dependência é passível de ser alterado durante a permanência de um utente no Serviço de Urgência, pelo que deve ser tido em conta. Assim, todas as actividades desenvolvidas por enfermeiros estão directamente relacionadas com o grau de dependência dos doentes (Crouch, 2001).

2.1. Jones Dependency Tool

Esta escala foi aplicada em seis instituições, sendo avaliados cerca de 840 utentes, já com os critérios de exclusão definidos. Para testar a validade da JDT, foram incluídos diferentes tipos de doentes, consoante o seu grau de dependência (total, elevado, moderado e baixo), relacionando com a visão subjectiva do grau de dependência para cada doente, segundo os enfermeiros, usando o método de Likert e comparando com a escala de Butler (a que mais se aproxima da JDT, após revisão bibliográfica). Esta comparação foi realizada para verificar se a JDT estava apta a detectar diferenças entre os vários grupos.

A JDT tem por base duas fases: A e B. Na fase A, os seis componentes principais são classificados numa escala de três pontos, que são a comunicação, via aérea, respiração e circulação (ABC), a mobilidade, alimentação/hidratação, higiene pessoal e eliminação, ambiente seguro, apoio social e psicológico e o seu índice de prioridade fornecido pelo sistema de Triagem de Manchester. Os valores obtidos variam de 6 a 18 e correspondem aos níveis de dependência dos utentes. O "Grau 0" corresponde a um "score" entre 6-7, ou seja, o utente apresenta um baixo nível de dependência, encontrando-se habitualmente independente. O "Grau 1" corresponde a um "score" entre 8-12, ou seja, o

utente apresenta um moderado grau de dependência, necessitando de alguns cuidados de enfermagem, sempre na perspectiva de promover a sua independência. O "Grau 2" com o "score" entre 13-15, corresponde habitualmente a um utente com um nível de dependência elevado. O "Grau 3" corresponde a um "score" de 16-18, neste o utente é totalmente dependente dos cuidados de enfermagem.

Esta escala é usada como instrumento de avaliação directa aos utentes do Serviço de Urgência aquando a sua admissão, nas 4 e 8 horas subsequentes à admissão.

1. Métodos

A fase inicial deste estudo será dedicada ao processo de tradução e adaptação do instrumento e posteriormente à validação da versão Portuguesa resultante do processo inicial.

1.1. Pedidos de Autorização

O presente estudo iniciou-se após o pedido de autorização ao autor da escala no sentido de a mesma ser alterada de forma a adaptar-se à realidade e ao idioma Português. Após satisfeito este pedido foi solicitada autorização para a aplicação da escala a dois hospitais na região de Lisboa, com diferentes níveis de diferenciação dos Serviços de Urgência, um Serviço de Urgência Polivalente e outro Médico-Cirúrgico.

1.2. População e Amostra

No presente estudo a população alvo corresponde a todo o utente que tenha sido submetido a cuidados de enfermagem. A população acessível consiste nos utentes que à data da aplicação da escala se encontravam no Serviço de Urgência.

No estudo foi utilizada a estratégia de amostragem não probabilística (ou seja, os elementos são escolhidos por métodos não aleatórios), de conveniência ou acidental, na qual é feito o uso de pessoas ou objectos mais prontamente acessíveis como sujeitos de pesquisa no estudo (LoBiondo-Wood e Haber, 2001).

A amostra no estudo corresponde a todos os utentes que acederam ao serviço de urgência à data da aplicação da escala e que foram submetidos à avaliação do grau de dependência.

1.3. Tradução e Adaptação

A tradução e adaptação de instrumentos de medidas desenvolvidos noutras culturas, para realidades específicas, tem sido um procedimento amplamente utilizado, pois permite economizar tempo, recursos pessoais e financeiros e permite ainda a comparação de resultados em diferentes culturas.

O processo de tradução e validação de uma escala concebida e testada noutra língua: implica um sistema rigoroso e faseado de tradução e posteriormente a obrigatoriedade da aplicação de testes estatísticos para a sua validação. (Fortin, 2009)

Guillemin, *et al.* (2002) propuseram uma padronização que compreende as seguintes etapas: Tradução e síntese; Back-translation e síntese; Comité de Peritos; e Pré-teste.

A tradução e adaptação cultural foram realizadas tendo por base tais etapas.

1.3.1. Etapa 1 e 2 – Tradução e Síntese

A primeira etapa da tradução teve como finalidade transmitir de forma precisa o contexto da escala original para a realidade Portuguesa.

A tradução foi realizada por uma enfermeira portuguesa que trabalha actualmente no Reino Unido e por um tradutor oficial (contacto fornecido através da Embaixada Inglesa em Portugal). Após a realização das traduções, procedeu-se à análise conjunta do material com um dos tradutores, obtendo-se uma única tradução consensual.

1.3.2. Etapa 3 – Back-Translation

Partindo da versão consensual, foi contactado um novo tradutor oficial e um residente em Portugal mas cuja «lín-

gua mãe» é o inglês e não é profissional de saúde (Guillemin, *et al*). Cada um dos tradutores apresentou diferentes traduções, após comparação, resultou numa apresentação final. Um procedimento que se julgou oportuno após a back-translation foi enviar a versão obtida em inglês para o autor da JDT, no Reino Unido a fim de que fosse avaliada a sua concordância com o instrumento original. Ratificada essa concordância pelo autor, também a escala correspondente, em Português, foi considerada finalizada.

1.3.3. Etapa 4 – Comité de Peritos

A tradução consensual foi enviada a 3 Enfermeiros, peritos na Área de Urgência e Emergência, os quais deram indicações no sentido de clarificar alguns conteúdos e utilizar uma linguagem que se aproximasse da linguagem utilizada na avaliação da Triagem de Manchester, simplificando assim os procedimentos, constituindo-se uma nova tradução.

“ A adaptação transcultural de uma escala é um processo que compreende um conjunto de passos fundamentais para que a mesma obtenha validade e possa ser utilizada na realidade em que se insere. ”

1.3.4. Etapa 5 – Pré-Teste

O pré-teste foi aplicado por um grupo formado por quatro enfermeiros. Os participantes desta fase do processo, após serem esclarecidos dos objectivos, aplicaram o instrumento em 4 pacientes internados no Serviço de Urgência – Sala de Observação, num dos Hospitais onde o estudo decorreu. Após a aplicação verificou-se que seria benéfico para a compreensão de alguns itens a existência de um glossário algo que se encontra na escala original e que concluiu-se que não havia dificuldade para a implementação da escala.

1.4. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada durante os meses de Maio e Junho e para o efeito foi criada uma folha para caracterização da amostra, anexada a escala na Versão Portuguesa.

Foi explicada a escala e os objectivos do estudo aos enfermeiros de forma a familiarizarem-se com a mesma, e posteriormente foi solicitado uma breve resenha sobre a situação do utente de forma a ser possível ao investigador o preenchimento da escala na versão original em simultâneo.

De salientar o carácter voluntário da participação e o anonimato das informações envolvidas.

1.5. Validação do Instrumento de Medida

De forma a proceder-se à validação do instrumento foram testadas as propriedades de medida do mesmo. Deste modo, foram aplicados teste estatísticos comparando a versão portuguesa com a versão inglesa.

1.5.1. Fidelidade de um instrumento de medida

A primeira característica que um instrumento deve possuir é a fidelidade, como uma propriedade de medida verificada pela estabilidade e a consistência interna. Estabilidade refere-se ao grau de concordância entre duas medidas colhidas em dois momentos diferentes. A consistência interna é definida como o grau com que os itens de um instrumento medem o mesmo conceito.

1.5.2. Validade de um instrumento

Após a fidelidade, a validade é a próxima característica a ser analisada.

Um instrumento é válido se mede o que é suposto medir de um modo satisfatório. A validade corresponde ao grau de precisão com o qual o conceito é representado por enunciados particulares num instrumento de medida. Existem diversos métodos de se verificar a validade de um instrumento.

Neste estudo foi analisada a validade coincidente, referente à validade de critério. Refere-se ao tipo de validade que descreve a relação com o mesmo conceito ou fenómeno entre uma medida e algum critério confiável, denominada teste padrão (LoBiondo-Wood e Haber, 2001).

A validade coincidente está relacionada com a aplicação de dois instrumentos equivalentes, ao mesmo tempo, na mesma amostra de indivíduos e posterior análise dos resultados obtidos ou da comparação dos mesmos pelo instrumento com a avaliação de especialistas da área (LoBiondo-Wood e Haber, 2001).

2. Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

2.1. Caracterização da amostra do estudo

A amostra foi caracterizada com base nas seguintes variáveis: Idade, sexo, motivo da ida ao serviço de urgência, antecedentes pessoais, local de aplicação da escala e hospital onde foi aplicado.

A faixa etária mais representada corresponde à dos 71 aos 80 anos com 22,5%, seguida dos 61 aos 70 anos com 16,3%. Os extremos das idades são os menos representados na amostra.

A amostra do estudo é composta por 77 indivíduos do sexo masculino e 52 do sexo feminino o que corresponde a 59,7 % e 40,3 % respectivamente.

Variadas são as causas que levaram os elementos da amostra a recorrer ao serviço de urgência. Destacam-se

as patologias respiratórias (21,7%), seguidas das causas cardíacas (19,4%), das traumatológicas (14,7) e gastroenterológicas (14%).

Na amostra verificou-se que 26,4% dos utentes que recorreram ao serviço de urgência são portadores de múltiplas patologias. Seguindo-se os antecedentes cardíacos (16,3%), oncológicos (7,8%) e respiratórios (7%). De salientar que 21,7% referiram não possuir qualquer antecedente de saúde.

A aplicação da escala foi realizada maioritariamente no Serviço de Urgência Polivalente (72,9%), ao nível dos balcões (45,7%) e nas salas de observação (41,1%).

2.2. Tradução da JDT para a língua Portuguesa

Conforme já mencionado anteriormente, após as etapas de adaptação transcultural, o instrumento final, em português, ficou constituído da seguinte forma:

Jones Dependency Tool (JDT) - Versão Portuguesa

Componente	3	2	1
Comunicação	Disfunção total devido a perda de um ou mais sentidos ¹	Disfunção ou potencial disfunção de um ou mais sentidos	Consegue comunicar através de todos os sentidos
	Dor severa avaliada através da escala analógica/visual de Dor	Dor moderada avaliada através da escala analógica/visual de Dor	Dor mínima avaliada através da escala analógica/visual de Dor
	Não responde	Reage apenas à estimulação verbal/dolorosa	Alerta
	Barreira linguística ²	Dificuldade devido a barreira linguística	Ausência de barreira linguística
	Problemas comportamentais graves	Ansioso/triste/angustiado	Calmo e colaborante
ABC ³	Paragem cardio-respiratória (ou risco de paragem)	Risco de disfunção no ABC (potencial para choque devido à situação)	Ausência de problemas no ABC
	Disfunção total no ABC ou choque ⁴		Pequenas lesões/ferimentos
Mobilidade	Imobilidade total	Perda parcial de mobilidade	Mobilidade total
		Doente precisa de andador/cadeira de rodas	Problema ligeiro nos membros
Alimentação e Hidratação, Eliminação e Auto-cuidado	Perda da função intestinal/vesical e/ou vômitos incoercíveis ⁵ .	Perda parcial da função intestinal/vesical e/ou vômitos	Controlo normal da função intestinal/vesical. Ausência de vômitos.
	Incapacidade de se auto-cuidar	Perda parcial da capacidade de se auto-cuidar	Mantém o auto-cuidado
Necessidades de segurança ambiental, de saúde e sociais	Revela perigo para si próprio ou para os outros	Parece incapaz de compreender completamente os riscos	Revela total capacidade para compreender completamente os riscos
	Aparenta necessitar de amplo apoio social	Necessita de apoio social	Não necessita de apoio social
Triagem de Manchester	Vermelho ou laranja (Emergente/Muito Urgente)	Amarelo (Urgente)	Verde ou Azul (Pouco Urgente/Não Urgente)

Resultado

06-07	Grau de dependência Baixo	Score = 0
08-12	Grau de dependência Moderado	Score = 1
13-15	Grau de dependência Elevado	Score = 2
16-18	Grau de dependência Total	Score = 3

2.3. Avaliação da Fidelidade da JDT adaptado para a língua Portuguesa

2.3.1. Consistência Interna

A análise da consistência interna da JDT foi realizada através do coeficiente *Alpha de Cronbach* aplicado aos itens e domínios que o compõem, e teve por finalidade estimar a fidelidade do instrumento. Para essa análise, foram utilizados os dados da JDT aplicados em 129 utentes.

De acordo com os resultados da Tabela 1, o coeficiente *Alpha de Cronbach* total foi de 0,827, de acordo com *LoBiondo-Wood e Haber (2001)* “quanto mais próximo de 1 é o coeficiente, mais confiável é o instrumento”. O mesmo ocorreu com os coeficientes encontrados nas análises por domínios. Observa-se que os coeficientes *Alpha de Cronbach* apresentaram valores satisfatórios em relação aos itens e quando analisado no total.

Assim verifica-se que a JDT possui uma elevada consistência interna, sendo que esta assenta num instrumento unidimensional que avalia o conceito que é suposto avaliar.

TABELA 2: *T de Student*

	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	One-Sample Test	
					95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Score Versão PT	20,266	128	0,000	6,217	5,61	6,82
Score Versão BT	20,477	128	0,000	6,163	5,57	6,76

2.4.2. Avaliação através de Qui-Quadrado

Através da análise da Tabela 3 verifica-se que o valor do resultado do teste Qui-Quadrado traduz semelhança estatística entre as duas versões.

TABELA 3: *Qui-Quadrado*

	Score Versão PT	Score Versão BT
Chi-Square	44,178 ^a	40,767 ^a
Df	3	3
Asymp. Sig.	0,000	0,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 32,3.

Glossário da JDT

- 1 Sentidos:** Qualquer 1 dos 5, especialmente a visão, audição e o toque
- 2 Barreira Linguística:** Incapacidade de falar ou devido a idioma diferente.
- 3 ABC:** Via Aérea, Respiração, Circulação
- 4 Choque:** Hipovolémico; Cardiogênico, Obstrutivo, Distributivo requerendo intervenção imediata;
- 5 Vômitos Incoercíveis:** Vômito que não pode ser impedido ou retido.

TABELA 1: *Alpha de Cronbach*

Componente da JDT	<i>Alpha de Cronbach</i>
Comunicação	0,827
ABC	0,726
Mobilidade	0,863
Alimentação e Hidratação, Eliminação e Auto-cuidado	0,906
Necessidades de segurança ambiental, de saúde e sociais	0,887
Triagem de Manchester	0,649
Valor de Alfa Total	0,827

2.4. Avaliação da Validade de Critério/ /Coincidente da JDT adaptado para a língua Portuguesa

2.4.1. Avaliação através do T de Student

Através da análise da Tabela 2 verifica-se que no teste *T de Student* não existe diferença estatística, logo existe semelhança estatística entre as duas versões.

2.4.3. Avaliação através de Coeficiente de Correlação de Pearson

Através da análise da Tabela 4 os valores obtidos do Coeficiente de Correlação de Pearson para quantificar a associação entre os dois instrumentos, foram eleva-

dos quer a nível dos itens quer a nível do “score” final indicando uma associação entre a versão Portuguesa e a versão original (99% de associação).

TABELA 4: *Coeficiente de Correlação de Pearson*

Componente	Coeficiente de Pearson	Sig. (2-tailed)
Comunicação ABC	0,98	0,00
Mobilidade	0,969	0,00
	0,979	0,00
Alimentação e Hidratação, Eliminação e Auto-cuidado	0,976	0,00
Necessidades de segurança ambiental, de saúde e sociais	0,994	0,00
Triagem de Manchester	1,000	0,00
Score	0,991	0,00

3. Considerações Finais

A adaptação transcultural de uma escala é um processo que compreende um conjunto de passos fundamentais para que a mesma obtenha validade e possa ser utilizada na realidade em que se insere.

As conclusões obtidas neste estudo, demonstraram índices satisfatórios de fidelidade, de validade de critério, permitindo, dessa forma, sugerir a sua utilização, como um instrumento confiável e válido para avaliação do grau de dependência dos utentes que recorrem ao serviço de urgência, na nossa realidade.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beaton D., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M. (2002). *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures*. Illinois (USA): American Academy of Orthopedic Surgeons. Institute for Work & Health.

Crouch, R., Williams, S., Jones, G., (2001). Patient Dependency in A&E: Validation of the Jones Dependency Tool. Final Report. School of Nursing and Midwifery, University of Southampton.

Crouch, R., Williams, S. (2006a). Patient dependency tool in the Emergency Department (ED): Reliability and validity of the Jones Dependency Tool (JDT). *Accident and Emergency Nurse*. 4, 219-229.

Crouch, R., Williams, S. (2006b). Emergency department patient classification systems: A systematic review. *Accident and Emergency Nurse*. 14, 160-170.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.

Frederico, M., Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 1999. 1ª Edição. ISBN: 972-8485-09-3.

LoBiondo-Wood, G., Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização* (4ª edição). Lisboa: Guanabara e Koogan. ISBN: 85-277-0659-8.

Martins, P. (2007). Sistema de Classificação de Pacientes na Enfermagem Psiquiátrica: validação clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 42, 233-241.

O'Brien, A., Bengner, J. (2005). Patient dependency in emergency care: do we have the nurse we need? *Journal of Clinical Nursing*. 16, 2081-2087.

Santamaria, N., Daly, S., Addicott, R., Clayton, L. (2001). The development, validity and reliability of the hospital in the home dependency scale (HDS). *Australian Journal of Advanced Nursing*. 18(4), 8-14.



Qualidade de vida pós-transplante hepático em doentes com paramiloidose

RESUMO

Este estudo surgiu em contexto de trabalho na Unidade de Transplantes do Hospital Curry Cabral na sequência do contacto directo com doentes com Paramiloidose. A elevada morbilidade motivada por esta patologia e a ausência de terapêuticas eficazes com excepção do transplante hepático, motivou um grupo de cinco Enfermeiros para a realização de um estudo de investigação sobre o tema “Percepções e sentimentos que o doente com Paramiloidose vivencia após o transplante hepático: Que qualidade de Vida?”.

O presente estudo teve como objectivos analisar as percepções e sentimentos que os doentes com Paramiloidose vivenciam após o transplante hepático e avaliar se o transplante lhes proporcionou uma melhor qualidade de vida. Dada a natureza do fenómeno a estudar, optámos por um estudo exploratório, descritivo, retrospectivo com abordagem qualitativa, numa amostra de carácter intencional, não probabilística, constituída por seis doentes submetidos a transplante hepático há mais de um ano, com o diagnóstico de Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF). Os dados foram recolhidos através de entrevista semi-estruturada.

Os resultados do estudo evidenciaram que após o transplante hepático, ocorreu na percepção destes doentes, uma melhoria significativa da sua qualidade de vida, embora haja referência ao impacto associado às interferências inerentes ao transplante em si, como sejam adaptação ao regime terapêutico da imunossupressão.

Palavras-chave: Transplante Hepático, Polineuropatia Amiloidótica Familiar, Qualidade de Vida.

OBJECTO DE ESTUDO

Este estudo de investigação teve como pergunta de partida, a seguinte:

Será que o transplante hepático melhora a qualidade de vida do doente com PAF?

Para responder a esta questão delineamos os seguintes objectivos:

Objectivo geral:

- Avaliar a qualidade de vida e as expectativas vivenciadas pelos doentes com PAF, após o transplante hepático.

Objectivos específicos:

- Identificar a representação e os sentimentos vivenciados, pela pessoa com Paramiloidose, face ao transplante hepático;
- Estudar a qualidade de vida, após o transplante hepático na pessoa portadora de PAF.

A população do presente estudo foi constituída pelos doentes com PAF, que foram submetidos a transplante hepático há mais de 1 ano. Esta escolha teve por base o facto de clinicamente se considerar que passados 12 meses o doente submetido a transplante hepático deve estar completamente adaptado a esta nova condição de vida. Nesta investigação, a amostra seleccionada é de carácter intencional, não probabilística.

Deste modo, para a selecção da amostra do nosso estudo, foram definidos os seguintes critérios:

- Doentes com PAF, tendo sido submetidos a transplante hepático, há mais de 1 ano e que tenham recorrido à consulta de pós-transplante no período



compreendido entre 23 de Abril de 2007 e 6 de Maio de 2007;

- Ser voluntário para participar no estudo e aceitar a gravação áudio da entrevista;
- Ter assinado o consentimento informado.

A amostra foi constituída por seis doentes transplantados por PAF. Foram considerados apenas seis doentes, dado que, foi obtida saturação de informação pesquisada. De acordo com os critérios dos estudos qualitativos, tal significa que, a partir da amostra em referência a informação obtida não acrescentava novos dados.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Polineuropatia Amiloidótica Familiar mais usualmente conhecida no senso comum, como “doença dos pezinhos” ou apenas Paramiloidose, foi descrita pela primeira vez em 1952, pelo Professor Corino de Andrade, em pessoas da costa norte de Portugal (Póvoa de Varzim/ Vila do Conde)¹. É uma doença com expressivo predomínio em Portugal (Conceição, 2006), localizando-se os focos mais significativos a Norte, nos concelhos da Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Barcelos, Esposende, Braga e Porto, e no Centro, nos concelhos da Figueira da Foz, Covilhã e Seia² (Sousa et al, 2004). A Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) é uma forma hereditária de amiloidose, causada por um defeito genético da transtirretina (TTR), com substituição da valina pela metionina na posição 30 (Coutinho, 2006). Trata-se de uma doença neurodegenerativa, de transmissão autossómica dominante e que se manifesta por uma neuropatia sensitiva, motora e autonómica progressiva e fatal (Lopes, 2006). O início da sintomatologia ocorre geralmente antes dos 40 anos de idade, sendo caracterizada por uma severa e progressiva polineuropatia sensitivo-motora e autonómica, com progressão para a morte em 10 a 20 anos. O quadro clínico caracteriza-se pela multiplicidade de sintomas a nível dos sistemas e órgãos atingidos pela doença (Conceição, 2006).

Sintomas gastrointestinais:

- São na maioria dos casos as primeiras manifestações da doença. Geralmente verifica-se alternância de

períodos de obstipação com diarreia e mais tarde diarreia persistente. Ocorrem ainda, queixas de enfartamento pós-prandial como náuseas e vômitos. Estas alterações gastrointestinais conduzem a estados de significativa perda ponderal, pelo que, na maioria das vezes, os doentes estão muito emagrecidos;

Sintomas cardiovasculares:

- Disritmia cardíaca, síncope e morte súbita. Pode ocorrer hipotensão ortostática severa e a modificação do padrão circadiano da pressão arterial, com a ausência da descida da pressão arterial durante a noite ou inversão desta, com hipertensão nocturna;

Sintomas genito-urinários:

- Manifestações de disfunção vesical, geralmente com diminuição ou ausência da sensação da plenitude vesical e com incapacidade por parte do doente para realizar esvaziamento completo da bexiga. A disfunção erétil é em cerca de um terço dos casos, a primeira manifestação da doença no homem.

Sintomas neuro-motores:

- Perda da sensibilidade térmica e algica, geralmente a nível das extremidades (pés e mãos) de forma simétrica e acompanhada de queixas de parestesias e disestesias. A perda da sensibilidade nestes doentes tem uma progressão ascendente dos membros inferiores para os membros superiores. Parésia e atrofia muscular que surgem anos após o início da sintomatologia e também com progressão ascendente dos membros inferiores para os superiores. Estas alterações são responsáveis pela parésia do hallux, conduzindo à marcha tipo “steppage”, características nestes doentes num estadio avançado. A atrofia dos músculos interósseos confere às mãos uma configuração em garra, típico da doença, conduzindo a significativa incapacidade na execução das suas actividades de vida.

Até há pouco tempo não existia tratamento para a doença, sendo o fim destes doentes a morte, num estado de grande degradação psicológica e física. Em 1990, já com informação que cerca de 90% da TTR circulante é produzida no fígado, Holmgren na Suécia, propôs o transplante hepático como modalidade terapêutica (Conceição, 2006), substituindo o fígado produtor da proteína anómala causadora da doença, por outro “saúdável” (Furtado, 2006). Desde os anos 90 o transplante hepático tem sido realizado nestes doentes como forma terapêutica de impedir a produção de proteína TTR e constituindo desde então, o único meio de parar a progressão da doença, apesar da mortalidade e morbidade que lhe estão associadas. O transplante hepático mudou a situação até então vivida, de incurabilidade da doença e alterou o modo como os doentes vivem e encaram a sua doença (Lopes, 2006).

Esta é actualmente a única modalidade terapêutica com reconhecida eficácia na PAF, capaz de impedir a progressão da doença e de alcançar uma melhor qualidade de vida (Perdigoto et al, 2003), com melhoria do seu estado geral e estabilização da neuropatia, na maioria dos doentes (Conceição, 2006).

Com efeito, o transplante hepático é hoje em dia uma modalidade terapêutica de mérito reconhecido para o tratamento da PAF e que teve início na Suécia em 1991.

Em Portugal teve início em 1992 na Unidade de Transplantes do Hospital de Curry Cabral. Em 2005, nesta Unidade, a percentagem de transplantes hepáticos em doentes portadores de PAF, traduzia-se em 29% do total realizados desde 1992, representando o segundo maior grupo de indicação para a transplantação, com 141 doentes (Martins, 2005).

O transplante permite, neste contexto, uma estabilização da evolução da doença, sendo mesmo possível, observar em alguns casos uma regressão das lesões (Freire³), havendo referências na literatura, de que a TTR Met 30 desaparece do soro dos doentes, durante algum período após o transplante⁴. O grau e os limites da me-

lhoría ao nível da função neurológica, vai depender do tipo de mutação e da duração da progressão da doença antes do transplante hepático, o que torna o tempo que decorre entre o surgimento dos primeiros sintomas e o momento do transplante, um factor crucial para uma melhoria destes doentes (Bergethon, 1996), ocorrendo uma diminuição da taxa de sobrevivência em doentes com sintomatologia há mais de 7 anos⁵.

Os resultados de um estudo realizado por Bergethon (1996), sugere uma melhoria parcial das neuropatias autossómicas, motoras e sensitivas na PAF, após a transplantação hepática. Ainda de acordo com o mesmo autor, todos os pacientes que não foram trata-

Percepções e sentimentos que o doente com Paramiloidose vivencia após o transplante hepático: Que qualidade de Vida?

dos continuaram a sofrer um declínio neurológico progressivo, envolvendo perdas autossómicas, sensitivas e motoras, que varia de doente para doente, mas de um modo constante desde o início do declínio (Bergethon, 1996). A realização do transplante hepático, contribui então, para parar o percurso degenerativo da doença, provocada pelo depósito de amiloide nos tecidos.

Neste contexto, foi nosso propósito identificar as percepções, os sentimentos e expectativas vividas pelos doentes com PAF, relativamente ao transplante hepático, comparando a sua qualidade de vida, e a evolução da doença antes e depois do transplante.

OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste trabalho de investigação, optamos por um Estudo Exploratório, dado que houve necessidade de pesquisar na literatura para construir o quadro base de análise; Descritivo "...a finalidade dos estudos descritivos é obter informação acerca do estado actual do fenómeno de interesse" (Polit e Hungler, 1991, p.145); Retrospectivo "...o método de investigação para responder a perguntas que exige, a quem as coloca, recordar e narrar experiências, pensamentos, sentimentos e coisas semelhantes que aconteceram no passado" (Polit e Hungler, 1991, p.143). Este tipo de estudo insere-se na metodologia qualitativa. Esta caracteriza-se por um "questionar constante que visa compreender um problema social ou humano, com base na construção de uma perspectiva complexa ou holística, constituída por palavras, relatando as perspectivas detalhadas dos informadores e conduzida num contexto natural" (Creswell, 1994, p.4). Tendo presente o nosso objectivo, escolhemos como técnica de colheita de dados, a técnica da entrevista semi-estruturada, visto ser o tipo de

entrevista mais adequada para dar resposta de uma forma mais abrangente à problemática em estudo. A entrevista, como refere Patton (1990), dá-nos a conhecer o significado que cada pessoa atribui à vivência de determinada experiência. Para operacionalizar a técnica de recolha de dados escolhida, foi elaborado um guião de entrevista.

A amostra seleccionada é de carácter intencional, não probabilística, considerando-se amostra não probabilística quando "(...) tende a produzir amostras mais precisas e representativas" (Polit e Hungler, 1995, p.148). É de carácter intencional, pois tal como referem as autoras supracitadas, os sujeitos em estudo, foram seleccionados com base em critérios pessoais predefinidos.

Para procedermos à análise dos dados, optamos pela análise de conteúdo. A análise de conteúdo é "um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos, a descrição do conteúdo das mensagens" (Bardin, 2000, p.42). Pretendemos através da análise de conteúdo das entrevistas, descodificar o discurso expresso pelos sujeitos transformando-os em dados quantitativos, através da descoberta dos núcleos de sentido que compõem a comunicação. A análise de conteúdo iniciou-se por uma "leitura flutuante" das respostas de cada entrevista, para passar depois a um "recorte" das asserções, a serem posteriormente agrupadas em categorias de codificação (Bardin, 2000; Bogdan, 1994).

A categorização resultou portanto, de uma operação de "classificação analógica e progressiva dos elementos" (Bardin, 2000 p.119), constituindo as categorias "rubricas significativas, que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas da mensagem" (Bardin, 2000, p.37). Assim, numa primeira fase e

através da leitura flutuante, classificámos as questões que foram objecto de análise e as que podiam ter que ser eliminadas. Foi atribuído o respectivo número de ordem, conforme o instrumento de pesquisa. Numa segunda fase, de compreensão do *corpus*, lemos todas as questões e definimos as categorias. Estas surgiram em resultado de uma palavra-chave e/ou expressão, que reúnem um conjunto de asserções expressas nas respostas consentâneas com o sentido da questão formulada. Numa terceira fase entramos na análise propriamente dita, com a organização do *corpus*. Nesta, as categorias foram sujeitas a validação interna através da sua pertinência, representatividade, exaustividade e homogeneidade. Desta forma, cada categoria tem um sentido no contexto em causa. Na operação de classificação dos seus elementos constitutivos, consideramos no discurso em análise, todas as palavras, frases ou expressões e procuramos agrupá-las. Por fim, efectua-

mos a unidade de enumeração de frequências das unidades de registo e das de contexto, bem como a sua interpretação.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente à amostra do estudo (Quadro 1), foi constituída por seis doentes transplantados, com idades compreendida entre os 28 anos e os 60 anos. Os doentes entrevistados, foram maioritariamente do sexo feminino (n=4), e apenas dois do sexo masculino. No que respeita ao tempo de transplante, varia entre os 3 a 8 anos de transplante. Dos seis doentes entrevistados, cinco eram casados, apenas um referiu ser solteiro. Quanto à profissão, dois referiram ser domésticos, um professor, um motorista, um chefe de repartição e um reformado.

Quadro 1: Caracterização da População

Entrevista	Idade	Sexo	Tempo de Transplante	Estado Civil	Profissão
E1	48 (?)	F	4 Anos	Casado	Doméstica
E2	60	F	4 Anos	Casado	Doméstica
E3	37	M	4 Anos	Casado	Professor
E4	42	F	8 Anos	Solteiro	Motorista
E5	28	M	3 Anos	Casado	Chefe de Secção Administrativa
E6	60	F	7 Anos	Casado	Reformada (Ex-Função Pública)

Categorização dos Dados

O conhecimento de qualquer doença crónica degenerativa, é sem dúvida, um factor marcante na vida das pessoas. Dentro da temática PAF, incluímos a **categoria impacto que a doença** representou aquando do seu diagnóstico, onde definimos subcategorias.

Sub-categoria:

- Consequências Físicas/Sintomatologia
- Consequências Psicológicas/Reacção à Notícia da Doença
- Consequências Socioprofissionais
- Importância das Experiências Anteriores

Tema: PAF

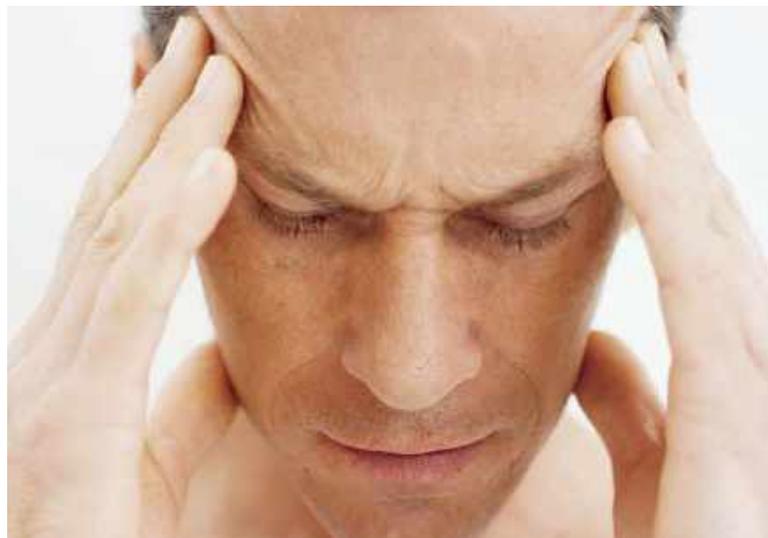
Categoria: Impacto da doença

Sub-categoria: Consequências físicas/sintomatologia

Sub-sub categoria	Sub-sub-sub categoria	Unidade Referência	Unidade Enumeração
Ausência de sintomas		“(…) Nada, nada, nada (…)”	1
Presença de sintomas	Manifestações urinárias	“(…) Emagreci repentinamente, comecei com problemas de estômago e intestinais e pronto, não sabia o que era, e depois perdi a sensibilidade dos membros inferiores e dos pés (…)”.	3
	Manifestações gastrointestinais		2
	Perda de sensibilidades dos membros inferiores		1
	Parestesias dos membros inferiores		1

Relativamente à sub-categoria “**Consequências Físicas/Sintomatologia**”, dividimos em duas sub-sub-categorias, nomeadamente **ausência de sintomas**, com uma referência e **presença de sintomas**, com 7 referências.

No que diz respeito à **presença de sintomas**, encontramos uma alusão maioritária às **manifestações urinárias**, com 3 referências, seguida de **manifestações gastrointestinais** (2 referências) e **perda de sensibilidade e parestesias nos membros inferiores**, com uma menção cada. Estes dados vão de encontro à bibliografia encontrada, embora as alterações nos membros inferiores (e à qual se atribui a designação de Doença dos Pezinhos), maioritariamente referida como a primeira sintomatologia que surge na doença, não seja muito referida. De facto, como refere Freitas (1976), ao nível das manifestações neurológicas observam-se perturbações da sensibilidade, inicialmente subjectivas, com parestesias localizadas primitivamente no halux e que prosseguem para os restantes dedos e sola dos pés, progredindo rapidamente para outras regiões, embora o maior predomínio das alterações sensitivas se mantenha nas extremidades inferiores. Pensamos poder auferir que não é muito referida por se tratar de algo que lhes é inerente, não represen-



tando uma sintomatologia muito marcada, tal como acontece com as manifestações urinárias (através das infecções urinárias de repetição) e com gástricas (sob a forma de vómitos e diarreia) também referenciadas pela bibliografia como frequentes. Para além disso, admitimos que a nossa amostra não é muito significativa, não constituindo por si só uma representação de toda a população de doentes com PAF.

Tema: PAF

Categoria 1: Impacto da doença

Sub-categoria: Consequências psicológicas/Reacção à notícia da doença

Sub-sub categoria	Unidade Referência	Unidade Enumeração
Choque	“(…) Como é óbvio foi um oque muito grande, porque não estava preparada”	6
Tristeza	“(…) Andei um bocadinho, hum ... vá lá psicologicamente abatido (...)”	3
Negação	“(…) Eu quis meter a cabeça na areia (...)”	2
Medo	“(…) Pesa sempre uma espada em cima da nossa cabeça (...)”	2
Adaptação	“(…) não fiquei em estado de choque encarei, tive uma reacção acho que normal e pronto parti para a frente (...)”.	2

No que diz respeito à subcategoria “**Consequências Psicológicas/Reacção à Notícia da Doença**”, encontramos cinco sub-sub-categorias, elaboradas de acordo com as reacções manifestadas pelo discurso das pessoas entrevistadas. A sua maioria verbalizou uma sensação de **choque**, aquando do momento em que tiveram conhecimento de que lhes fora diagnosticado PAF, presente em seis referências. Esta ideia é corroborada por Gameiro (1999, p.2), quando refere que, “*para além do mal-estar físico, a doença confronta o doente com a sua fragilidade, ameaça-o com a probabilidade de perdas significativas ao nível físico, afectivo-relacional e sócio-profissional, gerando-lhe sentimentos de angústia e insegurança no que diz respeito ao seu desfecho final, confrontando-o inevitavelmente com a ideia de morte, o que conduz a sentimentos de medo (...)*”. Constatámos também a presença de **tristeza** com três menções; **negação**, **medo** e **adaptação** com duas referências cada. Todas estas sub-sub-categorias demonstram diferentes formas de reacção a uma

doença, a sua maioria de um modo negativo, apesar de se poder constatar nas entrevistas que a maioria suspeitava da presença da doença, devido à sua existência em familiares directos ou próximos (pai, mãe, irmãos, tios). Neste âmbito, tal como é referenciado por Gameiro (1999), as pessoas recorrem a mecanismos de defesa perante a doença, como a negação da realidade, a racionalização, a limitação da consciência e a regressão. Consideramos que os mesmos constituem uma reacção normal, uma vez que esperam que a doença não os atinja, procurando adiar o conhecimento da mesma para um período o mais tardiamente possível. Tal é corroborado por Freire ao referir que, “*os doentes estão traumatizados porque viram morrer familiares muito próximos e apesar de terem sintomatologia inicial não querem aceitar nem admitir que têm paramiloidose, e muitas vezes, nem fazem o diagnóstico*”. Observamos, então, pela nossa experiência, que tais sintomas são muitas vezes desvalorizados pelo doente, o que implica um diagnóstico tardio.

Tema: PAF

Categoria: Impacto da doença

Sub-categoria: Consequências sócio-profissionais

Sub-sub categoria	Unidade Referência	Unidade Enumeração
Abandono Profissional	“(…) Optei por deixar de trabalhar, porque acho que foi a coisa que fiz melhor, como já era magra, quando deixei de trabalhar consegui manter o peso mais ou menos (…).”	4
Alteração na Actividade Física	“(…) Eu era uma pessoa muito activa, praticava vários desportos, culturismo, era uma pessoa muito dinâmica, cheguei a praticar corrida muitas vezes, gostava de fazer desportos (…).”	2
Adaptação na Actividade Profissional	“(…) a nível profissional, alterei, isso alterei porque estava a nível muscular bastante debilitado, ainda me encontro hoje um bocado, mas na altura estava mais e tive de deixar de leccionar, que é o que eu faço, sim, pedi uma componente não lectiva, tive a realizar trabalhos que não era a dar aulas(…).”	1

Em relação à subcategoria das **“Consequências Sócio-Profissionais”**, encontramos 3 grupos de sub-sub-categorias. A primeira e mais frequente com 4 nomeações, refere-se ao **abandono profissional**. Existem também duas referências a **alterações nas actividades físicas**. Estes resultados estão de acordo com a bibliografia consultada, uma vez que, como nos refere Bergethon (1996), a PAF é uma doença neurológica, crónica, progressiva e hereditária de transmissão autossómica dominante, que atinge o sistema nervoso ao nível motor, sensitivo e autónomo. Como é, então, referido, podemos afirmar que é uma doença de cariz gradual que influencia as capacidades físicas e psicoló-

gicas da pessoa afectada. Deste modo, em determinada altura e à medida que a doença evolui, sentem-se incapazes de manter as suas actividades profissionais e sociais, encontrando como alternativa o abandono profissional, a cujas exigências consideram já não serem capazes de dar resposta. Por outro lado, constatámos que uma das pessoas entrevistadas optou não por desistir da sua actividade, mas modificar o modo como a exercia. No entanto, muitas vezes esta opção não se encontra acessível devido à especificidade da profissão que estas pessoas exercem, optando na maioria das situações por um abandono profissional quando a doença se começa a agravar.

Tema: PAF

Categoria: Impacto da doença

Sub-categoria: Importância das experiências anteriores

Sub-sub categoria	Unidade Referência	Unidade Enumeração
Desconhecimento da possibilidade de diagnóstico	“(…) Nunca me passou pela cabeça, que eu pudesse ter essa doença (…).”	3
Resignação	“(…) Eu sabia quais eram os sintomas e o que leva ou não ao transplante ... sabia perfeitamente qual era a decadência que daí surgia (…).”	2
Aceitação da doença	“(…) E eu a partir daí nunca neguei (..)”	2
Revolta	“(…) Eu vi o sofrimento do meu pai e foi muito chocante, não havia nenhuma perspectiva de absolutamente nada (..)”	1
Negação	“(…) Acabei por ir um bocadinho contrariado ... realizar o teste de diagnóstico ... por um lado queria muito saber, por outro lado não (..)”	1

Da nossa (con) vivência com estes doentes PAF, salientamos que as experiências anteriores constituem factores determinantes. Tal é observado não só no que os conduz a realizarem ou não o teste de diagnóstico da doença, como também no modo como vêm preparados para o transplante, uma vez que são pessoas de uma área regional próxima que se conhecem por frequentarem locais semelhantes. Da sub-categoria

“Importância das Experiências Anteriores”, surgiram cinco sub-sub-categorias, relacionadas com o efeito que estas experiências tiveram aquando do momento de conhecimento do diagnóstico da doença, num total de nove menções. Observámos que, apesar de haver uma grande possibilidade de transmissão de pais para filhos, houve três referências ao **desconhecimento da possibilidade de diagnóstico**, associado

ao facto de a doença ter saltado uma geração, ou de não se terem associado os sintomas da mesma na altura de falecimento do familiar. Presenciámos também a existência de um sentimento de **resignação**, com duas enumerações. Este sentimento contrasta com uma capacidade de **aceitação da doença**, com duas referências, manifestando uma maior abertura e utilização dos recursos adquiridos, no sentido de lutar contra a doença. No entanto, também observámos sentimentos de **revolta e negação** com uma referência cada. Assim, ao reflectirmos sobre os dados obtidos, podemos auferir que nos confrontámos com uma panóplia de sentimentos.

No que diz respeito ao desconhecimento da doença, entramos no domínio do desconhecido, uma vez que alguns dos nossos entrevistados não consideravam a hipótese de desenvolver uma doença deste calibre no

seu projecto de vida, uma vez que desconheciam a existência dela, enquanto PAF propriamente dita, nas gerações anteriores. Obtivemos também outras referências que nos levaram a categorizá-las como resignação e aceitação. Isto leva-nos a pensar que perante o diagnóstico efectivo da doença existem diferentes tipos de reacção, as quais consideramos estar relacionadas ou com experiências de familiares com PAF que foram transplantados e que se encontram bem, no caso da aceitação, ou por o transplante consistir actualmente na única hipótese viável de não evolução da doença, quando nos referimos à resignação. Finalmente, no que se refere à revolta e negação, observámos que em relação à primeira, no momento de diagnóstico não havia perspectivas de tratamento para a PAF e a segunda, numa atitude de tentativa de engano, pois enquanto não realizasse o teste não haveria confirmação para alguns dos sintomas da doença que apresentava.

“ Da nossa (con) vivência com estes doentes PAF, salientamos que as experiências anteriores constituem factores determinantes. ”

Categoria 2: **Conceptualização do Transplante**

Sub-categoria:

- Expectativas Perante o Transplante/Esperança no Tratamento
- Reacção Pós-Tratamento (1º Ano)

O transplante hepático constitui actualmente a única forma de impedir a progressão da PAF (Bergethon, 1996), e de permitir uma maior esperança de vida e de melhor qualidade de vida a estas pessoas durante um longo período de tempo, representando para as mes-

mas uma esperança na recuperação. No entanto, apesar dos benefícios que lhe estão inerentes, o transplante e o que lhe está associado (terapêutica imunossupressora, maior susceptibilidade às infecções, entre outros), acarreta um conjunto de situações para as quais estes doentes não estão, muitas vezes, preparados.

No que diz respeito à temática do transplante, encontramos duas sub-categorias (acima descritas), que se subdividiram em sub-sub-categorias.

O transplante, como já foi anteriormente referido, constitui actualmente a hipótese de tratamento mais viável na PAF, de modo a permitir uma melhor qualidade de vida

Tema: o Transplante

Categoria: Conceptualização do transplante

Sub-categoria: Expectativas perante o transplante/Esperança no Tratamento

Sub-sub categoria	Unidade Referência	Unidade Enumeração
Esperança	“Uma esperança, (...) quando fiquei doente. Já sabia que havia o transplante, não foi nenhuma novidade, pelo contrário... foi uma esperança, uma coisa boa”	6
Resignação	“(...) o meu irmão já tinha sido transplantado e estava bem, era a melhor saída, então ia-me deixar arrastar...”	6
Choque	“ Claro que foi um choque inicial, um transplante é sempre um transplante, a colocação do pacemaker, etc...”	6
Resolução	“ Foi importantíssimo, assim que me telefonou a Dra. preparei-me logo, não senti medo nenhum. Senti que devia vir, pronto (...)”	2
Negação	“Há oito anos atrás diria que não [faria o transplante]”	1

às pessoas que são portadoras desta doença. Constitui-se deste modo como uma esperança para o seu bem-estar, apesar de, como as nossas observações indicam, a primeira impressão nem sempre ser a mais positiva. Para esta sub-categoria obtivemos com seis registos, a sub-sub-categoria esperança que se enquadra no que anteriormente foi descrito. Para Delgado (1994, p.44), o transplante vai actuar como um “*desejado idealizado como algo que eliminará muitos inconvenientes na sua vida na área da saúde, relações familiares, sociais e laborais*”. Da mesma opinião partilha Oliveira⁶ quando nos refere que “*o doente depois do transplante assume uma outra perspectiva de vida, porque tem mais esperança e de alguma maneira acha que desta forma vai conseguir concretizar alguns dos seus objectivos (...) não procuram a cura porque sabem que ela não existe, mas depositam esperança no transplante hepático como a única forma de continuar a viver*”. Com seis testemunhos, surge a **resignação** associada a conhecimento de casos na família cujo transplante foi a única opção viável e que muito provavelmente o mesmo lhes iria acontecer, o que veio confirmar-se. Na opinião de Abrunheiro *et al* (2005), torna-se importante que o doente, numa fase de pré-transplante, seja acompanhado psicologicamente, uma vez que o doente passa por um estado de incessante ansiedade e de medos. Este acompanhamento visa atenuar as preocupações e aceitar o transplante como a única decisão viável para a sobrevivência. Com o mesmo número de afirmações, revela-se o **choque** relacionado com tudo o que ser transplantado implica, como, por exemplo, a implantação de pacemaker, a cirurgia muito invasiva, entre outros. De facto, o doente encontra-se

totalmente dependente do meio que o rodeia, o que o atinge nas mais variadas áreas, uma vez que, de acordo com Tavares (2004, p.767), “*é a auto-estima que se entristece, o auto-conceito que se lamenta, a imagem corporal que se desgosta, a identidade sexual que se fragiliza...*”. Com duas asserções, encontramos a **resolução** relacionada com a demonstração de confiança perante o transplante; por último, surge a **negação**, com uma referência, traduzindo-se por um caso de má experiência vivenciada no decorrer do pós-transplante, manifestada por complicações. De facto, foram encontradas várias expectativas perante o transplante, mas nelas sobressai com destaque a esperança embutida no transplante em si, como ponte de melhoria na qualidade de vida e de um aumento da sua esperança de vida. Após a aceitação da importância do transplante, a entrada numa lista de espera para transplante é, muitas vezes referenciado, como o segundo momento mais difícil. Este, frequentemente um longo período de espera, é gerador de grande instabilidade física e psicológica, devido à preocupação com o agravamento progressivo ou súbito do seu estado clínico antes de se encontrar disponível um novo órgão, conduzindo ao desenvolvimento de sentimentos associados à incerteza temporal do transplante e a uma ambiguidade quanto à realização de um transplante, provocando nos doentes alguma ansiedade, a qual vai alimentar permanentemente pensamentos de morte (Tavares, 2003; Santos, 1996, cit. por Arunheiro *et al.*, 2005, p.141).

O primeiro ano após a realização do transplante, constitui o ano mais crítico no que se refere quer à adaptação

Tema: o Transplante

Categoria: Conceptualização do transplante

Sub-categoria: Reacção pós-transplante (1.º ano)

Sub-sub categoria	Unidade Referência	Unidade Enumeração
Desilusão	“(... fiquei um bocadinho desanimado no 1º ano de vida, queria até, ir buscar o meu fígado anterior (...))”	5
Adaptação	“Hoje não estou completamente bem, mas sei dominar mais ou menos a doença ...”	4
Desconhecimento	“Verdadeiramente nunca me tinha informado o que era...”	2
Satisfação	“Houve como eu disse muitas melhorias, (hum...), no meu estado geral, do sentir, do bem-estar, houve muita melhoria.”	2

à terapêutica imussupressora, devido aos constantes ajustes até se obter a dose indicada, quer à probabilidade do aparecimento de rejeição. Num estudo longitudinal realizado no Hospital Curry Cabral (Martins, 2005), registaram-se como complicação do transplante hepático no primeiro mês, uma mortalidade de 15 casos por rejeição, numa população de 555 transplantes realizados.

Assim obtivemos com um maior número de referências, emerge a **desilusão**, com cinco citações, denotando-se diminuição das expectativas iniciais relativamente ao que um transplante consistia. Por outro lado, denotamos também uma capacidade de **adaptação**, demonstrada em quatro menções, evidenciada pela

capacidade de gerir a sua situação apesar das dificuldades com que são confrontados. O **desconhecimento** também foi encontrado na nossa análise, com duas referências o que nos pode levar a auferir um não interesse pela procura de informação relacionada com o transplante, ou por medo ou por ignorância. Para Fromant, citado por Delgado(1994,p.44) o período de pós-transplante corresponde à “*(...) altura de sentimentos mistos. Ao lado da esperança renovada no futuro, estão os medos de falha, de rejeição tecidual, de recorrência da doença, ou então que os medicamentos utilizados tenham efeitos lesivos a longo prazo (...)*” Por último, com dois testemunhos encontrámos a **satisfação**, que denota uma superação das expectativas iniciais. De

facto, segundo Tavares (2003), após o transplante atinge-se progressivamente a capacidade de olhar para as situações do quotidiano com um prazer renovado, não sentido até então. A crise que se reflecte no estágio final da doença hepática é, então, resolvida após o transplante, sendo restaurado o equilíbrio, observando-se, após uma cirurgia bem sucedida, sentimentos de pleno bem-estar e euforia podem estar presentes. O êxito do transplante vai absorver a atenção do doente e influenciar

na forma como este interage com a sua família e amigos (Tavares, 2003). Contudo, estes sentimentos podem ser interrompidos abruptamente quando ocorrem as primeiras complicações pós-operatórias (Tavares, 2003). O transplante constitui uma cirurgia complexa, podendo acarretar o aparecimento ou não de possíveis complicações no pós-transplante, o que se relaciona directamente com a percepção que cada doente tem relativamente a este período.

“ O êxito do transplante vai absorver a atenção do doente e influenciar na forma como este interage com a sua família e amigos...”

Categoria 3: Qualidade de Vida na Pessoa com PAF Após o Transplante

Em relação ao tema da Qualidade de Vida, os dados obtidos permitiram-nos obter duas sub-categorias:

- Qualidade de Vida no Pré-Transplante
- Qualidade de Vida no Pós-Transplante

A qualidade de vida apresenta diferentes significações de acordo com o estadió da vida, consistindo num dado que é variável entre as pessoas, não adquirindo os mesmos contornos entre duas pessoas saudáveis

ou duas pessoas doentes. Assim, para Orley, citado por Ribeiro (2001, p.79) a qualidade de vida “*expressa-se pela percepção pessoal acerca da sua vida, em relação ao contexto da sua cultura, ao seu sistema de valores, tomando em consideração os seus objectivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações*” (Ribeiro, 2001, p.79). Trata-se de uma definição ou termo, inerente a cada um de nós e que vai sofrendo alterações ao longo do nosso percurso de vida. Para Cramer, citado por Ribeiro, qualidade de vida consiste “*(...) um estado de bem-estar físico, mental e social, completo, e não apenas, a ausência de doença ou incapacidade*”.

Tema: Qualidade de Vida

Categoria: Qualidade de vida na pessoa com PAF antes do transplante

Sub-categoria: Qualidade de vida no pré-transplante

Sub-sub categoria	Unidade Referência	Unidade Enumeração
Alterações Moderadas	“(…) A única coisa que me fez tirar um bocadinho de vida eram as infecções urinárias que me davam vômitos, enxaquecas, tiravam-me o apetite e fizeram-me emagrecer um bocadinho (...)”	3
Alterações acentuadas	“(…) praticava desporto, fazia ski de água no Verão, ski no Inverno na neve, e depois aos poucos fui deixando todas estas coisas, mesmo a vida do dia a dia (...)”	2

Para a subcategoria **qualidade de vida no pré-transplante**, sobressaíram as sub-sub-categorias com **alterações moderadas**, onde identificámos 3 testemunhos, verificando-se que estas correspondem a entrevistados que tiveram por tempo de espera para o transplante de um a dois anos; com **alterações acentuadas**, obtivemos duas asserções, recaindo estas sobre um doente com três anos de tempo de espera. Daí podemos constatar que quanto maior o tempo de espera, maior o grau de alterações provocadas pela doença nestes doentes. Assim, nos pacientes em que a neuropatia é uma manifestação clínica relativamente recente, observa-se uma recuperação mais rápida e global do que nos doentes com polineuropatia avançada e de longo termo. De acordo com Bergethon (1996), o grau e os limites da melhoria ao nível da função neurológica, vai depender do tipo de mutação e da duração da progressão da

doença antes da transplantação de fígado, o que torna o tempo que decorre entre o surgimento dos primeiros sintomas e o momento do transplante, um factor crucial para uma melhoria destes doentes. Para Delgado (1994, p.44), “*o transplante é desejado e idealizado como algo que eliminará muitos inconvenientes na sua vida na área da saúde, relações familiares, sociais e laborais*”. No entanto, o transplante hepático não constitui uma alternativa terapêutica inócua. Podemos, então, considerar que é a alternativa de tratamento mais eficaz, com inúmeras condições e potencialidades para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos transplantados conforme opinião de Sandoz (1989).

No que diz respeito ao período pós-transplante e às alterações que podem surgir ao nível da qualidade de vida, evidenciaram-se 3 sub-sub-categorias. Constatá-

mos, assim, que se observou um maior número de referências a uma **melhoria da qualidade de vida**, num total de dez, levando-nos a crer que o transplante desempenhou um papel positivo na vida destas pessoas. Para Delgado (1994, p.60) com o transplante hepático, "(...) os indivíduos transplantados referem que ganharam novas forças para viver, usufruindo de maior liberdade para gerir o seu tempo em relação à família, emprego e amigos". Por outro lado, também observámos nove enumerações a uma **diminuição da qualidade de vida**, para as quais o transplante suscitou um conjunto de situações menos positivas, que tornaram todo este período de pós-transplante pouco agradável, devido a todas as referências já efectuadas anteriormente. Por último, com quatro discriminações, observamos que **não ocorreram alterações ao nível da qualidade de vida**. Desta última, podemos auferir que o transplante não desempenhou um papel de grande relevância directa sobre a percepção de qualidade de vida destas pessoas, uma vez que chegou numa altura em que as alterações provocadas pela doença ainda não eram acentuadas ou não se haviam instalado.

Destes resultados, indagamos que o transplante ofereceu para grande parte dos entrevistados uma melhoria na sua qualidade de vida, permitindo-lhes realizar tarefas e de ter actividades que já não eram capazes de fazer antes do mesmo. De facto, para Ramos (1999), a evolução da técnica, das ciências da saúde, da trans-

plantação de órgãos e de tecidos, permitiram a concretização do transplante hepático, o que veio contribuir para o aumento da esperança de vida do doente PAF e, sobretudo, com melhor qualidade. As reacções pós-transplante menos positivas e que deram origem a percepções de diminuição na qualidade de vida de algumas destas pessoas, estão relacionadas na maioria das referências aos agravantes associados ao transplante, como, por exemplo, aos efeitos secundários dos imunossuppressores e aos cuidados a ter para evitar contágios infecciosos, uma vez que são imunodeprimidos. O mais difícil, nesta fase, será a "transformação desse frágil existir, num sentimento pleno e profundo de direito à vida, onde se deixam cair os marcadores do tempo, e onde interessa unicamente a plenitude de cada dia" (Tavares, 2004, p.769). Deste modo, cada dia será então uma vida, sendo a qualidade da mesma o que realmente importa. Assim, ser transplantado afigura o retorno a uma vida independente, como a que o indivíduo já tinha antes de lhe ter sido diagnosticada a doença; significa a metamorfose de papel de doente crónico para uma pessoa independente e com um melhor qualidade de vida. É, como já referimos anteriormente, um "recomeçar".

1. <http://www.chc.min-saude.pt/hp/genetica/paf.htm>
2. <http://www.paramiloidose.com/>
3. <http://www.paramiloidose.com>
4. www.chc.min-saude.pt/hp/genetica/paf.htm
5. www.chc.min-saude.pt/hp/genetica/paf.htm
6. <http://www.paramiloidose.com>

Tema: Qualidade de Vida

Categoria: Qualidade de vida na pessoa com PAF após transplante

Sub-categoria: Qualidade de vida no pós-transplante

Sub-sub categoria	Unidade Referência	Unidade Enumeração
Melhoria na qualidade de vida	"(...) Posso dizer que 80% melhorei (...)"	10
Diminuição da qualidade de vida	"(...) Há uma série de coisas que eu fiquei muito triste, porque abdiquei de muita coisa na minha vida, porque pensava que ia fazer isto ou aquilo, hoje estou dependente de outras pessoas (...)"	9
Sem alterações ao nível da qualidade de vida	"(...) Faço uma vida perfeitamente normal, isto porque fiz o transplante atempadamente, tinha as minhas capacidades físicas totalmente activas (...)"	4

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUNHEIRO, Lúcia M.M. - **A Satisfação com o Suporte Social e a Qualidade de Vida no Doente após Transplante Hepático**. [Em Linha]. [Consult. 2007-09-20]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt>

BARDIN, L. - **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.

BERGETHON, P.R. [et al.] - **Improvement in the polyneuropathy associated with familial amyloid polyneuropathy after liver transplantation**. In: *Neurology*. N.º 47 (October, 1996). p. 944-951.

BITTENCOURT, Paulo Lisboa - **Polineuropatia amiloideótica familiar: o mal dos pezinhos**. [Em linha]. [Consult. 05-03-2006]. Disponível em www.hportugues.com.br/medicos/artigos/docartigosmedicos.4264318629.

CARMO, H.F.; MALHEIRO, M. - **Metodologia da Investigação**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

CONCEIÇÃO, Isabel - **Clínica e história natural da Polineuropatia Amiloideótica Familiar**. Sinapse. Porto. ISSN: 1645-281X. Volume 6, Número 1-suplemento 1-Maio de 2006.pág.86-91.

COUTINHO, Conceição - **Envolvimento cardíaco na Polineuropatia Amiloideótica Familiar** - Sinapse. Porto.ISSN: 1645-281X. Volume 6, Número 1-suplemento 1-Maio de 2006.pág.92-98.

CRESWELL, J.W. - **Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches**. Thousands Oaks: Sage Publications, 1994.

DELGADO, Clara [et al] - **Nível de Conhecimento dos Insuficientes Renais Crónicos Acerca das Repercussões do Transplante Renal**. Lisboa: [s.n.], 1994. 116p. Dissertação apresentada à Escola de Serviço Militar, no âmbito do 4º CCEMC.

FURTADO, Emanuel - **Transplantação hepática na Polineuropatia Amiloideótica Familiar**. Sinapse. Porto.ISSN: 1645-281X. Volume 6, Número 1-suplemento 1-Maio de 2006.pág.151-153.

FREIRE, António - **A Transplantação Hepática (TH) na Polineuropatia Amiloideótica Familiar (PAF)**. [Em Linha]. [Consult. 15-09-2007]. Disponível em <http://www.paramiloidose.com/>.

FREITAS, A. Falcão de - **Aspectos Clínicos da Polineuropatia Amiloideótica Familiar (Tipo Andrade)**. Boletim do Hospital Geral de Santo António. Coimbra. N.º 1, Vol.2 (1976). p.17-25.

FRONTEIRA, Inês Santos Estevinho - **Estigma Social e Infecção por HIV: uma Inevitabilidade?**. In: *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. V. 6, n.º 1 (1º Semestre, 2002). P45-52.

FORTIN, M.F. - **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência, 1999.

GAMEIRO, Manuel Henriques - **Sofrimento na Doença**. Coimbra: Quarteto, 1999. ISBN 972-8535-06-6.

3. Considerações Finais

Com o presente estudo podemos concluir que a Polineuropatia Amilódotica Familiar é na realidade uma doença marcante do ponto de vista físico e psicológico, com forte impacto negativo na qualidade de vida dos doentes portadores da doença, afectando significativamente a sua capacidade de desempenho profissional, com limitações progressivas e incapacitantes.

Da análise dos dados, constatamos que a fundamentação teórica encontrada relativamente à representação do impacto físico e psicológico da doença na qualidade de vida dos doentes, se aplica inteiramente à percepção referida pela maioria dos entrevistados, ao afirmarem que a confirmação do diagnóstico de ser portador da doença, alterou o seu projecto de vida.

Também as experiências anteriormente vividas pelos doentes entrevistados com familiares portadores da doença, parece ter tido relevância na forma como estes encararam o diagnóstico da PAF, encontrando nos entrevistados sentimentos ambivalentes nos seus testemunhos. Uns verbalizaram sentimentos de resignação e aceitação desta condição, outros evidenciaram sentimentos de revolta e negação, sendo o choque inicial e a tristeza o sentimento maioritariamente referido pelos entrevistados face à confrontação com a doença.

Por outro lado, foi possível identificar os primeiros sintomas que caracterizam o aparecimento da doença e a sua evolução nos entrevistados. Sendo que, tal é corroborado com bibliografia encontrada, nomeadamente as alterações vesicais e a diminuição da sensibilidade a nível das extremidades, que implicaram um conjunto de modificações nos hábitos de vida dos doentes, manifestado por alterações na actividade profissional e física, reforçando o impacto negativo desta doença na sua qualidade de vida. Do mesmo modo, os resultados do presente estudo, demonstraram uma associação evidente mencionada pelos entrevistados, entre a qualidade de vida e o transplante hepático.

A maioria dos entrevistados verbaliza sentimentos de esperança perante o transplante hepático, associando esta esperança a uma conquista e ao devolver de sua qualidade de vida.

Constatamos ainda, que o primeiro ano após a realização do transplante, constitui o primeiro marco a ser ultrapassado, observando-se nesta fase a consciencialização do que realmente é ser transplantado. No estudo obtivemos sentimentos díspares, entre a desilusão e a satisfação. Gostaríamos de realçar, que a maioria referiu estados de desilusão, associada à falta de acompanhamento psicológico adequado à situação que atravessam, quer no período pré-transplante quer no período pós transplante, por desconhecimento das implicações e restrições sociais numa primeira fase, alteração da auto-imagem que surge devido à terapêutica imunossupressora e ausência de estratégias de adaptação à nova condição de transplantado.

No que se refere à qualidade de vida no pré-transplante, observámos que a maioria dos entrevistados considera que o transplante hepático melhorou a sua qualidade de vida, referindo melhoria na evolução dos sintomas da doença. No entanto, 2 dos entrevistados mencionaram diminuição da mesma no 1.º ano pós transplante, associada às interferências inerentes ao transplante em si, como já mencionamos em epígrafe.

GIL, A. - **Como Elaborar Projectos de Pesquisa**. 3ª Edição. São Paulo: Editoras Atlas, 1991.

LOPES, Alice - **Aspectos psiquiátricos e psico-sociais nos doentes com PAF**. Sinapse. Porto.ISSN: 1645-281X. Volume 6, Número 1-suplemento 1-Maio de 2006.pág.129-133.

MARTINS, Américo - **Transplante Hepático: Casuística e Resultados. Comunicação Apresentada no Âmbito das Jornadas de Comemoração do 555 Transplante Hepático**. Lisboa, Novembro de 2005. Comunicação Gentilmente cedida pelo autor.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. - **Investigación Científica en Ciencia de la Salud**. 3ª Edición. México Interamericana: McGraw-Hill, 1991.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. - **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva, 1998.

OLIVEIRA e SOUSA, Margarida - **Atitudes Face à Pessoa com Deficiência**. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende, para o concurso ao lugar de Professor coordenado da Carreira do Ensino Politécnico de acordo com decreto lei 185/82 de 1 de Junho, 2003.

PERDIGOTO, Rui. Monteiro, Estela - **Hepatologia do Transplante**. Coimbra: Minerva, 2003. 49 p.. ISBN 972-798-074-0.

RAMOS, Armando Augusto - **Qualidade de Vida Após Transplante Hepático em Pessoas Portadoras de Paramiloidose**. In: *Sinais Vitais*, Coimbra. N.º 26 (Setembro de 1999). pp. 17-20. ISSN 0872-8844.

RIBEIRO, J.L.P., Santos, C.S.B.V. - **Qualidade de Vida do Doente Oncológico: Revisão Bibliográfica**. In: *Referência*, Novembro de 2001. pp. 76-79. ISSN 0874-0283.

SANDOZ - **Kidney Transplants: An Information Gookget for Patients and Their Families**. Renal Resource Center, 1989. 25p.

SOUSA, Miguel. Azevedo, Rosa. Oliveira, Marina - **Técnica de Imunoadsorção em Doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar: Experiência Clínica do Serviço de Nefrologia do Hospital Geral de Santo António**. In: *Nephro's*, Lisboa. Vol.8, n.º 1 (Janeiro de 2004). Pp. 17-21.

TAVARES, Edite - **A Vida Depois da Vida: Reabilitação Psicológica e Social na Transplantação de Órgãos**. In: *Análise Psicológica*. Vol. 4, n.º XXII (2004). Pp. 765-777.

VALA, J. - **A Análise de Conteúdo**. In: SILVA, S.; PINTO, José M. - *Metodologia das Ciências Sociais*. 5ª Edição. Porto: Edições Afronamento, 1986. p. 101-128.



Acreditar. Comunicar. Evidenciar.

Filomena Leal

Presidente da ACE

Revista ACE: Como se formou a ACE e que tipo de atividade tem vindo a desenvolver?

FILOMENA LEAL: A vontade de construir um projeto inovador, na área científica e formativa, que pudesse ser um reflexo da atividade e desempenho dos Enfermeiros do H. S. José, nos finais dos anos 90, foi o mote para o início da formação desta Associação.

Destaco o envolvimento do grupo dos Enfermeiros pioneiros, Anabela Simões, Cesário Loureiro, Eduina Cabral de Melo, José Abelha, Maria José Falé, que se organizaram para criar esta associação sem fins lucrativos, cujo objecto é: promover a formação contínua dos Enfermeiros. A estes colegas, agradeço a coragem, a capacidade de serem visionários, de lutarem pela criação dos alicerces de uma associação que é dos Enfermeiros, mas, cujas atividades tem sido o espelho, ao longo dos anos, do *know-how*, das equipas multidisciplinares que muito têm contribuído com o seu desempenho para a melhoria dos cuidados prestados aos Utentes /Família.

Em 2000 regem-se pelos trâmites legais, surgem os primeiros estatutos e dão início à fase preparatória do processo eleitoral. Os primeiros corpos sociais, da Associação Científica dos Enfermeiros do H. S. José, tomaram posse a 14 de Maio, de 2001, no Salão Nobre do Hospital de S. José, com a presidência da Enf^a Maria José Falé.

Recordo que a primeira eleição decorreu num clima de grande euforia, competitividade, mas também de respeito mútuo entre as duas listas concorrentes.

Da reorganização hospitalar ocorrida em 2004 e 2007 resultou uma alteração estatutária passando a ter a, atual,

designação de Associação Científica dos Enfermeiros, cuja finalidade é promover o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

Ao analisarmos o histórico das atividades desenvolvidas ao longo destes anos, tais como: jornadas, congressos, encontros, a revista *Enformação* e a parceria com outras instituições, orgulhamo-nos do trabalho realizado acreditando que há ainda muito por fazer apostando sempre nas competências dos Enfermeiros. Consideramos que conseguimos dar visibilidade a todo um esforço, empenho e valor profissional dos Enfermeiros, através de uma área nobre de qualquer profissão, que é a formação.

Revista ACE: Que balanço faz de todos estes anos dedicados à ACE? Consegue expressar alguma situação ou sentimento que a tenha marcado enquanto líder deste projeto formativo?

FILOMENA LEAL: Um balanço, extremamente, positivo. Têm sido onze anos com uma dedicação muito sentida, direi, uma paixão, por esta causa. Enquanto líder deste projeto formativo, desde 2002, tenho tido o privilégio de partilhar ideias, projetos, com os restantes elementos dos corpos sociais. O facto de o grupo ser constituído por Enfermeiros dos diferentes pólos do CHLC só nos tem enriquecido e tem sido um meio facilitador da divulgação da missão, valores e objectivos da ACE.

Essencialmente, tenho aprendido muito como Pessoa. Mentiria, se não dissesse que houve momentos de um

certo desânimo, até uma tempestade emocional, por não conseguirmos fazer mais... não é fácil, cada um de nós tem responsabilidades profissionais e pessoais e este trabalho associativo consome muitas horas extralaborais. Tenho no entanto uma certeza: nunca desisto e penso que consigo transmitir a minha motivação intrínseca ao grupo. Por graça, costumo dizer que estamos preparados para fundarmos uma empresa de eventos devido à experiência que tem vindo a crescer com a organização de todas as acções formativas desenvolvidas pela ACE e em parceria com os colegas de diferentes unidades funcionais.

As iniciativas e atividades têm demonstrado inovação e qualidade e acreditamos que tem criado valor acrescido contribuindo para a maximização do potencial humano e profissional dos sócios. Enfatizo a responsabilidade

social desta associação ao promover a qualificação profissional, a melhoria das competências e conhecimentos dos seus sócios. Somos uma Equipa em prol da formação dos Enfermeiros. É interessante olhar para a palavra ACE e sentir que cada letra traduz muito o que a associação é e quais são os seus valores. Estes pautam-se pelo prestígio que adquirimos desde a sua fundação.

Assim, chamo a atenção para a letra **A** de **Acreditar** que a formação/investigação é um pilar para a inovação e para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Na letra **C**, em todo o percurso desenvolvido queremos **Comunicar**, divulgar, partilhar, analisar. Um investimento contínuo no conhecimento. E por fim, a letra **E** de **Evidenciar**, os projectos e programas, a prática baseada na evidência, a excelência na Enfermagem. Como já referi, noutras ocasiões, acreditamos

“ Inovar, Criar e Partilhar são pressupostos importantes na concretização da missão e dos objectivos desta associação. ”

que o sucesso não é um acaso é um somatório do esforço conjunto de equipas multidisciplinares.

Revista ACE: Porquê inovar e remodelar o conceito da revista Enformação?

FILOMENA LEAL: Inovar, Criar e Partilhar são pressupostos importantes na concretização da missão e dos objectivos desta associação. A nossa história é um espelho de proximidade e parceria com os sócios e com todos os profissionais de saúde. Acreditamos que juntos criamos novas energias, geramos criatividade, despertamos novas ideias.

Com a criação do website – www.acenfermeiros.pt, foi objectivo proporcionar um meio facilitador para o crescimento da interactividade e comunicação entre profissionais. Ainda neste âmbito decidimos remodelar o conceito da revista, modernizá-la e proceder a uma reestruturação global. Existem outros propósitos com esta renovação, como, a visualização pública da identidade da ACE, actualização gráfica completa, design mais actual e atrativo, nova estrutura editorial e sem dúvida, uma redução dos custos de produção da revista, aspecto muito importante na conjuntura económica actual, permitindo canalizar esse proveito para os apoios à formação. A periodicidade da publicação eletrónica vai manter-se quadrimestral. Além da publicação dos artigos a revista proporciona ao leitor quatro rubricas fixas que vão abordar, esperamos, temas de interesse para os profissionais. Deixo aqui o repto, enviem a vossa opinião. Podem fazê-lo, através do site, no espaço de comunicação – eventos – *post-it*. Queremos sempre progredir.

Aproveito esta entrevista para agradecer aos Enfermeiros que fizeram ou fazem parte do Conselho Científico e Redatorial, pelo seu trabalho árduo, empenho e motivação. Tem sempre uma atitude construtiva e proactiva com os colegas. Também para eles não é fácil conjugar deveres pessoais e profissionais com mais esta responsabilidade.

Para a metamorfose da revista, que é evidente, e para a sua concretização, foi muito importante o trabalho desenvolvido pelos elementos da empresa Cognição, marketing e publicidade, nossa parceira institucional. Parabéns a todos.

Penso que vai ser mais um triunfo porém é importante, como já sublinhei, o contributo de todos e uma submissão mais regular de artigos científicos para serem publicados. Chamo a atenção para as alterações às normas de publicação e ao processo de revisão dos artigos que os colegas podem consultar no site.

Em sumula, é importante que a revista continue a proporcionar a todos os enfermeiros um meio eficaz de comunicação, partilha de experiências e divulgação de iniciativas com interesse profissional, social e cultural.

Revista ACE: Com o incremento da especialização em enfermagem verifica-se uma maior produção científica?

FILOMENA LEAL: Interessante a vossa questão. Para ser sincera, penso que não é assim tão linear maior incremento versus maior produção. Existem evidências dessa produção científica, contudo, muitas vezes interligadas aos trabalhos realizados no percurso académico.



Na minha opinião a nível de contexto de trabalho é importante continuar a estimular e a dar apoio a novos projectos de investigação de modo a obtermos indicadores que evidenciem a prática. Realço o papel fundamental das chefias. Nalgumas jornadas organizadas pelos sócios, com colaboração da ACE, fomos apresentados com comunicações reveladoras de dados que imergiram de um trabalho de campo e que permitiram uma discussão muito útil entre os presentes. Sinto pena que os trabalhos não sejam publicados porque não houve investimento na redacção em formato de artigo. Para todos o tempo é escasso, mas, é muito importante não negligenciarmos a divulgação e o estímulo para sugestões de novas investigações.

O regulamento das competências do Enf. Especialista é bem claro quanto aos domínios das competências comuns onde estão incluídas a melhoria contínua da qualidade e a gestão dos cuidados. Ao ter tido oportunidade de ser Especialista de Reabilitação e no exercício da minha actividade diária afirmo que detemos responsabilidades acrescidas na avaliação da qualidade dos cuidados e na forma como estes são geridos.

Saliento a importância do papel formativo no seio da equipa de saúde com o utente e a família. Somos detentores de conhecimentos e competências específicas que podem otimizar a resposta da equipa de saúde. É estruturante sustentar a prática clínica, em cada área de especialidade, através da investigação e do conhecimento.

Este é o desafio do momento e do futuro.

Revista ACE: A ACE poderá ter um papel relevante na promoção da investigação em Enfermagem?

FILOMENA LEAL: Claro que sim. A divulgação electrónica dos artigos aumenta, sem dúvida, o leque de leitores. “Da discussão nasce a luz” e dessa partilha podem surgir diferentes questões de investigação e novas projecções de estudo.

A ACE tem como objectivo aumentar o número de protocolos de parceria com diferentes instituições nas quais estão incluídas as escolas superiores de enfermagem de modo a ter benefícios para os sócios, como por exemplo, desconto em determinadas actividades formativas.

Gostaríamos de estabelecer, a curto prazo, uma estratégia de maior proximidade e parceria com o Centro de Investigação do C.H.L.C., EPE e com as Escolas Superiores de Enfermagem. O desafio é, apoiar o desenvolvimento de projectos de investigação propostos pelos sócios, incidindo na investigação em contexto de trabalho. Em mente, promover um concurso anual para um Prémio de Investigação.

Saliento o nosso programa de formação/investigação ao qual os sócios se podem candidatar e tem como objectivo estimular a criatividade e qualidade na actividade da formação contínua e ou investigação em enfermagem.

Convido-vos a navegar no site e a lerem as cláusulas e regulamento deste apoio, assim como do protocolo de cooperação.

Revista ACE: Quais os objectivos futuros da ACE?

FILOMENA LEAL: O primeiro objectivo é “Crescer Mais”. Desde 2001 que a curva tem sido ascendente, com oscilações, por motivos de saída de colegas para outras instituições, reformados ou desistências, em número insignificante, por motivos vários. A angariação de novos sócios depende muito da divulgação realizada pelas unidades funcionais. Desejamos a breve trecho fazer a apresentação no Hospital Curry Cabral e na Maternidade Alfredo da Costa. O aumento do número de sócios potencializa o solidificar dos nossos projectos formativos e cada vez mais é importante, na conjuntura actual, demonstrar que somos capazes através da Formação e da partilha interpares dignificar a profissão e a promoção da identidade profissional.

O crescimento do número de sócios permite também propor em Assembleia Geral o aumento do plafond para o apoio/investigação, como tem ocorrido nos anos transactos.

Como já referi nos pontos anteriores vamos dar continuidade à formalização de protocolos de parceria no âmbito da formação e outros que permitam vantagens aos sócios relacionadas com a sua vida e bem estar pessoal. Encetámos neste mês nova ronda de negociações, com empresas de diferentes áreas, que esperamos que sejam bem sucedidas.

Estas parcerias, a consolidação do website, os novos sócios, são pontos chave para ajudar a ACE a ter uma sustentabilidade financeira para dar continuidade a todos os apoios formativos e à organização de eventos científicos.

As dificuldades podem ser para todos nós, a nível temporal, logístico, financeiro, pessoal, profissional, no entanto, é imprescindível ter ousadia para avançar, lutar pelos nossos ideais. A formação e o desenvolvimento profissional são pilares para a construção de um conjunto de competências fulcrais para um melhor Cuidar.

Acredito que o ano 2013 vai ser um ano de novos sucessos para a ACE.

Conto com o esforço global de todos.

A todos os colegas, obrigado pelo companheirismo, dedicação, empenho, vontade e amizade. ■



Cuidados de enfermagem do recém-nascido ao jovem – que desafios para a enfermagem pediátrica?

Ana Inês Costa, Elsa Vaz, Fátima Ribeiro, Marina Alfaiate (Comissão Organizadora)

O **Encontro de Enfermagem em Cardiologia Pediátrica** do Hospital de Santa Marta, CHLC, EPE decorreu nos dias 4 e 5 de Maio de 2012, no Auditório da Glaxo-SmithKline, tendo sido organizado pelos enfermeiros do Serviço da Cardiologia Pediátrica em parceria com a Associação Científica dos Enfermeiros. Este surgiu da necessidade de dar resposta aos inúmeros desafios que a atualidade em enfermagem pediátrica nos suscita devido aos cuidados cada vez mais específicos, ao elevado desenvolvimento tecnológico, bem como à exigência da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

O Serviço de Cardiologia Pediátrica, do Hospital Santa Marta, apresenta um conjunto de experiências de cuidar da criança/jovem e família com cardiopatia que mereciam ser divulgadas e partilhadas com a comunidade de enfermagem, reconhecendo o investimento dos seus enfermeiros em formação pós-graduada e investigação. Recorrendo a este investimento profissional dos enfermeiros, o Serviço Cardiologia Pediátrica pretende prestar continuamente cuidados de enfermagem à criança, jovem e família com vista a uma melhor qualidade e eficiência.

Assim, este encontro apresentou como objetivos refletir sobre a prática de enfermagem em Cardiologia Pediátrica, baseada em projetos desenvolvidos, bem como aprender e partilhar experiências significativas entre

profissionais de enfermagem dispostos a atualizarem-se constantemente. Por conseguinte, definiu-se o seguinte subtítulo **“Cuidados de enfermagem do recém-nascido ao jovem – que desafios para a enfermagem pediátrica?”** que demonstrou a diversidade que os cuidados de enfermagem pediátricos assumem no dia-a-dia.

Os temas orientadores do programa do Encontro de Enfermagem estão diretamente relacionados com os vários painéis apresentados. O I Painel dirigido ao **“Recém-nascido com cardiopatia congénita: cuidar após o nascimento”** destacou a vivência e sentimentos dos pais face ao nascimento da criança com cardiopatia, a articulação de cuidados de enfermagem entre os vários serviços, pelo qual o recém-nascido e família passam, dos quais Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Enfermaria e a aquisição de competências por parte dos pais para cuidarem do seu filho em casa. Daqui sobressai o importante papel do enfermeiro ao longo de todo este processo, que culmina na preparação para a alta e capacitação dos pais.

A **“Informação à criança/jovem e família durante a hospitalização: papel do enfermeiro”** foi o tema do II Painel, onde se concluiu a pertinência da preparação da criança e família para os procedimentos, tais como o cateterismo cardíaco e a cirurgia. Salienta-se que esta preparação deve ocorrer antes da hospitalização e uti-

lizar instrumentos adequados à idade, capacidade de compreensão e estágio de desenvolvimento da criança, bem como ter em conta as suas experiências anteriores.



O III Painel dirigido à **“Criança com doença cardíaca: cuidados no presente para reflexos no futuro”** ressalva os cuidados de enfermagem prestados à criança e família como fundamentais para lhes proporcionar uma experiência enriquecedora, com possíveis benefícios no futuro, lembrando a consulta de enfermagem à criança e família submetida a transplante cardíaco, a prevenção de úlceras de pressão, o alívio da dor e prevenção de quedas pediátricas em contexto hospitalar. Por um lado este painel focou a continuidade de cuidados de enfermagem e, por outro, alguns indicadores de qualidade dos cuidados prestados.

“ O ponto alto do encontro foi o Workshop intitulado “Suporte Básico de Vida Pediátrico” ministrado pelos formadores do INEM...”

A Multiculturalidade é uma exigência atual tendo sido o tema do IV Painel, que permitiu a reflexão das diferentes práticas de cuidados à criança e família provenientes de outras culturas, quer em meio hospitalar quer na comunidade. Face a uma sociedade cada vez mais diversa, o enfermeiro deve estar preparado para a prestação de cuidados culturalmente competentes, tendo em conta as crenças, práticas e hábitos culturais das crianças e famílias.

O último painel evidenciou as vivências do jovem com cardiopatia e as dificuldades que enfrenta na sua vida diária, como o impedimento da atividade física/desporto, a medicação ao longo da vida, a relação com os pares e a superproteção dos pais.

O ponto alto do encontro foi o Workshop intitulado **“Suporte Básico de Vida Pediátrico”** ministrado pelos formadores do INEM, visto que os participantes aderiram fortemente, a componente prática foi elevada e, ao mesmo tempo, foi proporcionado uma atualização de conhecimentos nesta área. A conferência sobre prevenção da bronquiolite da criança lembrou o papel do enfermeiro, como promotor de saúde, na educação dos

Encontro de enfermagem em Cardiologia Pediátrica
HSMARTA - CHLC, EPE

4 e 5 de Maio 2012
Auditório do GlaxoSmithKline - Ilmaçãobras

Cuidados de enfermagem do recém-nascido ao jovem e família
Que desafios para a enfermagem pediátrica?

- > Cuidar do recém-nascido com cardiopatia congénita e família: *singularidades*
- > Jovem com cardiopatia congénita: *enfrentando múltiplos desafios*
- > Informação à criança/jovem e família durante a hospitalização: *papel do enfermeiro*
- > Cuidar na multiculturalidade: *uma problemática emergente*

Inscrição 15 €
Alunos de Enfermagem INSCRIÇÕES ESGOTADAS

Inscrição Gratuita para Associados ACE
Inscrição, programa detalhado e outras informações em: www.acenfermeiros.pt
Data limite de submissão de trabalhos: 23.Abril.2012

Comissão Organizadora:
Ana Inês Costa
Eva Vaz
Fátima Ribeiro
Marta Afonso

Comissão Científica:
Ana Filipa Luz
Marta Clara Vital
Marta do Espírito Santo
Mário Alberto Duque
Olivia Cecília Santos
Teresa Pedro Bravo

Secretariado:
Cognição
TALOR MADE EVENTS
Tel. 210 996 975
cardiologiapediatrica@cognicao.pt



pais sobre os cuidados na prevenção e na atuação em caso de infeção.

Ao longo dos trabalhos verificou-se uma elevada adesão dos participantes, que foram colaborando no debate dos temas de cada painel. Agradece-se a todos os participantes, especialmente aos que contribuíram com pósteres e comunicações livres tendo em vista o enriquecimento do encontro e a partilha de experiências, assim como aos palestrantes pela disponibilidade e conteúdo científico apresentado. Deste modo conclui-se que os objetivos inicialmente definidos foram atingidos. Acreditamos que este tipo de iniciativas é importante para divulgar projetos e práticas de enfermagem que permitem a melhoria efetiva dos cuidados de enfermagem em pediatria. Os encontros que visam a partilha de experiências devem focar aspetos da prática real, como as dificuldades e desafios encontrados pelos enfermeiros de modo a apresentarem sugestões de resolução ou a proporcionarem debate para que surjam essas ideias. Deste modo e tendo em conta o que foi referido anteriormente, avaliamos este Encontro como uma experiência muito positiva para os enfermeiros.



Dia Mundial do Enfermeiro

O Enfermeiro na mudança das práticas... um Caminho na Qualidade

No âmbito da comemoração do “Dia Mundial do Enfermeiro” a ACE promoveu um evento comemorativo. Foi um tempo de reflexão, mas também de convívio saudável, onde não faltou a música feita por um enfermeiro. O Evento teve por base o desafio que a Ordem dos Enfermeiros lançou para este dia: *“Combater a desigualdade: da evidência à ação”*. Este evento permitiu aos enfermeiros do CHLC, refletir sobre este desafio e as suas quatro principais linhas orientadoras: *“Compreender a prática, baseada na evidência; Fontes da evidência; Defendendo a causa; Da evidência à ação”*. Por sugestão da Presidente da ACE, Sr.ª Enf.ª Filomena Leal, a abordagem reflexiva foi aplicada à prevenção e controlo da infeção, pois continua sendo uma área prioritária no âmbito da segurança dos utentes e na qualidade dos cuidados prestados. Começo por fazer uma breve abordagem das linhas orientadoras, na tentativa de as aplicar à nossa prática:

- Compreender a prática, baseada na evidência: implica que reconheçamos a importância de fundamentar os cuidados, de não agirmos por rotina, procurar atualizar os conhecimentos para melhor direcionar os cuidados aos utentes e investir e fomentar a investigação em Enfermagem.

- Fontes da evidência: é necessário procurar as fontes de informação relevantes, fiáveis e atuais. Hoje é possível obter um manancial de informação e de estudos, mas é preciso termos espírito crítico para analisar o que lemos e retermos apenas o que vale a pena e é fiável.

Por outro lado, devemos questionar-nos sobre qual o peso da evidência baseada na investigação, e, da evidência decorrente da experiência prática. As duas vertentes não se podem dissociar, estão perfeitamente articuladas e têm grande importância no repensar das nossas práticas. Temos de assumir que há dois níveis de evidência: aquela que nos chega através dos estudos de investigação, mas também, a que vamos adquirindo com a experiência profissional, à qual fomos associando a pesquisa e a investigação/ação.

- Defendendo a causa: a Coordenadora da ACE solicitou a adaptação do tema à prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). O doente é quem precisa de cuidados de saúde e é a nossa causa, à qual todos os profissionais de saúde têm obrigação moral e ética de aderir e de defender, salvaguardando a igualdade de acesso dos utentes a cuidados de saúde seguros.



- **Da evidência à ação:** Usar os resultados da investigação na melhoria das práticas. Aplicar os resultados obtidos nos estudos e trabalhos de investigação na prestação de cuidados. Só assim se justifica fazer estudos de vigilância epidemiológica e continuar a investigar.

Assumidamente, o enfermeiro tem vindo a ser o grande motor da mudança das práticas em saúde. O desafio da qualidade e segurança do doente e os processos de acreditação/certificação vieram impor um maior envolvimento dos profissionais de saúde e uma maior motivação para a melhoria, sobretudo pelos enfermeiros, que assumiram desde logo terem um papel importante neste processo.

Os Enfermeiros têm também vindo a demonstrar a vontade de evoluir no conhecimento e na investigação. É interessante verificar que houve uma grande evolução nos Currícula sobre a temática da prevenção e controlo da infeção, quer ao nível da Licenciatura em Enfermagem, quer das Especialidades, Pós-graduações e Mestrados. E é também interessante verificar que os Enfermeiros foram um dos grupos profissionais da saúde com maior procura de formação nesta área. A par desta adesão houve um grande incremento na investigação. A questão que se coloca é a seguinte: será que tanta formação e investigação tem contribuído para novas competências dos enfermeiros, para um melhor desempenho profissional e para a melhoria dos cuidados de Enfermagem?

Acreditamos que as metodologias de ensino em contexto académico também evoluíram, havendo uma grande preocupação de que os alunos desenvolvam trabalhos de investigação adaptados à sua ação na prática clínica - investigação/ação.

Os pressupostos em que assenta a investigação em Enfermagem são:

- Alcançar a qualidade, entre outros aspetos é aprender a ser responsável pelo outro. O profissional deve saber lidar com pessoas, entender os limites das suas responsabilidades e utilizar o raciocínio clínico para as tomadas

de decisão. O Saber desenvolve a comunicação e a inteligência intrapessoal e interpessoal. O enfermeiro é visto como ponto de referência nos cuidados de saúde - é alguém que pensa a técnica, sem se limitar ao conhecimento operacional.

É importante que os Enfermeiros continuem a refletir sobre estas questões:

- Qual o conhecimento que precisamos produzir na nossa realidade? Que recursos necessitamos para produzir um conhecimento relevante? Como divulgar esse conhecimento, de modo a dar-lhe visibilidade? Como pôr este conhecimento em prática, para que seja útil, isto é, para que reverta a favor da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

A Estratégia de Saúde da União Europeia para 2008-2013 identifica a segurança do doente como uma das áreas de ação prioritárias para os Estados Membros, implicando o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas unidades de saúde; a implementação de sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos para aprendizagem, entre os quais estão as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e a intervenção e envolvimento dos doentes/cidadãos no processo de melhoria da Segurança em saúde.

Neste âmbito, a organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o **1.º Desafio** mundial em prol da segurança dos doentes - *Clean Care is Safer Care* - tendo Portugal aderido à Campanha Nacional de Higiene das Mãos entre 2008-2009 com os Hospitais, e mais tarde, com os Agrupamentos de Centros de Saúde e as Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

O **2.º Desafio da OMS** - *“Safe Surgery, saves lives”* - Cirurgias Seguras Salvam Vidas, é um projecto que pretende aumentar a segurança do doente durante o ato cirúrgico. A sua implementação em Portugal, decorreu entre 2010-2011 e tem sido dada continuidade como um projeto, com grande adesão dos profissionais dos Blocos Operatórios e Serviços Cirúrgicos em Portugal.

O **3.º Desafio da OMS é o Controlo das Resistências aos antimicrobianos:** A Direcção-Geral da Saúde (DGS) desenvolveu o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos em Novembro de 2009, sendo este operacionalizado em 2010. Está ainda em fase inicial, mas já a produzir orientações clínicas importantes sobre esta temática. Os Enfermeiros não prescrevem mas podem colaborar, estando atentos, por exemplo, ao tempo de duração do tratamento dos doentes com antibiótico, entre outras questões importantes. O envolvimento dos Enfermeiros tem sido fundamental no sucesso destes projetos ao nível das Unidades de Saúde, a nível nacional e a nível europeu.

A DGS, no “Manual de Operacionalização do PNCI” definiu níveis de responsabilidade pelas decisões na gestão do plano operacional de prevenção e controlo da infeção (POPCI) de acordo com as normas nacionais e europeias atuais. Podemos afirmar que os Enfermeiros têm tido um papel ativo e preponderante na implementação do POPCI nas Unidades de Saúde, nas Unidades Funcionais e na Gestão dos Cuidados. Estes níveis de responsabilidade abrangem os Enfermeiros Diretores/

/Assessores/Supervisores, Enfermeiros Coordenadores, Enfermeiros Chefes, Enfermeiros das Comissões de Controlo de Infecção (CCI), Enfermeiros de Ligação entre as Unidades Funcionais e as CCI, a todos os Enfermeiros que prestam cuidados diretos aos doentes. E é este papel que eu gostaria de ressaltar, pois é mais do que evidente que, os profissionais que prestam cuidados diretos aos utentes, são os que efetivamente previnem e controlam as infeções. Assim, a todos os Enfermeiros que prestam cuidados de saúde compete no domínio da prevenção da infeção:

Cumprir as normas e orientações emanadas pela CCI, aplicando-as na sua prática clínica, de forma a prevenir e/ou reduzir as IACS; Demonstrar interesse e participar



“ O Evento teve por base o desafio que a Ordem dos Enfermeiros lançou para este dia: *“Combater a desigualdade: da evidência à ação”* ”

na formação e informação nesta área; Envolver-se na discussão das recomendações de boa prática, emanadas pela CCI, de modo a colocar em prática os padrões de qualidade; Conhecer e avaliar os riscos para os doentes e para si próprios, de modo a evitar a transmissão cruzada da infeção; Conhecer as Precauções Básicas e as Precauções complementares de prevenção e controlo das IACS, e aplicar as mesmas na prestação de cuidados; Colaborar nas atividades propostas pela CCI e pela DGS, nesta área; Integrar o CI na sua prática, de modo a garantir a segurança dos doentes. Da sua intervenção, depende a real prevenção das IACS e a segurança do doente.

Mas como estamos a refletir sobre como podemos dirigir a investigação para a melhoria da nossa prática, lanço alguns desafios com implicações nas várias áreas da nossa intervenção, e, que podem ser fundamentais para a prevenção da infeção:

1.º Desafio – A avaliação do nível de risco do doente para a infeção: Tem por objetivo, avaliar de forma sistematizada o risco do doente em adquirir uma IACS no decurso do seu internamento (proteger o hospedeiro susceptível), e/ou o doente poder constituir-se “fonte ou reservatório” de transmissão cruzada da infeção para outros doentes ou para os profissionais (contenção na fonte) e implementar medidas dirigidas para estes dois níveis de risco. É por excelência, um instrumento de planeamento dos cuidados individualizados, e que implica implementação de medidas direcionadas para o risco individual dos utentes. Esta avaliação deve ser feita de forma sistematizada a todos os doentes admitidos, desde que entram na Unidade de Saúde, até que saem da mesma: por altura da admissão (até às 24 horas), às

72 horas, e depois semanalmente, ou sempre que surjam alterações no quadro clínico do doente que impliquem novos riscos, quer para o doente, quer para os restantes doentes, profissionais e outros que acorrem às unidades de saúde. Aqui convém realçar a importância da comunicação intra e interinstitucional para a continuidade dos cuidados aos doentes após a alta.

2.º Desafio – Implementação de Bundles de Cuidados: Constitui-se como um grande Desafio atual para os Enfermeiros, integrados na Equipa Pluriprofissional. A *Bundle de cuidados* define-se como conjuntos de boas práticas ou “pacotes de medidas de evidência comprovada”, referentes à prevenção de determinada infeção e/ou patologia. Estas medidas aplicadas individualmente resultam na melhoria dos cuidados, mas quando implementadas em conjunto, resultam em melhorias ainda mais substanciais. As evidências científicas que corroboram cada elemento da *Bundle* (critério), estão já suficientemente elencadas e definidas e são consideradas padrões de qualidade. O sucesso destas intervenções deve-se à combinação e regularidade da aplicação do critérios da *Bundle* e/ou de cada critério per si. É uma forma estruturada e sistematizada de melhorar os processos e os resultados nos cuidados aos doentes. Este desafio permite também aliar a Investigação à Ação. O conceito de “*bundle*” surgiu para ajudar os profissionais de saúde a realizar os melhores cuidados possíveis, e da maneira mais adequada, aos doentes submetidos a procedimentos ou tratamentos invasivos, com riscos específicos para o surgimento da infeção. Dando um exemplo prático: a *Bundle* de prevenção da infeção da corrente sanguínea (INCS) associada ao cateter vascular central (CVC). Antes de

aplicar a bundle há que conhecer previamente a taxa de INCS associadas ao CVC nas unidades a envolver, e, avaliar as práticas de prevenção das INCS por CVC na Unidade de Saúde, comparando-as com os padrões de qualidade atuais. Richmond¹ refere a este propósito: *“Aderir à Bundle é um objetivo da qualidade, uma meta, uma atitude, uma cultura e uma adesão permanente às boas práticas. Não se pode continuar a aceitar a infeção e ficar na nossa zona de conforto. É preciso definir metas para reduzir drasticamente e manter baixa as taxas de IACS; Promover a investigação das causas que podem contribuir para a infeção e envolver todos os Enfermeiros na prevenção das IACS, promovendo a sua adesão maciça às boas práticas”*. Algumas Unidades definem a meta de atingir Zero IACS e quando o conseguem, deixam por vezes de investir na sua continuidade. A sua aplicação deve ser integrada no plano anual de ação das CCI. O projeto tem de ter sustentabilidade.

3.º Desafio - Adesão e persistência à prática da Higiene das Mãos e do uso adequado de barreiras protetoras:

O Objetivo nacional da campanha de higiene das mãos definido pela DGS, foi o de atingir uma de taxa de adesão a esta prática não inferior a 75%. A OMS definiu como meta, os Países aderentes atingirem em 2013 uma taxa de adesão de 90%. A nível nacional verificou-se um aumento da adesão dos profissionais a esta prática (de 46% em 2010 para 65% em 2011). Quando se analisa a taxa de adesão por grupos profissionais, verifica-se que os Enfermeiros são o grupo profissional que registou uma taxa de adesão mais elevada na 1.ª avaliação e aumentou a taxa de adesão na avaliação de seguimento.

De entre os momentos que a OMS preconiza para a higiene das mãos e que mais protegem o doente são os que menos se **cumprem**: *“antes do contacto com o doente”* e *“antes de procedimentos limpos ou assép-*

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”. Cora Coralina



“antes do contacto com o ambiente envolvente do doente”. A adesão à higiene das mãos nos 5 momentos é fundamental para evitar a transmissão cruzada de microrganismos potencialmente causadores de infeção cruzada.

4.º Desafio – Vigilância epidemiológica de processos: aplicação da metodologia de auditoria interna. A sua aplicação sistematizada, contribui para a autoavaliação dos profissionais e avaliação pelos pares, como forma privilegiada de identificação das inconformidades

nos procedimentos e na implementação de medidas que melhorem a qualidade e segurança dos cuidados, sempre considerando a proteção dos nossos utentes e a nossa própria proteção.

Parece-me fundamental que os Enfermeiros mantenham a motivação para a formação académica e/ou em serviço/institucional, para a investigação e para a monitorização das suas práticas a fim de as melhorar continuamente e de prestar cuidados de saúde seguros. A formação e a investigação aumentam as competências dos Enfermeiros aos vários domínios. Mas não podemos perder de vista este princípio: a investigação é muito interessante, mas só tem pertinência se os resultados obtidos forem aplicados na melhoria dos processos, e, concretamente, na redução drástica das IACS.

Os processos de acreditação que vieram incrementar a cultura de qualidade e segurança nas organizações, devem manter-se como projetos de continuidade.

É preciso que os Enfermeiros criem uma cultura de partilha e divulgação do conhecimento de forma abrangente mas também cada vez mais, multidisciplinar, e o apliquem sistematicamente na melhoria do seu desempenho. Do ponto de vista ético e deontológico, temos de reconhecer a nossa responsabilidade de sermos também “modelos” para os nossos pares, sobretudo os mais jovens e para outros grupos profissionais, dentro da nossa área de intervenção.

Por me parecer adequado ao tema, cito Cora Coralina: *“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”*.

¹ Richmond, A. M. RN: “The Road to Zero: Central Line Associated – BSIs (CLABSIs): How Performance Improvement Methods can serve as your road map”. 2011



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.**