
APÊNDICES

APÊNDICES

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 01 - ARTIGO CIENTÍFICO	III
APÊNDICE 02 - Cronograma do Relatório	XXI
APÊNDICE 03 - Análise Questionário aplicado	XXIII
APÊNDICE 04 - Análise Questionário Quinn <i>et al</i>	XXVII
APÊNDICE 05 - Cronograma do PIS	XXIX
APÊNDICE 06 - Questionário aplicado a equipa	XXXI
APÊNDICE 07 - NOC	XXXV
APÊNDICE 08 - Algoritmo de actuação	XLI
APÊNDICE 09 - Folheto	XLV
APÊNDICE 10 - Reunião Formativa 1	XLIX
APÊNDICE 11 - Síntese das aprendizagens em articulação com as competências do especialista	

APÊNDICE 1

ARTIGO CIÊNTIFICO: PLANEAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM OS DOENTES RENAI
CRÓNICOS EM HEMODIÁLISE / FAMÍLIA – UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO¹ COMO CONTRIBUTO
À ADESAO AO REGIME TERAPÊUTICO & RESGATE DA QUALIDADE DE VIDA

¹ Projecto realizado no Serviço de Nefrologia / Unidade de Hemodiálise de um Centro Hospitalar da Região Sul no âmbito do 1º Curso Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica & 2º Curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal / Instituto Politécnico de Setúbal, entre 12 de Janeiro e 22 de Maio de 2011.

PLANEAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM OS DOENTES RENAI CRÓNICOS EM HEMODIÁLISE
/ FAMÍLIA – UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO² COMO CONTRIBUTO À ADESÃO AO REGIME
TERAPÊUTICO & RESGATE DA QUALIDADE DE VIDA

Lina Borges Araújo³

RESUMO: Acção que visa a adesão dos enfermeiros à integralidade e planificação dos cuidados a pessoas/família em hemodiálise. Fundamenta-se no conceito que no confronto com a doença se vivenciam problemas / necessidades de saúde complexos pelas variadíssimas dimensões e interacções a considerar. No seu cerne está o resgate da qualidade de vida. A aceitação, adaptabilidade e adesão ao regime terapêutico são focos fulcrais neste processo e, pela complexidade, domínio do especialista. Com este projecto obtivemos a adesão de 78% dos profissionais desta unidade e cuidados de enfermagem consonantes com os padrões de qualidade preconizados pela ordem portuguesa.

Palavras-chave: Plano de cuidados, Hemodiálise, Adesão regime terapêutico

Abstract: Action that aims at nurses' adherence to the integrality and planning of caretaking. It is based on the concept that in confronting the disease you experience problems / complex health problems due to the varied dimensions and interactions to consider. At its core is the recovery of quality of life. Acceptance, adaptability and adherence to the therapeutic regimen are key foci in this process and, due to the complexity, the domain of the specialist. With this project we achieved an adherence of 78% of the professionals in this unit and nursing care in line with the quality standards demanded by the Portuguese order.

Keywords: Plan of Care, Hemodialysis, Adhesion to the therapeutic regimen

² Projecto realizado no Serviço de Nefrologia / Unidade de Hemodiálise de um Centro Hospitalar da Região Sul no âmbito do 1º Curso Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica & 2º Curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal / Instituto Politécnico de Setúbal, entre 12 de Janeiro e 22 de Maio de 2011.

³ Enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Discente do 2º curso de mestrado enfermagem médico-cirúrgica da ESS-Setúbal. Contacto: lpborges.araujo@sapo.pt

CONCEPÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO

Nas últimas décadas temos observado o envelhecimento da população associado à franca diminuição da taxa de mortalidade. Este fenómeno originou uma transformação no que respeita à Saúde das populações e o aumento das doenças crónicas é a sua mais clara manifestação. Isto trouxe novas necessidades sociais e individuais mas também novos desafios para a comunidade científica. Procura-se associar aos *anos de vida a qualidade de vida* e reduzir o impacto económico das doenças crónicas. Uma destas doenças é a doença renal crónica, muitas vezes secundária a outras doenças crónicas como a diabetes, lúpus ou hipertensão arterial. O aumento do número de doentes renais crónicos determinou a evolução rápida das terapias de substituição da função renal, permitindo uma boa resposta à necessidade de preservar a vida. No entanto o doente renal crónico continua sujeito a um infindável número de condicionalismos impostos pela sua patologia e também pela terapia de substituição da função renal a que está sujeito. Estes aumentam a dificuldade de adaptação do doente / família à sua nova situação de saúde, afectam negativamente a qualidade das suas

vidas e o sofrimento instala-se. A aceitação da doença, a adaptação à nova situação de saúde e a adesão ao regime terapêutico, para a pessoa / família em hemodiálise, interligam-se e interagem enquanto caminhos a percorrer no resgate da qualidade de vida. Deverão, por isso, tornar-se focos da intervenção dos enfermeiros.

De acordo com os ⁴Padrões de Qualidade do exercício, este deve procurar a satisfação do cliente, a promoção da saúde, otimizar o trabalho adaptativo, prevenir complicações, promover o bem-estar, o autocuidado e a readaptação funcional, privilegiando o ensino e a instrução. No caso das pessoas com doença crónica estes objectivos incidem nos focos⁵ *Aceitação, Adaptação e Adesão*, justificando a sua inclusão no quotidiano dos enfermeiros.

Adesão de acordo com a CIPE⁶ define-se como uma *“Volição com as características específicas: acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções e de*

⁴ ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002.

⁵ **CIPE** (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) Versão 1.0: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.

⁶ **CIPE**, op. cit.

comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) ”.

Maria Machado⁷ entendendo que a não adesão tem um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas e na economia mundial pelo aumento da despesa de saúde que dela advém, defende a necessidade da intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros a que atribui “*monitorizar a adesão, diagnosticar a não adesão, planear e implementar intervenções que efectivamente ajudem as pessoas a integrar o regime terapêutico nos seus*

hábitos diários, dotando-as de conhecimentos e capacidades que lhes permitam realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde”.

Podemos assim compreender a inevitabilidade da intervenção dos profissionais de saúde, de forma sistémica, o que o nosso projecto substância através da planificação dos cuidados.

E na matriz de individualização das especialidades⁸ encontramos que o campo de actuação do especialista limita-se na complexa interdependência pessoa / ambiente, estabelecendo-lhe assim uma abordagem sistémica dos problemas de saúde complexos.

Interceptando estas duas concepções, define-se um campo de actuação do enfermeiro especialista junto da pessoa / família em programa de Hemodiálise.

Machado, no seu estudo⁹, salvaguarda a intervenção do enfermeiro especialista através da “*planificação de cuidados baseada num modelo de médio alcance: “Nola Pender” que pressupõe, basicamente, um conhecimento da*

⁷MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>

⁸ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno temático, Modelo de desenvolvimento profissional**. [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Julho de 2010 às 22h30'] - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>

⁹ MACHADO, op. cit.

peessoa centrado no seu passado de adesão e as suas características específicas, da sua família, cultura... e das circunstâncias presentes, externas ao individuo como influências familiares, culturais... Limitações à adesão como grau de dependência, capacidade de adaptação familiar... e internas ao individuo, que significado tem para aquela pessoa a sua doença e tratamento. Então podemos definir, em parceria, objectivos e estratégias para que progressivamente caminhem para um comportamento de saúde desejável”.

Conhecer e compreender os factores que podem afectar o doente renal crónico / família na generalidade e, principalmente, as percepções individuais, subjectivas de cada indivíduo - as suas necessidades de saúde¹⁰, permitirá ao enfermeiro intervir na planificação dos cuidados com rigor. Ainda que a doença renal e o tratamento dialítico sejam na sua essência os mesmos, afectarão a qualidade de vida de cada pessoa / família de forma única

¹¹*“As necessidades de saúde dos indivíduos não devem ser homogeneizadas, pois eles apresentam*

particularidades no processo de conviver com um acometimento crónico”.

Este género de abordagem favorece a apreensão da globalidade da realidade complexa através da clarificação de múltiplas interacções, sem que se perca o significado do todo e a finalidade da própria intervenção.

Justifica-se então a execução dum plano de cuidados ou seja, a formulação antecipada de intervenções, estabelecidas conjuntamente pelos intervenientes, face aos problemas / necessidades percebidos. Este processo necessitará duma expressão escrita pois esta acautelará a continuidade dos cuidados planeados, evidenciará a sua eficácia, a necessidade de reformulação, obterá indicadores da qualidade dos cuidados e do próprio desempenho profissional.

A opção pelo modelo de Nola Pender evidencia a preocupação com a Pessoa no seu todo, o seu passado, ambiente, presente, as suas expectativas. Conhecer o significado atribuído pelo doente / família à sua doença, ao seu tratamento, aos condicionantes impostos na sua vida torna-se um importante instrumento para o enfermeiro definir estratégias de ajuda e ajudar a definir estratégias de

¹⁰ FUJII, Cinthia D. Caetano – **Desafios da integralidade do cuidado em hemodialise: A óptica da equipa de saúde e dos usuários.** [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a orientação da Professora Doutora Dora Lúcia Leidens Côrrea de Oliveira. Porto Alegre. 2009. [Consult. 20 Março 2012]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/18664>

¹¹ FUJII, op. cit.

resolução de problemas, optando pela integralidade nos cuidados.

De acordo com Barbier¹², definimos o nosso projecto como uma acção de desenvolvimento que visa melhorar as competências e eficácia de um grupo de profissionais de enfermagem, no atendimento às pessoas com Doença Renal Crónica (DRC) em programa regular de Hemodiálise e famílias, objectivando a segurança e qualidade dos cuidados, através da aposta numa nova visão para os cuidados: A globalidade / Integralidade.

E esta visão firma-se no entendimento do mundo e da enfermagem explicitado por Jean Watson¹³. O *Cuidar* é caracterizado como uma relação interpessoal, de ajuda, que permite ao ser humano satisfazer as suas necessidades fundamentais, promovendo o seu máximo potencial. Tem implícitas dimensões de espiritualidade e cultura, englobando aspectos científicos, humanísticos, instrumentais e expressivos, indissociáveis entre si. Centra-se no outro como pessoa e no respeito pelo seu valor e carácter único.

Para Watson¹⁴ a Enfermagem foca-se no Homem como um todo, ser humano-psicológico, biológico e espiritual. Posiciona-se, por isto, no Paradigma da Transformação, onde os fenómenos são considerados como únicos, mas em interacção com tudo o que os rodeia. Existe a necessidade de proteger e promover a saúde de todos. A saúde é um valor. Dignifica-se a pessoa e o seu bem-estar, tal como ela o define. Cuidar significa “Ser Com” e os cuidados prevêm-se individualizados¹⁵.

Uma base sólida de conhecimentos em ciências humanas é essencial para o processo de cuidados holísticos, assim como para o crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Começa quando o enfermeiro consegue detectar, sentir e responder à condição da pessoa, para que esta consiga transmitir sentimentos, percepções ou pensamentos.

Não obstante é necessário pensar no enquadramento ético-legal dos cuidados, pelo que será importante ter presente a significado dos conceitos metaparadigmaticos¹⁶ para o órgão que rege a profissão no nosso país: a Ordem dos enfermeiros (OE).

¹² BARBIER, Jean-Marie – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora, Lda., 1996. ISBN 972-0-34106-8.

¹³ WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana E Cuidar, Uma Teoria De Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9

¹⁴ WATSON, op. cit.

¹⁵ LOPES, Manuel José - **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações** [s.e.] Gráfica 2000. 972-98149-0-2

¹⁶ ORDEM DOS ENFERMEIROS, Padrões, op. cit.

Para a OE o exercício profissional da enfermagem¹⁷ centra-se na relação interpessoal que permite compreender os outros numa perspectiva ética. Ajudar o cliente a ser proactivo; envolvendo as pessoas significativas, definindo projectos de saúde para si, gerindo recursos. Os princípios Humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões são a base da boa prática, bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas.

Podemos comprovar que a enunciação feita por Watson e pela ordem dos enfermeiros portugueses revela-se consonante, o que nos permitiu suportar este projecto na concepção escolhida.

O PROJECTO

Na unidade onde realizámos o nosso estágio existe um projecto profissional, desde 2009, do qual somos co-mentora, que objectiva a realização de um plano de cuidados de enfermagem para cada doente em programa de hemodiálise, alocado a um enfermeiro de referência / responsável pela gestão dos cuidados a disponibilizar ao seu doente/família.

Na realidade os enfermeiros não aderiam a este projecto.

Considerando a evidência científica, optámos pela persistência; decidimos fazer renascer, dinamizar e ministrar sucesso ao projecto, a partir da resolução do problema encontrado: *Não adesão da equipa de enfermagem ao projecto “Plano de cuidados de enfermagem ao Doente Renal Crónico (DRC) em Hemodiálise / Família.*

Alicerça-se a necessidade deste novo projecto no Conhecimento da Enfermagem, enquanto ciência e nos domínios da Gestão organizacional que estipula atributos e critérios de qualidade que determinam a oportunidade: O serviço de nefrologia (SN) / Unidade de hemodiálise (UH) tem como missão¹⁸ assegurar cuidados de superior qualidade, que no domínio dos cuidados de enfermagem ao doente em hemodiálise associa-se exponencialmente à planificação das intervenções. Com capacidade para assegurar Hemodiálise regular a 30 pessoas¹⁹, estabeleceu o objectivo²⁰ “*Proceder ao registo sistematizado das necessidades dos utentes e intervenções em enfermagem a 50% destes utentes*”.

¹⁷ ORDEM DOS ENFERMEIROS, Padrões, op. cit.

¹⁸ Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2010 (11) e (12)

¹⁹ Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2010

²⁰ Op. cit.

Com uma adesão de 0%, verificada pela observação directa dos instrumentos implementados, esta meta manteve-se para 2011²¹, afirmando-se o problema geral deste projecto.

Associa-se que o hospital obteve o título de *Hospital Acreditado pelo CHKS*²² em 28 / 04 / 2010 e iniciou um processo de Reacreditação²³ em 2011. Este exige a efectivação de Planos de Cuidados a todos os doentes do SN, facultando uma vez mais a oportunidade a este projecto.

Valida-se assim a pertinência ao nível organizacional, no programa de qualidade e no plano de acção e ao nível do metaparadigma da Enfermagem, perspectivando os conceitos a ele associados²⁴ e as competências dos enfermeiros especialistas²⁵.

Reconhecendo o projecto como fundamental e oportuno torna-se necessário compreender as razões subjacentes ao problema.

Recorremos a um questionário para identificar a importância atribuída ao projecto profissional e as razões para a não adesão da equipa. Optámos pela

interpretação da sua cultura organizacional para perspectivar quais as estratégias que melhor se adaptam às suas características nos contextos de mudança e criatividade.

Identificámos os seguintes problemas parcelares:

Baixa motivação da equipa.

Reconhecimento insuficiente do método “Enfermeiro Responsável”.

Instrumentos de registo considerados pouco eficazes.

Equipe de Enfermagem não formada / treinada.

Inexistência de Obrigatoriedade Sectorial.

Inexistência de indicadores de qualidade do projecto.

De acordo com isto estabelecemos o objectivo geral deste projecto:

Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem na unidade de hemodialise através da Sensibilização dos enfermeiros responsáveis por cada DRC em Hemodiálise / Família para a adesão ao projecto “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise/Família na UH”.

²¹ Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2011

²² Healthcare Accreditation and Quality Unit

²³ **Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação**, 3.ª Edição, Versão 01, 2010

²⁴ ORDEM DOS ENFERMEIROS, Padrões, op. cit.

²⁵ ORDEM DOS ENFERMEIROS, Caderno, op. cit.

E os objectivos específicos:

Elaborar Norma de Orientação Clínica para a execução do “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família” de acordo com o instrumento existente na instituição.

Reformular os Instrumentos do “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família” já existentes.

Formar / Treinar 100% da equipa na execução de “Planos de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família”.

Auditar os Registos de Enfermagem: “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / Família”.

E traçámos as seguintes estratégias de resolução, expostas por ordenação de prioridades:

Apoio do Conselho de Administração.

Reunião de Serviço para apresentação e esclarecimento sobre o projecto.

Elaboração de uma NOC (Norma de Orientação Clínica) sectorial para a execução do “Plano de Cuidados ao Doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família”.

Criar e / ou Reformular instrumentos para a expressão escrita do plano de cuidados.

Envolvimento individual dos enfermeiros de referência / responsáveis.

Formação à equipa.

Elaboração de indicadores de estrutura, processo e resultado.

INTERVENÇÕES REALIZADAS

Elaborar Norma de Orientação Clínica (NOC) / Norma de Consenso (Consensus Based Guidelines) para a execução do “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / família” de acordo com o instrumento existente na instituição - A determinação de uma NOC como objectivo específico serve a resolução do problema parcelar: Inexistência de Obrigatoriedade Sectorial. Sendo uma cultura fortemente hierarquizada, como se concluiu no estudo da sua cultura organizacional, cumpridora das tarefas propostas pelos núcleos hierárquicos superiores e procedimentos, faltava ao projecto esta força.

Articula, em simultâneo, com os requisitos da ReAcreditação²⁶, que recomendam a existência de procedimentos sectoriais / institucionais de orientação das práticas clínicas, constituindo um instrumento de qualidade de prestação de serviços pelos profissionais de saúde, contribuindo, igualmente, para a melhoria dos sistemas de saúde.

A Norma de consenso²⁷ (Consensus Based Guidelines) é a forma mais comum de elaboração de NOC. Implica o encontro de um grupo de peritos, que discute e elabora um documento com indicações do que considera o mais correcto a executar perante o tema escolhido.

Escolhemos esta abordagem pelas vantagens: rapidez e custo reduzido. Apresenta, essencialmente, um risco: a opinião dos peritos não traduzir a evidência científica. Isto levou a algum cuidado na escolha do método a utilizar: Optámos pelo Método de RAND, porque este pode eliminar o risco

apontado através de um conjunto de barreiras, que constituem por si as etapas de construção da NOC:

Revisão sistematizada da literatura com base em evidência científica relevante - diminui o risco da opinião dos peritos se afastar da evidência científica, pois esta deverá estar em consenso com o referencial construído.

Definição do grupo de peritos dentro da equipa - definimos de acordo com Patrícia Benner²⁸ o perfil - a revisão sistematizada da literatura estava acessível a todos os peritos.

Discussão e elaboração da NOC pelos peritos, com indicações do que consideram mais correcto face ao problema definido e à revisão sistematizada da literatura.

Apresentação da NOC à equipa de enfermagem, em reunião formativa, para discussão - a revisão sistematizada da literatura estava acessível a todos.

Reformulação da NOC face às sugestões apresentadas pela equipa.

Perante o consenso, a NOC estava pronta para implementação.

Projectaram-se, então, algumas intervenções de implementação²⁹:

Objectivos específicos e plausíveis - meta de 50% de planos efectuados até

²⁶ CENTRO HOSPITALAR [REDACTED] – Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde Normas para a Acreditação Terceira Edição Versão 01 Abril de 2010 [Em linha]. [REDACTED] 2011. [Consult. 20 de Janeiro de 2011]. Disponível em pasta pública [REDACTED] 2011.pdf

²⁷ ROQUE, Andreia et al – Manual de Elaboração, disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica [Em linha]. CEMBE: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa. Linha Editorial, Lda. 1ª Edição: Lisboa, Março 2007 [Consult 7 Fevereiro de 2011]. Disponível em www.fm.ul.pt/cembe/index2.htm

²⁸ BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-754-125-9.

²⁹ ROQUE, Op. cit.

Dezembro de 2011, pouco ambiciosa mas verosímil.

Afinar as principais mensagens a passar com a NOC - incluiu-se um algoritmo como sumário da NOC que para além de permitir a síntese dos aspectos principais favorece a sua compreensão e adesão.

Concluindo o que refere a este objectivo foi necessário cumprir as orientações de qualidade deste hospital adoptando o modelo interno, para a expressão escrita da NOC: NOC.CHS.00-Modelo.

Reformular os Instrumentos do “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / família” já existentes – este é o objectivo que definimos para resolução do problema parcial que se referia a estes como ineficazes.

Este problema foi identificado a partir do questionário feito à equipa de enfermagem para diagnóstico de situação. Sendo uma necessidade da equipa esta resolução foi essencial à sua sensibilização. De acordo com a bibliografia, a ³⁰“Sensibilização foca a atenção do indivíduo para um tema ou assunto”, actualizar estes instrumentos é

apelar à equipa que foque a sua atenção sobre eles, sobre a que se destinam, favorecendo a adesão pretendida.

Pretende-se também organizar a informação, centrando-a na Pessoa e não na intervenção. Ou seja, ao individualizar os *dossiers* favorece-se a representação mental da “Pessoa como foco da atenção dos enfermeiros”. Anteriormente, projectos já existentes como a adesão ao regime medicamentoso, sobrevida dos acessos para hemodiálise, acolhimento... organizavam-se por si e não focados no indivíduo. Agora centraliza-se toda a informação de cada doente e observa-se a globalidade, integrando-se as possíveis interacções numa perspectiva holística do doente em programa de hemodiálise. ³¹“A prática holística da Enfermagem inclui: avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais); identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão; proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao

³⁰ MOURA, Ana Carolina – **Sensibilização: diferentes olhares na busca dos significados**. [Em linha]. Trabalho apresentado no Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental (PPGEA), Mestrado em Educação Ambiental (MEA) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob a orientação da Professora Doutora Maria do Carmo Galiazzi. Rio Grande, 2004. [Consult. 1 Maio de 2011]. Disponível em http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bA07Fu_pi8cJ:www.nema-rs.org.br/teses/sensibilizacao

³¹ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue»** [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Fevereiro de 2011 às 22h30'] - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>. ISBN: 978-989-96021-1-3

tratamento”. Considerou-se assim, a actividade importante e determinante para o projecto.

Formar / Treinar 100% da Equipa na Execução dos “Planos de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / família” - Ainda que no questionário aplicado na fase de diagnóstico apenas uma pessoa manifestou não saber fazer, acreditamos, fundamentados no facto que conhecemos a equipa internamente porque integramo-la, que nenhum dos seus elementos seria perito neste processo. Alguns teriam conhecimentos teóricos, poucos já alguma vez o teriam feito e vários nunca teriam tido contacto com esta realidade.

Podemos dizer que as necessidades de formação desejadas ou sentidas pelos enfermeiros (avaliadas no questionário de diagnóstico de situação) diferiam das necessidades reais (eram dissonantes). Pressupõe-se assim, a necessidade de uma Intervenção Formativa, focalizada não só nos conteúdos directamente ligados à planificação dos cuidados mas também na consciencialização e sensibilização da equipa.

O percurso formativo é autodirigido, mas num contexto profissional, a visão das metas a atingir pela organização deverá concorrer para a sua planificação. Com esta intenção organizámos momentos formais para

apresentação do projecto à equipa. Pretendíamos sensibilizá-la. Ao dar-lhe a oportunidade de se envolver, apresentar sugestões, sentir-se parte integrante da arquitectura e não apenas elemento operacional deste projecto.

Envolver e co-responsabilizar estes enfermeiros na escolha de estratégias, diminuiu a resistência. A definição de papéis ajudou as pessoas a situarem-se e cooperarem. É tão importante o esclarecimento do papel desempenhado, como é o conhecimento, pois só assim a pessoa compreenderá a sua importância e a responsabilidade que detém no processo. Segundo Matheus³² “...é a partir da interacção que o grupo se organiza, se motiva e se percebe como grupo”, a identidade necessária à cooperação.

Sabemos que os processos formativos têm limitações difíceis de ultrapassar: a subjectividade dos indivíduos, a desejabilidade de aprender e a incerteza sobre a aplicação do aprendido, pelo que a sensibilização justifica-se como primordial. ³³Para Figueiredo o indivíduo deve querer a mudança, só assim estará disponível para aprender. Compreende-se assim a importância das

³² MATHEUS, M.^a Clara Cassuli – **O Trabalho em Equipa: Um instrumento Básico e um Desafio para a Enfermagem**. Rev. Esc. Enf. USP. V.29, nº1. Abril 1995

³³ FIGUEIREDO, Abílio - **Ética e formação em enfermagem**. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-140-1

intervenções individualizadas, dirigidas ao indivíduo, envolvendo-o e sensibilizando-o.

Por isso organizámos momentos *informais*, para treino individual dos vários instrumentos de colheita de dados e planificação de cuidados. Considerámos que a receptividade aumentasse se o formador fosse visto como um par. *Saber-fazer*, a par do *Saber*, permite melhorar e fazer evoluir as competências profissionais das pessoas e / ou construir competências colectivas.

Optámos, em continuidade, por pedir a elementos da equipa para apresentarem, em formação de serviço, três planos de cuidados. Isto favoreceu o treino / formação da equipa, diminuindo o medo da exposição, do erro e de fazer mal, problema parcelar identificado.

Por fim, elegemos um folheto que teve um triplo significado: Sensibilizar pelo reforço visual do apelo à adesão. Divulgar o referencial teórico colocado à disposição: *Online* na *pasta pública* do serviço e em *dossier* como facilitador face à verbalização de dificuldades com as novas tecnologias. Por último, um agradecimento à equipa. O reconhecimento é uma forma de sensibilização.

A partir da vivência o indivíduo emociona-se, apreende e aprende³⁴. E este é um processo que se desenvolve num *continuum* temporal, pelo que não poderemos concluir a actividade.

Estipulámos no entanto, pelo cunho de obrigatoriedade organizacional, datas para a execução dos planos. Enquadramo-las como processo formativo pois justificam-se na estratégia do aprender a fazer. Só praticando o indivíduo adquire experiência e dela também resulta conhecimento. De acordo com Deodato³⁵ se usarmos métodos de reflexão sobre como fizemos, porquê e como podemos melhorar, contribuiremos para melhorar a nossa prática.

Observa-se que a formação profissional já não é concebida isoladamente, num processo de aquisição de conhecimentos, capacidades e competências específicas para o exercício de determinadas funções. É um processo contínuo, de desenvolvimento profissional em constante mudança, no qual a compreensão da realidade ao nível global conduz a benefícios quer para o indivíduo, quer para as organizações.

³⁴ MOURA, Ana Carolina, Op. cit.

³⁵ DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional Em Enfermagem: Valoração Da Sociedade**. Coimbra. Edições Almedina, S.A., 2008. ISBN 978-972-40-3401-0

Auditar os Registos de Enfermagem: “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / família no SANE” - Contemporaneamente o conceito de qualidade representa-se por um conjunto de atributos necessários à missão de uma organização.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está fortemente assumida, quer por instâncias internacionais como a OMS³⁶ Europa na declaração *Saúde para todos no ano 2000*, Meta 31 e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

Os instrumentos disponíveis para este fim, a avaliação da qualidade, podem ser subdivididos em internos e externos. Nos internos, sobressaem as comissões de Avaliação Interna da Qualidade e nos externos a Acreditação Hospitalar. Se a avaliação externa da qualidade é do domínio da acreditação hospitalar não é de somenos importância a avaliação interna dos programas instituídos. Assim se explica a necessidade de auditar o projecto de modo a confirmar a sua utilidade na qualidade dos cuidados de enfermagem da unidade de hemodiálise.

Podemos definir *Auditoria* como um ³⁷*“Processo consequente que visa prever o risco e melhorar a qualidade... a auditoria permite identificar desvios da prática desejada, que deveria conduzir a bons resultados e deverá apontar as soluções para os problemas detectados...deve ser vista, sobretudo, como um meio para introduzir melhoramentos, mas para tal a Auditoria serve ainda propósitos educacionais, ao apontar falhas e propor soluções, sendo fundamental na aprendizagem das boas práticas clínicas”*. Justifica-se a pertinência deste objectivo: indispensabilidade na concretização do objectivo geral deste projecto, garantir segurança e qualidade aos cuidados de enfermagem.

Os indicadores de qualidade deverão ser susceptíveis de comparabilidade. Um indicador é uma unidade de medida de um acontecimento ou actividade, construído assente nos seus componentes de estrutura, de processo e de resultado. Segundo o modelo Donabedian³⁸ a dimensão estrutura implica características relativamente estáveis das instituições como: área física, recursos humanos, materiais,

³⁶ Organização mundial de saúde

³⁷ FRAGATA, José; MARTINS, Luís – **O Erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Editor Livraria Almedina, 2005. ISBN 972-40-2347-8

³⁸ DONABEDIAN, A. - **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

financeiros e o modelo organizacional; o processo refere-se ao conjunto de actividades desenvolvidas, no sector da saúde, as relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes, a assistência, diagnóstico e tratamento; e o resultado é a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, os efeitos da assistência à saúde: Os Benefícios.

Elaborámos indicadores de estrutura, processo e resultado tendo em conta o Modelo Donabedian³⁹:

Dimensão Estrutura - Identificar a existência de: Sala de consulta; Dotação da equipa enfermagem 2:1; Atribuição Enf.º Responsável; *Dossier* 1:1;

Dimensão Processo - Instrumento Plano Cuidados Preenchido; Instrumento Plano de Cuidados Actualizado.

Dimensão Resultado - “% Pessoas em Adesão ao Regime Terapêutico”. Considerámos indicadores de Adesão: Regime Dietético⁴⁰ (valores de potássio inferiores a 6,0 mEqL e valores de fósforo inferiores a 5,5 mgdL / mensal). Regime Medicamentoso⁴¹ (valores superiores a 89% de adesão). Sobrevida do Acesso⁴² (nº infecções do acesso vascular/ pessoa <1).

A análise isolada dos indicadores possibilita certificar se as metas a que nos propusemos foram alcançadas mas não permitem o reconhecimento dos ganhos em saúde comparativamente a outras realidades. Ou seja, se poderíamos ter resultados idênticos ou melhores sem a influência deste projecto. Daí a necessidade de periodicamente obter resultados, interpretar em função dos vários anos (também com outras realidades com dados divulgados) e interceptar com os indicadores de estrutura e resultado: esta visão global permitirá diagnosticar falhas e intervir com procedimentos correctivos e até antecipatórios.⁴³ Mensurar e monitorizar a evolução dos indicadores, traduz efectivamente a qualidade de um serviço, bem como a sua divulgação será imprescindível, visando a realização de estudos comparativos e a adequação das actividades realizadas noutros contextos.

A AVALIAÇÃO DO PERCURSO

Não diremos que este foi um caminho sem obstáculos mas que estes não constituíram constrangimento para o projecto. O receio inicial do problema identificado como geral não ser

³⁹ DONABEDIAN, A. - op. cit.

⁴⁰ De acordo com Machado, op. Cit.

⁴¹ De acordo com o grupo da UH responsável por este projecto.

⁴² De acordo com o grupo da UH responsável por este projecto.

⁴³ DONABEDIAN, A. - op. cit.

resolvido, não teve expressão. Foram elaborados 22,5% do universo de planos de cuidados, até à data estabelecida no projecto académico. Isto representa 50% do objectivo. E os resultados melhoraram face à continuação do planeado e com a aproximação da reacreditação, em Janeiro de 2012, tínhamos 78% de planos efectivados.

A *Qualidade* é uma arma que, nesta cultura hierárquica, tem um peso determinante: o da obrigatoriedade.

Para 2012⁴⁴ elevou-se para 60% o objectivo a atingir face ao sucesso obtido em 2011.

Quando os estímulos de motivação (contexto académico ou auditorias da reacreditação) abrandam a adesão dos profissionais baixa. Sabemos que quando terminarmos a presente circunstância académica, os resultados tenderão a baixar e serão necessárias novas estratégias para dinamizar a equipa.

Indispensavelmente a avaliação da adesão ao regime terapêutico, a satisfação e a qualidade de vida das pessoas em hemodialise será realizada para substanciar a importância do projecto. Se obtivermos resultados positivos estes serão factor de

motivação da equipa pois visualizar a forma pretendida motiva a mudança dos comportamentos associados.

CONCLUSÃO

Vimos que ser portador de uma doença crónica deixou de ser apenas um conjunto de sinais ou sintomas diagnosticáveis clinicamente, é também uma experiência / vivência pessoal. Consequentemente ocorreu uma mudança na filosofia dos cuidados de enfermagem. É, agora, necessário compreender a pessoa doente e dar-lhe *empowerment*. Perante isto foi nossa intensão com este projecto apreender, aprender e divulgar na equipa alguns factos determinantes à realização de cuidados de excelência. Proporcionar condições exequíveis de realização e projectar a avaliação dos resultados dos cuidados.

Consideramos os números de adesão ao projecto evidência do seu sucesso. A seu tempo, os indicadores de resultado trarão a evidência da sua eficácia.

BIBLIOGRAFIA

BARBIER, Jean-Marie – Elaboração de Projectos de Acção e Planificação. Porto: Porto Editora, Lda., 1996. ISBN 972-0-34106-8.

BENNER, Patrícia – De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-754-125-9.

CENTRO HOSPITALAR [REDACTED] – Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde Normas para a Acreditação Terceira Edição Versão 01 Abril

⁴⁴ Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2012

de 2010 [Em linha]. [REDACTED] 2011. [Consult. 20 de Janeiro de 2011]. Disponível em pasta pública [REDACTED].pdf

CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) Versão 1.0: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.

FIGUEIREDO, Abílio - Ética e formação em enfermagem. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-140-1

FUJII, Cinthia D. Caetano – Desafios da integralidade do cuidado em hemodialise: A óptica da equipa de saúde e dos usuários. [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a orientação da Professora Doutora Dora Lúcia Leidens Côrrea de Oliveira. Porto Alegre, 2009. [Consult. 20 Março 2012]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/18664>

LOPES, Manuel José - Conceções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações [s.e.] Gráfica 2000. 972-98149-0-2

MACHADO, Maria Manuela Pereira - Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em [WWW:http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf)

MATHEUS, M.^a Clara Cassuli – O Trabalho em Equipa: Um instrumento Básico e um Desafio para a Enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP. V.29, nº1.Abril 1995

MOURA, Ana Carolina – Sensibilização: diferentes olhares na busca dos significados. [Em linha]. Trabalho apresentado no Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental (PPGEA), Mestrado em Educação Ambiental (MEA) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob a orientação da Professora Doutora Maria do Carmo Galiazzi. Rio Grande, 2004. [Consult. 1 Maio de 2011]. Disponível em http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bAo7Fu_pi8cJ:www.nema-rs.org.br/teses/sensibilizacao

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Caderno temático, Modelo de desenvolvimento profissional. [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Julho de 2010 às 22h30'] - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002.

Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2010
Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2011
Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2012

Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação, 3.^a Edição, Versão 01, 2010

ROQUE, Andreia et al – Manual de Elaboração, disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica [Em linha]. CEMBE: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa. Linha Editorial, Lda. 1.^a Edição: Lisboa, Março 2007 [Consult 7 Fevereiro de 2011]. Disponível em www.fm.ul.pt/cembe/index2.htm

WATSON, Jean – Enfermagem: Ciência Humana E Cuidar, Uma Teoria De Enfermagem. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9

APÊNDICE 2

CRONOGRAMA DO RELATÓRIO DE MESTRADO

CRONOGRAMA DO RELATÓRIO DE MESTRADO

ACTIVIDADES	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Apresentação do curso e do plano de estudos	4					
Orientação geral do relatório de mestrado e tutoria	25					
Elaboração da estrutura do relatório de mestrado	de 28 a 14					
Apresentação individual e discussão da proposta da estrutura do relatório	15					
Revisão alargada da literatura	de 18	a 13				
Férias		de 6 a 27				
Revisão do PIS (projecto intervenção no serviço)			de 30 a 10			
Reflexão competências mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica				13 a 31		
Reformulação dos conteúdos pré e pós textuais do relatório					3 a 7	
Elaboração artigo científico					10 a 28	
Leitura relatório						1 a 4
Entrega relatório à orientadora Prof ^{ta} Dr. ^a Lurdes Martins						8
Reformulação de acordo com orientação						15 a 25
Entrega relatório nos serviços académicos da ESS - IPS						26

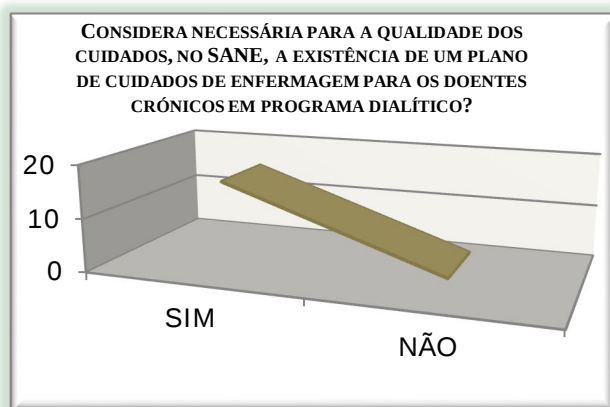
APÊNDICE 3

ANÁLISE QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS DA UH

Análise Ao Questionário Aplicado À Equipa De Enfermagem Do SANE Para Conhecer A Importância Atribuída E As Razões Subjacentes À Não Adesão Ao Projecto De Intervenção “Plano de cuidados de enfermagem ao Doente Renal Crónico (DRC) em Hemodiálise / Família em programa de Hemodiálise”

Dos 19 Questionários entregues foram devolvidos 18 preenchido, dos quais resulta a análise seguinte:

1 Questão – Considera necessária para a qualidade dos cuidados, no SANE, a existência de um plano de cuidados de enfermagem para os doentes crónicos em programa dialítico?

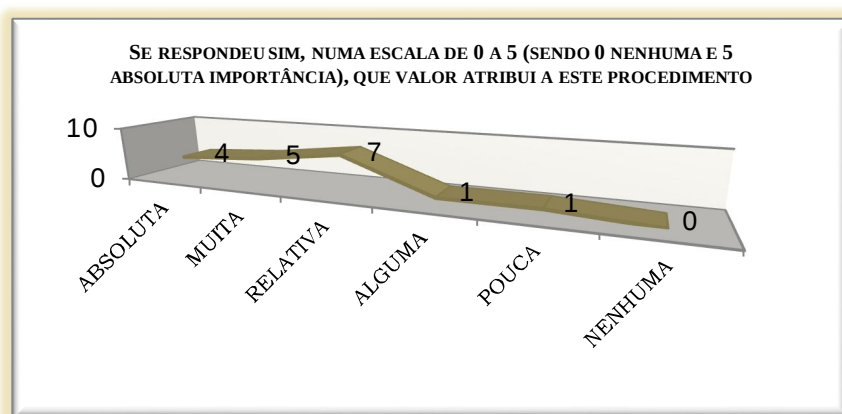


Resultado: 88,8% da equipa considera importante o Plano de Cuidados de enfermagem como promotor de qualidade.

2 - Se respondeu sim, numa escala de 0 a 5 (sendo 0 nenhuma e 5 absoluta importância), que valor atribui a este procedimento.

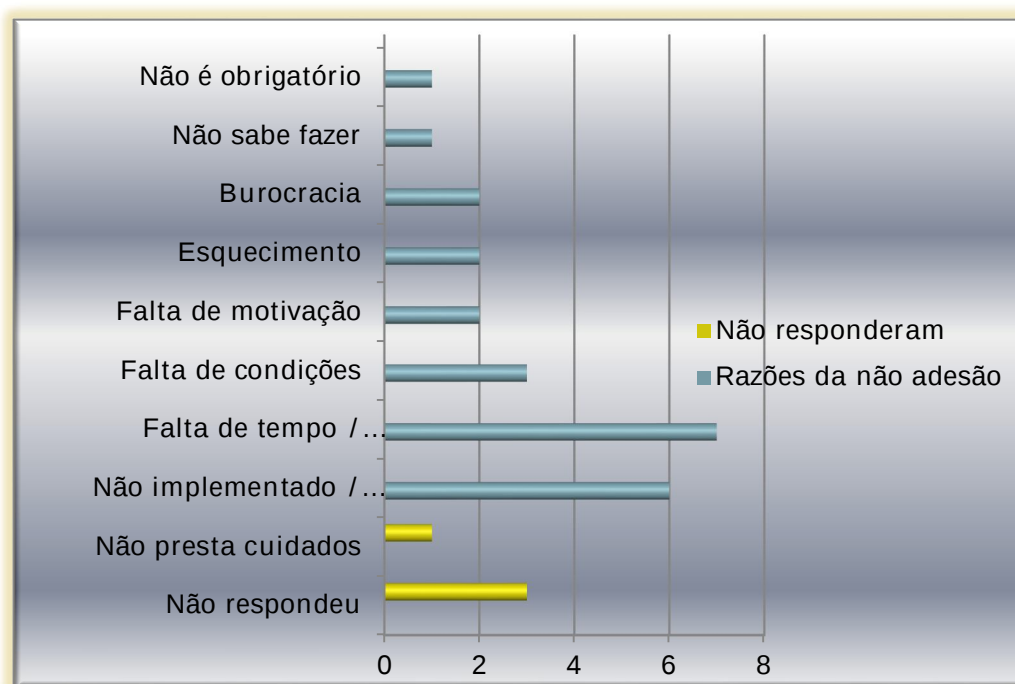
0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

Nenhuma Pouca Alguma Relativa Muita Absoluta



Resultado: 38,8% atribuem uma importância relativa ao procedimento, 27,7% da equipa encara com muita importância e 22,2% confere absoluta importância ao plano de cuidados (88,7% atribuem importância). 11,1% Confere-lhe alguma ou pouca importância.

3 – A não realização do plano de cuidados de enfermagem para os doentes crónicos em programa dialítico na sua unidade deve-se a -----.



Resultado: 3 Pessoas não responderam e uma não presta cuidados directos. Os respondentes mencionaram mais do que uma razão. Sete pessoas dizem não ter tempo e sete manifestam não executar o plano de cuidados por não ser obrigatório ou não estar formalmente instituído. Três consideram não ter condições e duas consideram mais burocracia. Duas expressam esquecer-se e duas não estar motivadas. Apenas uma pessoa refere não saber fazer.

APÊNDICE 4

ANÁLISE QUESTIONÁRIO QUINN *ET AL* APLICADO AOS ENFERMEIROS DO SANE

Análise Ao Questionário elaborado com base no Modelo de Valores Contrastantes desenvolvido por Quinn e colaboradores Aplicado À Equipa De Enfermagem Do SANE Para Identificação Da Sua Cultura Organizacional

Da análise às respostas encontradas conclui-se:

QUADRO DOS VALORES PERCENTUAIS

CULTURA IDEOLÓGICA	22,37%
CULTURA RACIONAL	14,14%
CULTURA HIERÁRQUICA	36,82%
CULTURA DE CONSENSO	25,46%

Em cima, representam-se os valores percentuais da análise dos resultados, onde se destaca uma cultura predominantemente hierárquica.



APÊNDICE 5

CRONOGRAMA DO PIS

CRONOGRAMA: PROJECTO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS NO SANE												
TEMPO ACTIVIDADES	2011											
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Construir Referencial Teórico	12/1 a 17/05											
Disponibilizar Referencial Teórico na Pasta Pública do SANE					7							
Escolha do método para a elaboração da NOC					01 a 07							
Elaborar/implementar NOC					07/05 a 30/07							
Elaborar Algoritmo da NOC em cartaz					01 a 07							
Apresentar Algoritmo à equipa e expor cartaz					21							
Conceber Dossiers	14 e 15											
Divulgar/implementar Dossiers	16 a 24											
Reformular a "mini" Cipe							01 a 30					
Apresentar o Projecto e Resultado do Questionário		18 a 26										
Atribuição do Enfª/DRC			01 a 10									
Formação dos Dossiers			11 a 18									
Elaboração do Folheto					07 a 09							
Formação em Serviço, 3 planos de cuidados					21	11						
Estabelecer data limite de execução do PC			1									
Organizar e divulgar Dossier de contributos para o PC					22 e 25							
FS: Office e Internet Explorer										01 a 30		
Elaborar Indicadores de Qualidade												
Auditoria ao Projecto										01/09 a 15/12		
Avaliar Benefícios em Saúde												01 a 15
Divulgar os Resultados												01 a 15

APÊNDICE 6

QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde
Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Exma. Sra. Enf.^a

Estando a frequentar o Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal, estamos a realizar um estágio na vossa unidade. Neste estágio pressupõe-se a identificação de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica e planeamento de um projecto de intervenção no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados, tendo como referencial orientador as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

No âmbito da análise diagnóstica dos projectos de intervenção é-nos necessária a vossa colaboração, através do preenchimento do questionário em anexo.

Este questionário é composto por duas partes distintas. Em cada parte aborda-se um projecto diferente, sendo da responsabilidade individual de cada aluna, respectivamente. Têm como objectivo o apuramento da importância atribuída pelos enfermeiros do Sector Ambulatório de Nefrologia (SANE) às suas temáticas: Implementação da higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade e Implementação do plano de cuidados de enfermagem para os doentes crónicos em programa dialítico nesta unidade.

O questionário é anónimo e confidencial.

Muito obrigada pela sua colaboração.

██████, 24 de Janeiro de 2011

Aluna do CPLEE de MC M.M.

Aluna do CPLEE de MC Lina Borges Araújo

**IMPLEMENTAÇÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO CONTACTO
DIRECTO COM O DOENTE E A SUA UNIDADE**

1 – Considera necessária para a qualidade dos cuidados de enfermagem, no SANE, a higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade?

Sim ☐ Não ☐

2 - Se respondeu sim, numa escala de 0 a 5 (sendo 0 nenhuma e 5 absoluta importância), que valor atribui a este procedimento.

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Nenhuma Pouca Alguma Relativa Muita Absoluta

3 – Executa a higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade?

Sempre ☐ Quase Sempre ☐ Raramente ☐ Nunca ☐

4 – Onde considera que as suas falhas são mais frequentes e quais as razões?

IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA OS DOENTES CRÓNICOS EM PROGRAMA DIALÍTICO NESTA UNIDADE

1 – Considera necessária para a qualidade dos cuidados, no SANE, a existência de um plano de cuidados de enfermagem para os doentes crónicos em programa dialítico?

Sim ☐ Não ☐

2 - Se respondeu sim, numa escala de 0 a 5 (sendo 0 nenhuma e 5 absoluta importância), que valor atribui a este procedimento.

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Nenhuma Pouca Alguma Relativa Muita Absoluta

3 – A não realização do plano de cuidados de enfermagem para os doentes crónicos em programa dialítico na sua unidade deve-se a...

Agradecemos a sua participação

Aluna do CPLEE de MC Lina Borges Araújo

Aluna do CPLEE de MC M.M.

APÊNDICE 7

NOC

	<i>Plano de Cuidados de Enfermagem do Doente Renal Crónico / Família em Programa Regular de Hemodiálise no SANE</i>	Data publicação: da	--/-6-/--2011
		Revisão A	_/_6/_2014
		Próxima revisão:	_/_/_
		Cód. Documento:	NOC. ■■■.00

ADAPTAÇÃO

Norma de Orientação Clínica / Norma de Consenso (Consensus Based Guidelines) para a execução do “Plano de Cuidados de Enfermagem do Doente Renal Crónico / Família em Programa Regular de Hemodiálise no SANE” desenvolvida através do Método de RAND.

OBJE CTIVO

1) Implementar o projecto de intervenção organizacional “Plano de Cuidados de Enfermagem do Doente Renal Crónico / Família em Programa Regular de Hemodiálise no SANE” de forma que:

- ✦ Todos os doentes têm um plano de cuidados personalizado que é desenvolvido em discussão com o doente e com as pessoas que cuidam do doente.
- ✦ No plano de cuidados identificam-se as necessidades do doente, em termos de saúde e em termos sociais, a forma como irá ser dada resposta a essas necessidades e os responsáveis por essa resposta.
- ✦ Seja feita a revisão dos planos de cuidados no prazo de um ano e / ou sempre que necessário.
- ✦ As informações dadas aos doentes, a discussão e as suas escolhas são registadas no plano de cuidados.
- ✦ São incluídas no plano de cuidados as intervenções de enfermagem relacionadas com os projectos “Adesão à medicação extra-dialítica”, “Sobrevida dos acessos” e “Avaliação da dor no SANE”.

2) AUDITAR OS REGISTOS DE ENFERMAGEM: “PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DO DOENTE RENAL CRÓNICO / FAMÍLIA EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE NO SANE”.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros da unidade de hemodiálise do ■■■■■

SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

SANE – Sector Ambulatório de Nefrologia

XXXVI

Elaborado por: Lina Borges Araújo, Enfermeira

Aprovado por: Comissão de Administração Clínica

Próxima Revisão:

Ratificação: Conselho de Administração em

	Plano de Cuidados de Enfermagem do Doente Renal Crónico / Família em Programa Regular de Hemodiálise no SANE	Data publicação: da	--/-6-/--2011
		Revisão A	_/_6/_2014
		Próxima revisão:	_/_/_
		Cód. Documento:	NOC. ■■■.00

DRC – Doente Renal Crónico

PC – Plano de Cuidados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARNEIRO, António Vaz *et Al* - **Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica** [Em linha] Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Faculdade de Medicina de Lisboa. 1ª Edição: Produção: Linha Editorial, Lda. Março 2007. [Consult.24 de Março de 2011]. Disponível em Web: www.fm.ul.pt/cembe/index2.htm

CENTRO HOSPITALAR DE ■■■■■ – **Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde Normas para a Acreditação Terceira Edição Versão 01** Abril de 2010 [Em linha]. ■■■■■, 2011. [Consult. 20 de Janeiro de 2011]. Disponível em pasta pública _■■■■_2011.pdf

DONABEDIAN A. - **The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis**. Ann Harbor: Health Administration Press; 1985

MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros** [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tesepdf>

Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2010

Plano Anual do Serviço de Nefrologia para 2011

VICTOR, Janaína Fonseca *et Al* - Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem** [Em linha]. Vol. 18, nº 3 (Julho / Setembro 2005). [Consult.24 de Março de 2011]. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/scielo. ISSN 0103-2100>

RESPONSABILIDADES

Director de Serviço e Enfermeira Chefe (Sr. Dr. JV e Sra. Enf.^a Chefe AL): pela coordenação e observância da sua execução.

Enfermeiros Responsáveis pelo Projecto (Sr.^a Enf.^a Lina Borges Araújo): pelo planeamento, implementação, dinamização e auditoria.

XXXVII

Elaborado por: Lina Borges Araújo, Enfermeira

Aprovado por: Comissão de Administração Clínica

Próxima Revisão:

Ratificação: Conselho de Administração em

	Plano de Cuidados de Enfermagem do Doente Renal Crónico / Família em Programa Regular de Hemodiálise no SANE	Data publicação:	da --/-6-/--2011
		Revisão A	_/_6/_2014
		Próxima revisão:	_/_/_
		Cód. Documento:	NOC. ■■■.00

Enfermeiros da Unidade Hemodiálise: pela sua execução.

NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

- 1) A cada DRC é atribuído a um Enfermeiro Responsável / Referência.
- 2) O Enfermeiro Responsável / Referência é responsável pelos cuidados totais.
- 3) O Enfermeiro Responsável / Referência atende, prioritariamente, à individualização dos cuidados, à qualidade e à participação da pessoa nas decisões sobre si.
- 4) Respeita-se o rácio Doente / Enfermeiro Responsável / Referência de 2:1.
- 5) O Enfermeiro Responsável / Referência identifica um dossier com o nome do DRC, utilizando a cor referente ao turno em que irá realizar a sua diálise.
- 6) O Enfermeiro Responsável / Referência inicia ou dá continuidade ao acolhimento de admissão do DRC.
- 7) O Enfermeiro Responsável / Referência efectua o PC de acordo com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender:
 - a) *Avaliação inicial* - Obtém o maior conhecimento possível sobre a pessoa, o contexto familiar e social. Conhece as suas crenças de saúde, a importância que atribui à doença e ao tratamento, o seu passado de adesão, as suas crenças de auto-eficácia relativamente ao regime terapêutico, as barreiras conhecidas à adopção do comportamento desejado. Avalia o seu conhecimento sobre a doença, sobre o regime terapêutico e avalia a sua capacidade para gerir o regime terapêutico. Conhece o sistema familiar, o papel da pessoa na família, a organização das actividades domésticas principalmente no que se refere ao local e quem realiza as refeições. A actividade profissional da pessoa e as suas redes sociais de apoio.
 - b) *Documentar e diagnosticar* - Os casos de adesão ao regime terapêutico não demonstrada, conhecimento não demonstrado ou diminuído sobre o regime alimentar adequado, conhecimento e aprendizagem de capacidades não demonstrada sobre as estratégias para controlar a quantidade de líquidos ingeridos, conhecimento não demonstrado ou diminuído sobre o regime medicamentoso, conhecimento e aprendizagem de capacidades não demonstrada sobre métodos de confeccionar os alimentos de modo a eliminar o potássio. A aceitação do estado de saúde.
 - c) *Intervenções de enfermagem* - Em função dos diagnósticos de enfermagem identificados, serão essencialmente educar, ensinar, instruir e treinar. O planeamento e implementação

XXXVIII

Elaborado por: Lina Borges Araújo, Enfermeira

Aprovado por: Comissão de Administração Clínica

Próxima Revisão:

Ratificação: Conselho de Administração em

	<i>Plano de Cuidados de Enfermagem do Doente Renal Crónico / Família em Programa Regular de Hemodiálise no SANE</i>	Data publicação:	da -- / -6- / --2011
		Revisão A	_ / _6 / _2014
		Próxima revisão:	_ / _ / _
		Cód. Documento:	NOC. ■■■.00

das intervenções prescritas será adaptado às necessidades e características específicas de cada pessoa / família, aos objectivos que pretendemos atingir e com os quais a pessoa se compromete.

- d) *Monitorização, avaliação e reformulação* – Anual e / ou de acordo com as necessidades de cada pessoa / família.
- 8) O Enfermeiro Responsável / Referência assegura a continuidade dos cuidados através da elaboração de planos escritos, utilizando os instrumentos existentes para o efeito.
 - 9) Os Enfermeiros Responsáveis pelo Projecto actualizam-se e divulgam o conhecimento na equipa do SANE.
 - 10) Os Enfermeiros Responsáveis pelo Projecto elaboram indicadores de estrutura, processo e resultado para o projecto “Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRC em Hemodiálise / família no SANE”, tendo em conta o Modelo Donabedian.
 - 11) Os Enfermeiros Responsáveis pelo Projecto realizam auditoria anual (em Dezembro).
 - 12) Os Enfermeiros Responsáveis pelo Projecto Avaliam os Benefícios / ganhos de Saúde do projecto através da comparação dos resultados anuais e interpretam a existência de benefícios através dos indicadores de resultado.
 - 13) Os Enfermeiros Responsáveis pelo Projecto reformulam estratégias se necessário.
 - 14) Os Enfermeiros Responsáveis pelo Projecto divulgam os resultados na equipa de enfermagem.
 - 15) Os Enfermeiros Responsáveis pelo Projecto divulgam os resultados externamente – equipa multidisciplinar afixando-os no painel informações das salas de hemodiálise

ALGORITMO

[Algoritmo do PC - Lina.pdf](#)

XXXIX

Elaborado por: Lina Borges Araújo, Enfermeira

Aprovado por: Comissão de Administração Clínica

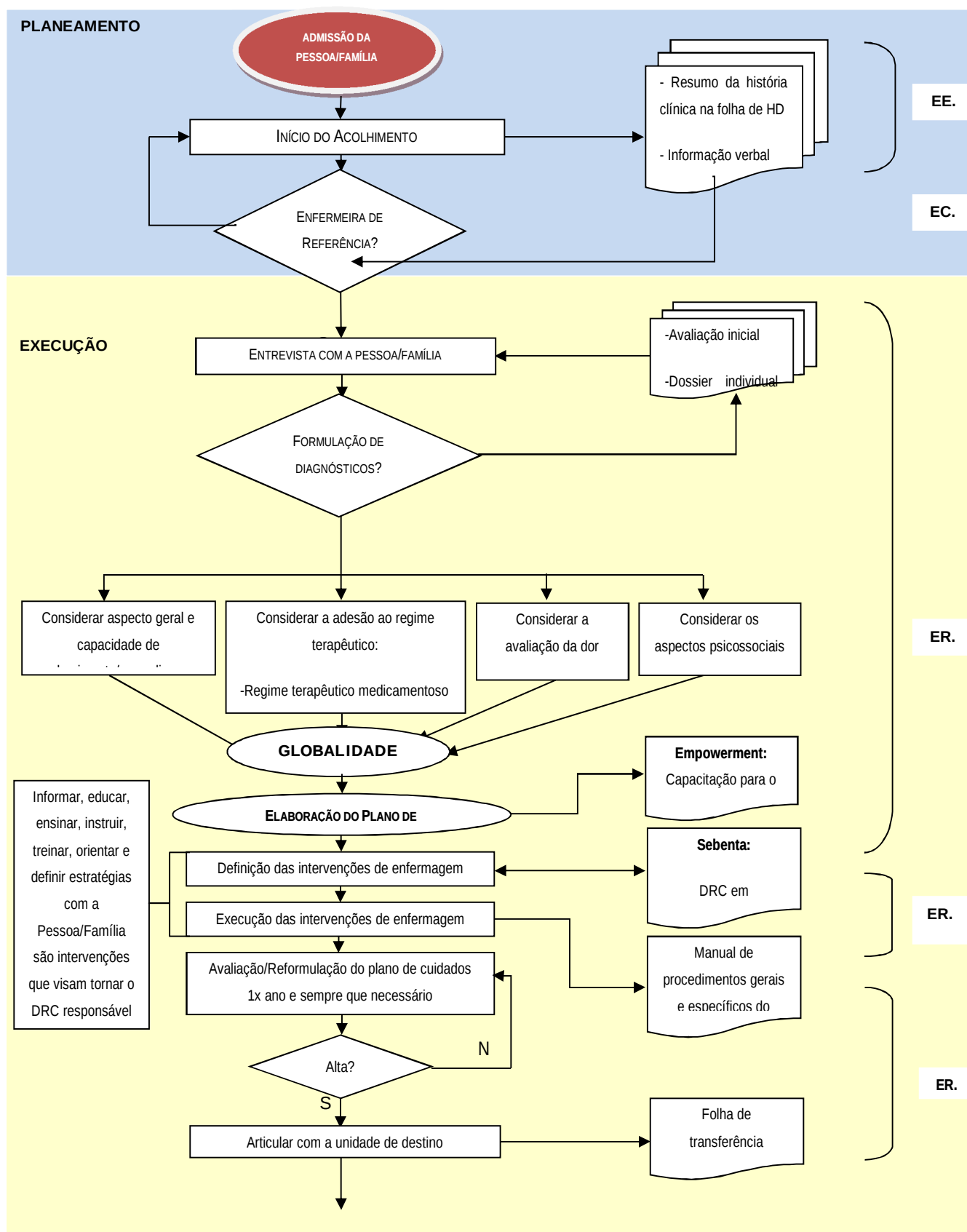
Próxima Revisão:

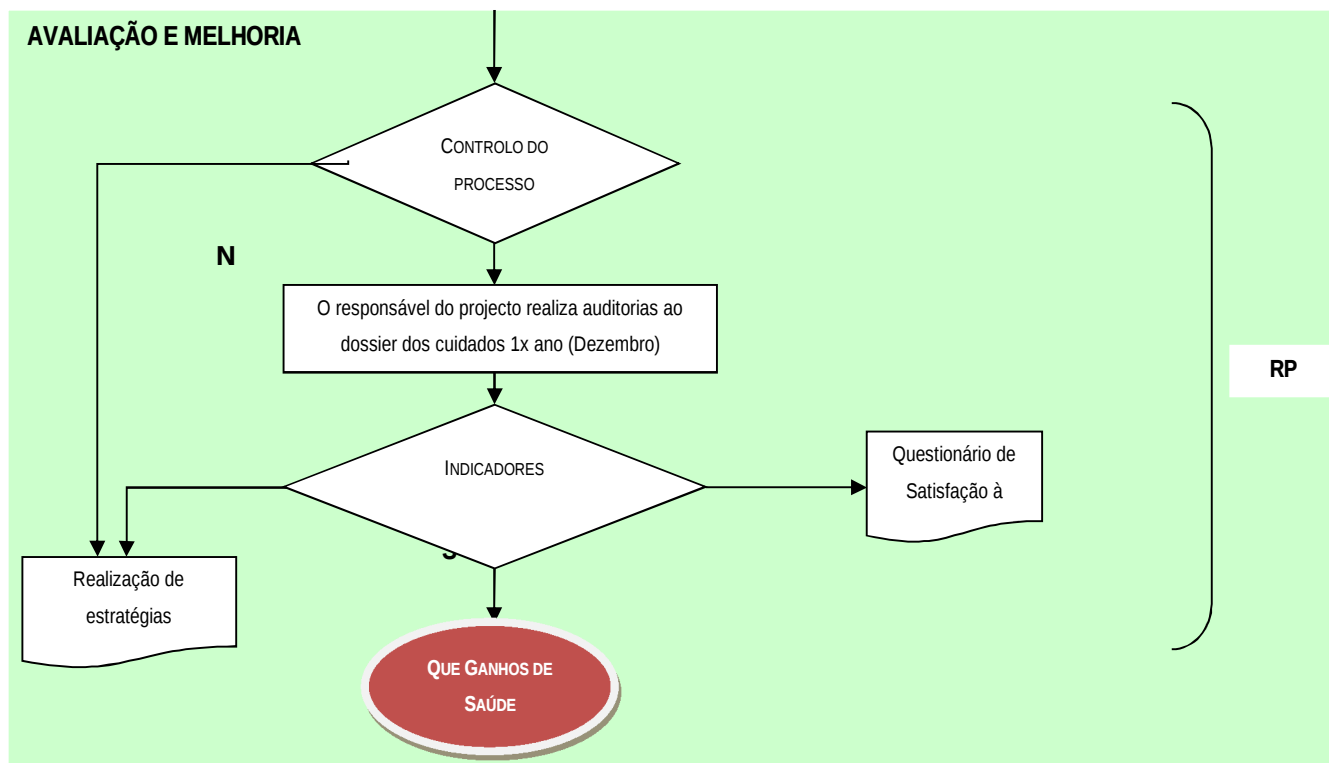
Ratificação: Conselho de Administração em

APÊNDICE 8

ALGORITMO DE ACTUAÇÃO: REALIZAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SANE

ALGORITMO DE ACTUAÇÃO: REALIZAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SANE





Construído em contexto académico

Por Enf.^a Lina Paula da Conceição Borges Araújo, Aluno nº 2134, do 1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Da Escola Superior de Saúde de Setúbal,
Com Orientação da Sr.^a Prof. EM, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Com Orientação da Sr.^a Enf.^a Chefe AL, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Com Cooperação da Sra. Enf.^a ZM, Elemento de ligação do SANE com o Departamento de gestão da qualidade.

LEGENDA:

EE – Equipa de Enfermagem	 Início e fim do processo
EC – Enfermeira Chefe	 Actividade a realizar
ER – Enfermeira de Referência	 Documentos existentes
RP – Responsável do Projecto	 Tomada de decisão
S – Sim	
N – Não	

APÊNDICE 9

FOLHETO: PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE RENAL CRÓNICO EM HEMODIÁLISE NO
SANE

AGRADECIMENTO: Construir este folheto e disponibilizar a revisão bibliográfica que efectuei durante este projecto, foi o modo que encontrei para partilhar alguns conhecimentos que adquiri neste meu percurso académico.

Estes sensibilizam-nos para uma realidade de cidadãos mais complexa mas mais eficaz na Satisfação das Pessoas / Famílias de quem cuidamos.

Afastam a forma tecnicista de ver a enfermagem; são intervenções autónomas, baseadas na resposta às necessidades sentidas pelo doente / família.

Contribuem para mais qualidade e visibilidade dos benefícios de saúde que deles advém.

Agradeço a todos vós a receptividade já demonstrada, espero poder retribuir partilhando o que aprendi.

Consultem a Pasta Pública do SANE onde encontrarão a SEBENTA: Ser Doente Renal Crónico em programa regular de hemodiálise: O Homem Total



Centro Hospitalar de Lisboa Central, S.A.
Sector de Ambulatório de Nefrologia: Unidade de Hemodiálise



Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal



Elaborado por Lina Paula da Conceição Borges
Araújo, Aluno n.º 2134

ORIENTADOR: Enf.ª Chefe Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica AL

PROFESSOR: Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica EM

MAIO, 2011



Fazer hemodíalise afecta fortemente a vida das pessoas: os tratamentos, em média quatro horas, três vezes por semana, o regime medicamentoso, os cuidados impostos pela necessidade de um acesso, a dietar rigorosa e a restrição imposta à ingestão de líquidos, impõem mudanças e adaptações nos hábitos de vida da pessoa e da sua família.

Para conviver da melhor forma com o seu novo estilo de vida a pessoa precisa aceitar a sua doença, as limitações que esta lhe impõe e cumprir as recomendações feitas pelos profissionais de saúde.

A isto chama-se: **Adesão ao regime terapêutico.**

Quando a adesão ao regime terapêutico é necessária para viver com a doença crónica os enfermeiros têm um papel fundamental na ajuda à Pessoa / Família.

Planear essa ajuda, com a própria Pessoa e a sua família e permitir a continuidade dos cuidados através da expressão escrita desse plano é o pretendido com este projecto.

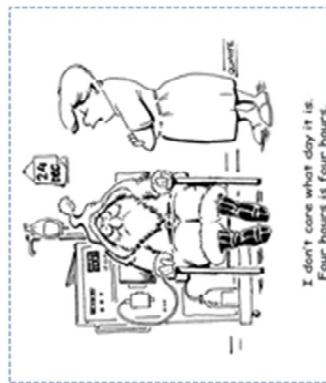
Planear Cuidados É:

- **Avaliação inicial:** Conhecer a Pessoa, o contexto familiar e social. Conhecer a forma como a doença e o tratamento a afectam, avaliar o seu conhecimento sobre a doença e sobre o regime terapêutico, avaliar a sua capacidade para decidir. Conhecer a actividade profissional da pessoa e as suas redes sociais de apoio (família, amigos, apoios sociais...)...

- **Diagnosticar:** Identificar as situações de não adesão e os porquês dessa não adesão....

- **Intervenções de enfermagem:**
Serão essencialmente intervenções de educar, ensinar, instruir e treinar, adaptadas a cada pessoa de acordo com as suas necessidades e características.

- **Reavaliação e reformulação:** de acordo com as necessidades de cada pessoa / família.



MACHADO, Maria Manuela Pereira - Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros [Em linha]. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Fernandes. Mestrado em Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Março de 2009. 11 p. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em: <http://www.repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9572/1/Tese.pdf>

Imagem editada em <http://www.cortana.com.br/2010/06/peter-quilife-rip.html>

APÊNDICE 10

REUNIÃO FORMATIVA 1

Ficha de Plano de Sessão

Curso

"IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJECTOS DE INTERVENÇÃO NO SANE, INTEGRADOS NO ÂMBITO ACADÉMICO"

Formador

Lina Borges Araújo

Data

26/ 02 /2011

Duração:

1 Hora

Objectivos da sessão

Apresentar o projecto académico "Plano de Cuidados de Enfermagem ao doente Renal Crónico em Hemodiálise / Família no SANE. Uma realidade possível" e Sensibilizar a equipa para a sua importância e inevitabilidade. Apresentar resultado do questionário aplicado na fase de diagnóstico à equipa de enfermagem do SANE. Apelar à colaboração e mostrar receptividade às sugestões de todos.

Recursos e Meios

Cartaz informativo da sessão, incluída no plano formativo anual do SANE, consta do horário regular de trabalho dos enfermeiros.

Exposição com recurso a PowerPoint e participação aberta entre formador e formandos.

Estratégia de Avaliação

Utilização do modelo para avaliação da sessão, em vigor no Centro Hospitalar: Da sua análise concluiu-se que 85% dos formandos consideraram os objectivos da acção muito claros e 15% claros. 100% Referiu o conteúdo como completamente adequado. 78% Considerou o tema totalmente aplicável e o funcionamento da acção adequado na totalidade. 22% Classificou o funcionamento de muito adequado. 93% Definio a acção como muito boa e 5% de Boa. Ninguém atribuiu sugestões.

APÊNDICE 11

SÍNTESE DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS NO ÂMBITO DO PIS EM ARTICULAÇÃO COM AS
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS COMUNS⁴⁵

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

(Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético -deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente)

	ANÁLISE REFLEXIVA
A1.1 — Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.	Desde sempre a tomada de decisão ética norteou o nosso desempenho profissional, agora, no final deste CPLEE, já com uma visão aperfeiçoada da prática especializada, esta adquire um significado mais abrangente que se reflecte no PIS que escolhemos. Compreender a necessidade de envolver a pessoa / família nos processos de tomada de decisão da Planificação dos seus Cuidados de Enfermagem, assente numa fundamentação adequada, tendo em conta sobre o que se decide e o fim em vista, estabelecido em parceria, permitiu-me diagnosticar a necessidade do projecto que iniciámos e que consideramos evidência da competência adquirida.
A1.2 — Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.	Reforçamos ainda, que no quotidiano, a nossa prática <i>enForma-se</i> de uma deliberação ponderada, alicerçada nos princípios científicos, nas normas técnicas, bem como nos valores e nos princípios orientadores da profissão, tendo em conta a lei vigente, o que me permite fundamentá-la, em autonomia ou interdependência e em equipa multidisciplinar.
A1.3 — Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de	Ainda que, dentro da equipa de enfermagem onde nos insirimos, pela postura, pelo exemplo, pela influência, promovemos o exercício profissional de acordo com esta mesma <i>Forma da Praxis de Enfermagem</i> e somos consultadas quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente aos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, ainda que ainda não tenha finalizado este CPLEE. Nomeadamente na gestão dos cuidados, na gestão do turno, na mediação de conflitos... Também porque reconhecemos e arrogamos as competências que adquirimos ao

⁴⁵ Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

especialidade. A1.4 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	longo deste processo formativo (PG & CPLEE) tomamos a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão e proporcionar a análise aos processos que a antecedem e aos seus resultados, dentro da equipa.
A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais <i>(Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes)</i>	
A2.1 - Promove a protecção dos direitos humanos. A2.2 - Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	A Saúde é um direito fundamental das Pessoas, consagrado no Artigo 64º da CRP. Os cuidados de enfermagem são por isso direito fundamental de toda e qualquer Pessoa. Obtém-se daqui que os enfermeiros são responsáveis, pela sua natureza profissional, precedida pela condição de ser Pessoa, pelo planeamento e sistematização dos cuidados de enfermagem a oferecer à comunidade, no sentido de defender e promover a Saúde, um Direito Humano. Mais uma vez o PIS que desenhamos revela esta competência, pois centra-se exactamente neste direito das pessoas verem os seus cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem, sistematizados e planeados. Sendo este planeamento em parceria promove-se o respeito ao acesso à informação, pois o individuo só pode decidir sendo conhecedor do processo e das suas interacções. Reforçamos que demos prova desta competência quando no algoritmo para realização do plano de cuidados no SANE, na fase de <i>Planeamento</i> contemplamos informação verbal e entrega de folhetos informativos (existentes no SANE) sobre a doença, tratamento e factores de adesão, à pessoa e sua família e na contemplação como intervenções de enfermagem “prioritárias” informar, educar, ensinar, instruir... Também a construção de <i>dossiers</i> individualizados para guarda da informação respeitante a cada DRC promove a confidencialidade, pois só em contexto de planeamento, execução, avaliação de cuidados serão perscrutados. A sua utilização na investigação reporta a autorização prévia do próprio e da comissão ética da instituição. A idealização de um espaço que proporcionasse a privacidade na colheita de informação, ensinosa, instrução ao DRC / Família sempre foi uma “luta” desde

que pensámos o projecto profissional. Vencida graças à intervenção da Sr.^a Enf.^a Chefe AL, ainda antes deste projecto académico, manifesta-se a competência na execução, a utilização da sala e não o corredor ou a sala de diálise e na sensibilização da equipa para esta vertente dos cuidados, a gestão da equipa. Ainda que, tendo em conta as características das salas de diálise, descritas neste relatório, é obrigatório o uso de biombos envolventes de toda a unidade do doente e técnica apropriada de acordo com o Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos da ACSS – 2ª edição - Lisboa 2008, sempre que se proceda a intervenções que exponham a pessoa. A supervisão da equipa multidisciplinar nestes contextos é imperativa para o enfermeiro especialista e indicador desta competência que consideramos ter desenvolvido. Ainda no âmbito da protecção dos direitos humanos a autodeterminação, os valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas de cada indivíduo são conceitos de dignidade e de uma visão unitária da pessoa como expresso nos princípios gerais do nosso código deontológico. Planear cuidados enquadrados conceptualmente permite a sua contemplação. No caso dos DRC em hemodiálise, viventes de situação crítica pela sua condição de saúde e exigência dos tratamentos esta observação é de elevada sensibilidade. Adoptar um modelo de médio alcance, focalizado na promoção da saúde vista como o “bem-estar” individual, pessoal e estabelecido em conjunto surgiu-nos como forma de desenvolver esta competência e facultar à restante equipa a oportunidade de o fazer. Ponderamos que através desta visão dos cuidados, já transmitida a toda a equipa, a efectivação de planos a 22,5% dos nossos doentes, a discussão em equipa alargada de dois deles, permitirá dizer que a praxis incorpora-se nesta equipa. Sensibilizar a equipa para conseguir a adesão a uma nova metodologia de trabalho é o objectivo do nosso PIS, a sua execução garante mais segurança, privacidade e dignidade ao DRC. A existência de vários planos já efectivados demonstra a competência que conseguimos adquirir, desenvolver e pretendemos melhorar.

Competências do domínio da melhoria da qualidade

B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica
(Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional)

B1.1 - Inicia e participa em projectos Institucionais na área da qualidade.	Sendo a Qualidade a finalidade das organizações em geral, a qualidade dos cuidados representar-se-á igualmente, na enfermagem, como uma meta a atingir. As Pessoas que recebem os nossos cuidados, com processos de saúde / doença complexos, o ambiente e o próprio sistema de saúde criam um contexto de intervenção intrincado e exigente.
B1.2 – Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.	O enfermeiro prestador de cuidados deve utilizar uma abordagem sistémica para planificar cuidados passíveis de qualidade e de benefícios para a saúde e a utilização de uma classificação desta prática possibilita a evidência, novos conhecimentos e, também, segurança. Por isso somos elemento dinamizador do SANE dos projectos institucionais “Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem” e “CIPE Beta 2”. Recebemos formação, replicamo-la no serviço e ao incorporar os conceitos, lentamente, originou-se o que é hoje o nosso projecto profissional e académico: Plano de cuidados ao DRC/Família no SANE, sem abandono da participação nos projectos institucionais.

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade
(Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua)

B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.	Substanciar a importância da avaliação da qualidade nos cuidados expressa-se por comparar realidades e ideais. Sabendo que este hospital obteve o título de “Hospital Acreditado pelo CHKS ” em 28 / 04 / 2010 e, actualmente, está em ReAcreditação onde se preconiza a efectivação do “Plano de Cuidados” na Norma 64, atribuída ao Serviço de nefrologia, reconhecemos desde sempre a necessidade da avaliação através de uma metodologia própria e consistente. Procedemos à pesquisa em bases científicas e encontramos o Modelo Donabedian a partir do qual nos propomos construir indicadores de processo, estrutura e resultado que nos permitirão desenvolver a competência.
B2.2 — Planeia	Pesquisar, conhecer, planejar são competências, por si, necessárias à

programas de melhoria contínua.	concretização: Identificámos a Dimensão Estrutura - Sala de consulta; Dotação da equipa enfermagem 2:1; Atribuição Enf.º Responsável; Dossiers 1:1; A Dimensão Processo - Instrumento Plano Cuidados Preenchido; Instrumento Plano de Cuidados Actualizado. E a Dimensão Resultado - “% Pessoas em Adesão ao Regime Terapêutico” considerando como indicadores de Adesão: Regime Dietético, Medicamentoso e Sobrevida do Acesso. Projectámos realizar Auditoria ao projecto anualmente (Dezembro). Avaliar os Benefícios / ganhos de Saúde a partir da comparação dos resultados anuais e considerando a existência de benefícios através dos indicadores de resultado. Propomos a reformulação sempre que necessário e divulgar na equipa multidisciplinar os resultados. Para implementação do PIS traçamos como estratégia a elaboração duma NOC de consenso pelo Método de RAND, utilizando o modelo adoptado pelo Grupo de Gestão da Qualidade do Centro Hospitalar: NOC. [REDACTED].00-Modelo. Esta foi elaborada por um grupo de peritos onde nos incluímos, apresentada à equipa e por consenso segue para aprovação da direcção clínica. Pelo planeado e já efectuado consideramos ter competências neste domínio, ainda que sempre no sentido da sua melhoria e desenvolvimento.
B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro <i>(Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem -estar e gerindo o risco)</i>	
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo. B3.2 — Gere o risco ao nível institucional ou	A prática dos cuidados de enfermagem no SANE assenta no respeito pela multiculturalidade de cada pessoa ao nosso cuidado, reflectida no atendimento carinhoso que recebem o nosso elevado número de doentes provenientes de países africanos onde esta técnica não existe. A competência destes enfermeiros, onde nos incluímos, em ultrapassar a barreira da língua, em respeitar hábitos alimentares, muitos de carácter religioso, a religião, as dinâmicas familiares diferentes (o casamento com várias mulheres, por exemplo) sempre esteve presente. Aprofundar o conhecimento e a fundamentação ético-legal que pesa na praxis foi a expressão de desenvolvimento desta competência, que nos permite exercer reconhecendo o outro como igual nos seus direitos de cidadania e de cuidados efectivos e sensibilizar a equipa multidisciplinar, criando assim um ambiente seguro. O envolvimento da família é fundamental, especialmente quando a língua e a cultura podem levantar barreiras à eficácia do tratamento. Nos casos referidos, muitas vezes as pessoas vem para casa de familiares que residem em Portugal, conhecem a língua e com a sua colaboração diminuimos

das unidades funcionais.	medos, angustias e efectivamos os ensinios necessários à segurança da Pessoa. Assim como compreendemos as suas necessidades espirituais, religiosas... Incluir estes conceitos nos cuidados, alicerçados ao conhecimento e orientações organizacionais expressa-se na globalidade, essência do nosso projecto e em evidência no algoritmo que elaborámos, facto que corrobora a competência adquirida. A unidade de competência B3.2 inscreve-se no domínio da Gestão do Risco dos cuidados de Enfermagem. Os cuidados de saúde não são uma ciência exacta, o seu resultado depende das leis de probabilidade biológica, não completamente previsíveis. A negligência não é tolerável neste domínio mas o erro acontece, observá-lo permite estudar causas, consequências, barreiras e antecipar a sua ocorrência. Para tal cabe-nos, enquanto especialista, além de cumprir, colaborar com os enfermeiros da gestão do risco através da motivação, do conhecimento e da consciência necessárias à detecção do risco. Enquanto co-responsáveis pela formação em serviço no SANE, para servir o propósito referido, contemplámos no plano para 2011 diversas actividades inseridas neste domínio: “Avaliação da Gestão do Risco Local do SANE em 2010” e “Mala de Transporte do Doente em Estado Critico” realizadas a 26-02-2011. “O Erro: Princípios, Politicas, Procedimentos e Praticas de actuação”, “Transporte de Doentes Intrahospitalar” e “A Segurança do Doente - Procedimentos e Praticas de actuação - Parte 1” realizadas a 07-05-2011, “Ambientes Seguros - Expectativas e Intervenções” a realizar em 01-10-2011, “A Segurança do Doente - Procedimentos e Praticas de actuação-Parte2” a realizar em 29-10-2011, “Evacuação em situação catástrofe: Réplica e Apresentação Procedimento” a 19 -11-2011. Para as já realizadas, compilámos e facultámos suporte teórico e envolvemos, também, como formador um Técnico de Electromedicina, elemento da equipa multidisciplinar do SANE, que colaborou na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. Os outros dois técnicos pertencentes à equipa assistiram como formandos. Ainda no plano formativo, foram incluídos tempos para todos os PIS existentes, que asseguram na sua essência a ausência do erro e a qualidade dos cuidados, nomeadamente no que diz respeito a controlo de infecção, adesão ao regime terapêutico, sobrevida dos acessos vasculares, também para a revisão sistemática de procedimentos sectoriais. Dentro da competência enquadrámos que conhecemos e cumprimos os procedimentos sectoriais, os princípios, politicas e práticas de actuação, que me
---------------------------------	---

	permitam reagir aos acidentes e actuar proactivamente na sua Prevenção. Em reforço ao conceito acresço que fizemos formação em Suporte Avançado de Vida (4) que decorreu de 22-05-2009 a 29-05-2009, com 35 horas e classificação final = 19 valores e também frequentámos o “Curso de reanimação em diálise 2008” a 9 de Novembro de 2008, 8 horas, promovido pela Nefrocare de Setúbal. Fomos Elemento de ligação da CCI do SANE de 2006 a 2009. Estes factos concorreram com competências adquiridas anteriormente mas que facilitaram, ao longo deste estágio, o desenvolvimento da visão “do enfermeiro especialista que prevê, previne e identifica práticas de risco na segurança do doente”, como a sua correcta monitorização e vigilância durante o tratamento, a prevenção de quedas, o cumprimento das medidas de segurança no controlo da infecção, a higienização das mãos, os cuidados com os cateteres e acessos vasculares para hemodiálise.... Fomentamos, deste modo, a segurança no nosso turno de trabalho assim como contribuímos nas medidas correctivas para a unidade através da Declaração de acidentes / Incidentes, das Auditorias e da Revisão Periódica de Protocolos, Normas e Programas de Treino a que Fragata chama os três pilares fundamentais da prevenção de acidentes. Pois a revisão destes instrumentos deve fundamentar-se nas necessidades de segurança, nos resultados do reporte de eventos e erro, nas evidencias emanadas pelas auditorias e devem ter como objectivo os melhores cuidados.
Competências do domínio da gestão dos cuidados	
C1 — Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional <i>(Realiza a gestão dos cuidados, optimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas)</i>	
C1.1 — Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	A implementação, dinamização, avaliação e reformulação de um PIS como o decorrente do nosso estágio é elemento suficiente para demonstrar o cuidado com que ponderamos o processo de cuidados e tentamos optimizar a tomada de decisão numa visão holística e de parceria. Reunir e disponibilizar um conjunto de instrumentos necessários ou facilitadores do processo, assim como afixar um algoritmo associado à NOC, facultar referencial teórico e documentação CIPE concorre para uma melhor informação da equipa. Para além disso a disponibilidade demonstrada para partilhar conhecimentos e colaborar nas decisões intervêm para a consistência da competência adquirida.
C1.2 — Orienta e supervisiona as	

tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	O contributo para um ambiente harmonioso entre os elementos da equipa multidisciplinar é garante de optimização e segurança. Porque adoptamos uma postura tranquila, segura e pacificadora dos conflitos, consideramos ter desenvolvido a unidade de competenciaC1.2. Em situação de delegação procuramos ser explícita no pedido, clarificar, ensinar, instruir e / ou treinar se necessário. Supervisionamos o processo e avaliamos os resultados. Utilizamos postura correcta, educada e de respeito. Em cooperação com vários enfermeiros do SANE estamos a construir um guia para as assistentes operacionais do SANE.
C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados. <i>(Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.)</i>	
C2.1 — Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. C2.2 — Adapta o estilo de liderança e adequa -o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	Durante este estágio tivemos o privilégio de ser orientada pela Sr.^a Enf.^a Chefe da Unidade, AL, que acumulando os dois papeis nos permitiu apreender e compreender o trabalho que ocorre para que um serviço, as diferentes unidades, as equipas de diferentes áreas disciplinares se articulem e produzam de forma eficiente, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Ao elaborar o nosso PIS aprofundámos conhecimentos sobre métodos de trabalho de enfermagem e não havendo um método de destaque a adaptação será o ideal. No SANE a distribuição por posto de trabalho é o método regular. No entanto, no planeamento do PIS surge a necessidade de alocar a realização de planos de cuidados ao método Enf.^o responsável pois este permite prestar cuidados de enfermagem traçados no conjunto do plano global de cuidados de saúde de cada pessoa e em conjunto com ela e sua família. Para optimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos, em consenso com a Sr.^a Enf.^a Chefe, implementámos a metodologia distribuindo DRC/Enf.^a de acordo com características pessoais, limitações de horário... Com a mesma intenção, de optimização, recorremos a várias estratégias, adequando recursos físicos e humanos: a elaboração do algoritmo e sua afixação, sob a forma de cartaz, nas salas de diálise permite uma rápida consulta. A disponibilização de suporte teórico na pasta pública foi uma estratégia que teve que ser optimizada face às dificuldades apresentadas por alguns enfermeiros na utilização das TICs. Facultámos todo o suporte teórico necessário (revisão, CIPE, catalogo CIPE para

a adesão terapêutica) em formato papel, organizado num *dossier*. Não obstante esta resolução imediata, programámos em plano de formação para 2011 actividades formativas em Excel e Internet Explorer. Tendo já conseguido o orçamento necessário, em cooperação com Sra. Enf.^a Chefe, junto de um laboratório. A actividade fica planeada para Outubro de 2011.

Para envolver a equipa, lidera-la neste projecto, fomos observar a sua cultura e implementámos estratégias voltadas para as características encontradas. Sendo uma cultura hierárquica, implementar uma NOC e divulgar o envolvimento da Sra. Enf.^a Chefe como mola impulsadora do projecto alicerçou-o junto da equipa, assim como a determinação exigida pela ReAcreditação.

De qualquer modo, enquanto líder de um projecto, um cargo, como o de responsável pela formação, elemento dinamizador dos padrões de qualidade ou da CIPE, ou na chefia da equipa, definimos a nossa postura como centralizada nos outros. O enfoque está nas relações interpessoais, em que os níveis de satisfação e produtividade são elevados, pois ainda que a exposição, a clarificação e o espaço para discussão sejam disponibilizados, o recurso ao poder argumentativo e persuasão fazem parte das nossas características, pelo que aquele “menos de produtividade” próprio deste estilo de liderança, não assume peso significativo.

O recurso àquilo que chamamos de “momentos de formação informais”, ou seja, quando parecemos estar num momento de operacionalização de uma tarefa (ex: verificação mensal do carro de urgência), ou num momento de descanso, orientamos a conversa para o assunto que pretendemos abordar e expomos o conhecimento que temos, colocando argumentos de ponto de vista e possibilidades causa / efeito, levando o elemento da nossa equipa a reflectir e decidir por si. Reforçamos deste modo o nosso próprio desenvolvimento pessoal através da reflexão sobre a prática e accionamos momentos de crescimento profissional, pessoal e de enriquecimento para o contexto. Haveria outros exemplos... Dentro da nossa equipa prevenimos o risco e promovemos a segurança dos cuidados através de medidas correctivas, essencialmente através da reflexão sobre as mesmas. Caracterizamo-nos como um “Líder”, gostamos de assumir o controlo, gostamos de colocar os projectos a andar, gostamos dos colaboradores a intervirem e de ver resultados. Mas optamos pelo respeito do ser humano e, se existimos para as pessoas, somos também pessoas: Ninguém deverá fazer nada obrigado, ainda que em contexto de trabalho. Uma equipa sensibilizada, motivada, satisfeita produz mais e com mais qualidade. Eis a nossa estratégia.

Depois um gestor, ainda que de um PIS, deve avaliar e divulgar os efeitos

	positivos do seu trabalho na organização. Por isso estudámos e planeámos elaborar indicadores de processo, estrutura e resultado, comparáveis anualmente, evidência da influência deste PIS nos cuidados. Perante o descrito mencionamos ter adquirido ou melhorado as competências referenciadas.
Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	
D1 — Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade. <i>(Demonstra, em situação, a capacidade de auto -conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo -se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.)</i>	
D1.1 - Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro D1.2 - Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.	Nesta unidade de competência teremos que, em primeiro lugar, referenciar o trabalho desenvolvido na PG, onde no Estudo de Caso pedido como trabalho final, incluímos um relato de intersubjectividades que nos permitiram descrever os nossos sentimentos sobre o problema que nos propusemos estudar. Isto permitiu-nos arrumá-los, coligar muito bem as suas subjectividades e excluí-las do cenário da investigação. De qualquer modo não deixaram de existir. Fazem parte de quem somos. Pessoa é Pessoa total, independente do papel assumido e dificilmente alguém consegue excluir da totalidade, uma parte de si. Mas permite ter consciência de quem somos, do que sentimos face a determinada problemática e reconhecer no contexto aquilo que nos é próprio e devemos guardar e aquilo que faz parte dos cuidados e devemos valorizar. A situação prendia-se aos cuidados a portadores de HIV e os medos do enfermeiro durante a punção necessária à hemodiálise. O relato efectuado na competência C2 é bem clarificador de como nos vemos, como reflectimos sobre quem somos, as atitudes, os comportamentos, as interacções e, até, os pensamentos e como alterá-los quando não assumem a forma que projectamos, para os cuidados, para as interacções na equipa. É do domínio do conhecimento ético, o confronto de valores, normas, interesses ou princípios e o conhecimento pessoal, que é formado através da reflexão sobre as experiências da vida, ou melhor, das experiências vividas. <i>Ao conhecer-se, conhece-se o outro, ou seja, identificamo-nos com o outro e isso compõe um elemento para o cuidado humano, que é manifestado apenas interpessoalmente ⁴⁶(Watson).</i>

⁴⁶ WATSON, Jean - *Enfermagem Pós-moderna e Futura: Um Novo Paradigma da Enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002. ISBN 972-8383-37-1

	Nas acções, comportamentos, atitudes, condutas, com as pessoas, expressa-se o conhecimento estético, a escultura a que demos forma e mostra ao mundo quem somos profissionalmente, pessoalmente: a pessoalidade. É a adaptabilidade ao contexto profissional, procurando dar resposta às necessidades de segurança e qualidade dos cuidados, fundamentada no autoconhecimento: como perceber e apreender os outros, comunicar com eles, ser competente, planear com a pessoa, com a família. Todas questões morais, éticas da enfermagem. Na apreensão do todo e das interacções, forma-se a integralidade dos cuidados de enfermagem que evidenciamos no PIS escolhido. Tudo isto é evidência da competência preconizada como comum aos enfermeiros especialistas, associamos a necessidade de perícia, experiência. O enfermeiro, a par do conhecimento e desejo estético só pode concretizar respostas de elevada adaptabilidade se for um perito na área que intervém; a necessária intuição e sabedoria, adquirida naquilo que já se viveu, são imprescindíveis à tomada de decisão eficiente. Com 21 anos de profissão e quinze na área da Nefrologia, reconhecemo-nos como perita na área da enfermagem onde exercemos e onde pretendemos desenvolver estas e outras competências enquanto enfermeira especialista. A maturidade que consideramos ter, pessoal e profissional, o perfil ponderado, a liderança preocupada e a atenção redobrada para a segurança dos DRC/famílias e dos profissionais, permite-nos antever e prevenir conflitos, assim como actuar em função da sua resolução harmoniosa quando ocorrem.
D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento <i>(Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico)</i> <i>Válidos, actuais e pertinentes, assumindo -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.)</i>	
D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.	O enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, possuindo um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos, humanos e relacionais e detentor de um Saber específico da sua área, constitui-se um profissional pertinente inserido numa equipa de saúde multidisciplinar, em que o domínio das metodologias de formação torna-se numa mais-valia, nos processos de cuidar em enfermagem. A formação assume-se como um dos principais pilares para a qualidade dos cuidados de saúde e, especificamente, dos cuidados de enfermagem. O processo formativo deve ser dinâmico e gerar mudança nos formandos que recebem essa mesma formação, com vista também à mudança nos seus contextos

D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.	de trabalho. Ao longo deste ano, por término do ciclo de três anos habitualmente concedidos a cada pessoa, tornámo-nos co-responsável pela Formação em Serviço do SANE. Como usual havia sido feita a avaliação do ano anterior e levantamento de necessidades e foi a partir destas que delineámos o Plano Formativo para 2011. A análise das necessidades é uma estratégia capaz de produzir objectivos válidos e de fornecer informação útil para decidir sobre os conteúdos permitindo adequá-la à definição de objectivos, promovendo o desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional. Considerar o levantamento de necessidades permite ao formando participar no seu projecto formativo, o que lhe dará um significado mais verdadeiro de acordo com o preconizado pela Andragogia.
D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	Tendo em conta os objectivos organizacionais poderá ser uma ferramenta de transformação da realidade, pelo que recorreremos a variadíssimos formatos de actividades formativas, das quais demos evidência ao longo deste relatório, como estratégia de implementação do nosso PIS. Considerando as aprendizagens efectuadas em contexto formativo pretende-se o seu reflexo no quotidiano. Avaliar o impacto formativo do desenvolvimento de competências e a praxis dos enfermeiros da equipa é competência do enfermeiro especialista. Isto torna-se tão mais importante quanto a exigência de uma enfermagem científica, autónoma, dentro de uma equipa de trabalho com competências, objectivos, regras e normas, de forma a desempenhar cuidados cada vez melhores e que dê resposta às necessidades, se fizer sentir.
	Uma destas necessidades, identificada durante o 1º semestre deste CPLEE em resposta ao projecto de intervenção organizacional pedido, foi a segurança e qualidade da continuidade dos cuidados de enfermagem, quando as pessoas em programa regular de hemodiálise são hospitalizadas. Planeámos, em contexto da Formação Continua, em colaboração com o Serviço de Gestão da Formação, um Curso de Nefrologia para enfermeiros desta instituição, a acontecer em Novembro – Dezembro deste mesmo ano. O grupo organizador constituiu-se por nós e duas alunas deste CPLEE, AM e MM. Isto vai ao encontro do direito da continuidade dos cuidados de saúde globais e de uma filosofia de articulação intersectorial que permita uma visão total e obter maiores benefícios de saúde. De acordo com isto projectámos, em plano de formação, o início de um novo projecto no SANE: Articulação com as unidades de diabetologia e infecciologia, com uma actividade formativa de organização da fundamentação teórica e apresentação à equipa, co-responsabilizando-nos com outra futura enfermeira especialista deste serviço, SA. Ainda, como indicador da aquisição desta competência, na NOC elaborada neste

	PIS, indica-se a obrigatoriedade, dos responsáveis pelo projecto, manterem-se actualizados teoricamente e divulgarem os conhecimentos novos na equipa. Um projecto é um processo dinâmico, sempre transformável, sempre actualizável.
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA⁴⁷	
K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença Crítica e ou falência orgânica. <i>(Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.)</i>	
K.1.1. — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	Ser enfermeiro numa Unidade de hemodiálise hospitalar é estar, continuamente, com pessoas em situação emergente e os seus familiares que vivenciam momentos de angústia e sofrimento. Como referenciado a partir da pesquisa bibliográfica efectuada e, obviamente, do saber experiencial reflectido à luz do conhecimento, a insuficiência renal crónica terminal ocorre de forma progressiva e programável mas, dependendo dos factores causais e do passado de adesão, pode surgir de forma abrupta e colocar em risco a vida do indivíduo; por hipercaliémia, edema agudo do pulmão... A insuficiência renal aguda ou agudizada surge por um passado de não adesão às consultas de nefrologia ou de forma insidiosa e emergente. Ainda a necessidade de hemodiálise / hemoperfusão por enfarte do miocárdio, intoxicação medicamentosa ou tóxica (venenos agrícolas, ingestão de cogumelos...) exige dos profissionais da nossa unidade conhecimento e treino para a actuação em emergência. A própria diálise, nos primeiros tratamentos, em situação de condição física debilitada ou quando a adesão ao regime terapêutico não está a ser contemplada da melhor forma, induz à instabilidade hemodinâmica grave durante a sessão dialítica. O enfermeiro a exercer funções numa unidade com estas características deve estar imbuído de competências de actuação em situação emergente de modo a preservar a segurança e prever e prevenir a sua ocorrência. O enfermeiro especialista também tem este dever, acrescido da capacidade de supervisão e consultoria na identificação antecipada de focos de instabilidade, competência desenvolvida no seu exercício e alicerçada

⁴⁷ Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

	ao seu conhecimento e capacidade reflexiva. Para além da actualização de conhecimentos sobre como actuar em situação de emergência, através da formação contínua realizada e já mencionada na unidade de competência comum B3.2, que numa abordagem multidisciplinar e integrada permite prevenir, suportar ou reverter a disfunção orgânica que ameaça a vida, no decorrer deste CPLEE fomos adquirindo uma visão de globalidade que permite apreender focos de instabilidade, nos nossos doentes em programa regular, em fase quase embrionária. Ao acompanhar um doente crónico na filosofia deste PIS, a sua enfermeira responsável tem a oportunidade de percepcionar alterações no seu comportamento de adesão. Ao discuti-lo na equipa, concretiza-se a gravidade desta alteração e fica-se mais vigilante. Paralelamente o enfermeiro responsável traça estratégias com a pessoa / família para que estes retomem os padrões vivenciados anteriormente ou estabeleçam novas metas. Cabe ao enfermeiro especialista, atendendo à dimensão humana do doente crónico, compreender as modificações por ele sofridas e os mecanismos de adaptação individual e apoiar a sua equipa nesta área de intervenção. O enfermeiro especialista desempenhará uma dupla função: de apoio e de educação, dos seus doentes / famílias e da equipa onde está inserido – ajudando a identificar limites normais da capacidade adaptativa e a alcançar os objectivos estabelecidos em conjunto, prevenindo situações de instabilidade física, emocional e social, que poderão colocar em risco a vida. O número de suicídios entre as pessoas em hemodiálise regular é um bom indicador da facilidade e frequência com que isto pode ocorrer. Também o número de tratamentos extra a que cada DRC é submetido, alerta-nos para a existência de um, ou mais, factores de adesão terapêutica a necessitar da nossa atenção, avaliação e intervenção. Consideramos evidente o desenvolvimento efectuado nesta competência, pois para além da capacidade interventiva anterior percebe-se a capacidade reflexiva sobre os contextos que nos permitem actuar preventivamente e gerar mudança implementando actividades que corroboram para a segurança do doente e a qualidade dos cuidados, como se concretiza com este PIS.
K.1.2 — Gere a administração de protocolos Terapêuticos complexos.	Os tratamentos dialíticos, como demonstrado na revisão teórica deste relatório, são complexos e de uma elevada exigência para a pessoa que deles depende para viver. Podemos considerar, para facilitar a exposição, dois momentos cruciais, o intradialítico e o interdialítico. O primeiro, realiza “em curtos períodos e de uma forma abrupta” o que o organismo normal efectua contínua e suavemente, ocorrendo determinadas conjunturas de risco: a circulação extracorporeal; o

contacto do sangue com material sintético; a exposição a soluções; a necessidade de anticoagulação. Podem, assim, ocorrer complicações potencialmente graves, que se traduzem em desconforto, medo, dor e ao evoluírem podem tornar-se uma ameaça para a segurança e vida do doente. Conhecer as implicações fisiopatológicas da IRC e do tratamento dialítico e os sinais de ocorrência, permite ao enfermeiro antecipá-los, salvaguardando o bem-estar, a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados. Assim, a monitorização de parâmetros vitais e dialíticos são importantíssimos durante os tratamentos, interpretá-los imprescindível para a antecipação. A supervisão de cuidados a garantia da segurança e da qualidade.

Implementar estratégias personalizadas e adequadas a cada pessoa, que vão desde a prevenção de quedas na entrada e saída da sala de diálise, à adequação do tipo de alimentos a ingerir durante a diálise, à adequação do *Priming* efectuado para prevenção de manifestações de hipersensibilidade aos materiais utilizados como circuito extra corporal... são intervenções de enfermagem insubstituíveis na gestão do tratamento dialítico. Garantir a sua inclusão é intervenção do especialista.

Num segundo tempo, a gestão do regime terapêutico nos períodos interdialíticos determina ao DRC / família dedicação, seguimento correcto das orientações e percepção da importância do tratamento para a manutenção de sua vida. A intervenção do enfermeiro especialista na simplificação do esquema terapêutico, de acordo com as capacidades apresentadas pela pessoa e sua família, facilita a compreensão dos detalhes do tratamento, favorecendo a adesão.

Os doentes renais crónicos apresentam, muitas vezes, outras patologias associadas como hipertensão arterial sistémica, diabetes mellitus e problemas cardíacos que requerem controlo medicamentoso. A numerosa medicação pode favorecer o não cumprimento do tratamento, ou o esquecimento de alguns medicamentos, repercutindo em uma baixa adesão. Encontrar esquemas adaptativos que permitam evitar o esquecimento, a incompatibilidade com a manutenção da vida profissional, familiar e social para este e outros factores de adesão, como a restrição hídrica, alimentar, horários de consultas e tratamentos... são domínio de intervenção deste enfermeiro.

Impreterivelmente devemos referir a importância do nosso projecto para a sua concretização. Sendo amplamente debatido na actualidade o correcto acompanhamento das pessoas com doença crónica e suas famílias e a ajuda necessária à gestão dos protocolos terapêuticos instituídos, ainda estão longe da realidade ideal. Poder contribuir para que ela se efective com intervenções dinâmicas de melhoria na unidade onde trabalhamos, para além de permitir-nos

	desenvolver e demonstrar esta competência, tornou-se muito gratificante.
K.1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação Crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.	A dor é monitorizada, na unidade de hemodiálise, como mais um indicador de estabilidade e bem-estar do DRC e família. Em cada sessão, através da VAS (escala visual analógica) monitorizamos a dor no acesso para hemodiálise, no momento da punção e fora dele. Este é indicador importante na sobrevida do acesso, mas também permite intervenções de bem-estar, como utilização de anestésico local antes da punção, posicionamento do membro durante o tratamento e outras medidas complementares, como a aplicação de calor, a distração, a disponibilidade... até ao recurso de medidas farmacológicas prescritas pelo nefrologista. Como futura especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica isto pareceu-nos insuficiente. Na Pós - graduação em enfermagem médico - cirúrgica – cuidados paliativos realizámos um estudo com o objectivo de apreender o que sente um DRC portador de HIV quando percepciona medo no enfermeiro que o punciona... O que nos inquietou? Que no nosso quotidiano profissional não conhecemos a pessoa total que cuidamos... Conhecê-las, melhoraria os nossos cuidados?! E será que, de alguma forma, diferenciamos as pessoas portadoras de HIV em programa de diálise nesta unidade? Sendo verdade e percepcionado por estas será causador de sofrimento? Propusemo-nos construir uma História de Vida abrangente destas inquietações e reveladora da Ana, nome fictício, portadora de HIV e DRC em hemodiálise... Conhecer os seus sentimentos face aos comportamentos e atitudes dos enfermeiros, que lhe prestam cuidados. Esta história de vida mostrou-nos que a Ana é uma pessoa com uma dimensão espiritual fortemente marcada pela Fé, Esperança e Confiança, resultantes do sofrimento contínuo que tem sido a sua existência. Esta visão da pessoa permite-nos reflectir sobre os cuidados que lhe oferecemos, de que precisa ela para além do tratamento dialítico? ... E se isto é verdadeiro para a Ana, não será para cada uma das pessoas de quem cuidamos? Deste estudo sobressai uma sugestão no domínio da enfermagem “Concepção de um “enfermeiro de ligação” responsável por cada pessoa/família em programa de hemodiálise, permitindo desenhar com ela o planeamento de intervenções de enfermagem e que representasse o elo de ligação entre a pessoa/família e a restante equipa multidisciplinar”. Da preocupação com o sofrimento, com a dor, nasceu o projecto profissional e, agora, este PIS. O sofrimento determinado pela doença e tratamento enquadra-se nas questões da dor total, é primordial compreender a forma como é vivida a doença, os seus

	sinais e sintomas e que ajuda a pessoa necessita para ultrapassar as dificuldades da sua situação. Integrar o sofrimento nos cuidados de enfermagem é, para além do objectivo do alívio da dor e bem-estar, lutar contra a doença. Inteirar a equipa de enfermagem desta perspectiva e sensibilizá-la foi uma estratégia incluída neste PIS. No referencial teórico disponibilizado e na formação planeada sobre “Aceitação da doença e adesão ao regime terapêutico” inclui-se o sofrimento como foco de atenção do enfermeiro responsável. Também a “Dor crónica” atinge cada vez mais pessoas, limitante, causadora de desconforto e sofrimento, agrava-se durante o tratamento dialítico que exige quatro horas de quase imobilidade. Avaliar e intervir é imprescindível para todos os enfermeiros. Planear e gerir estratégias de alívio da dor é determinante nos cuidados especializados de enfermagem. Começando pela necessidade de conhecer, avaliar e interpretar a dor, que é única e individual para cada pessoa, incluímos no <i>dossier</i> de enfermagem de cada DRC um instrumento de avaliação da dor crónica (OE) em articulação com o grupo responsável pela gestão da dor no SANE. Em cooperação, pretendemos implementar intervenções complementares como massagem, aplicação de fonte de calor húmido ou gelo, distracção lúdica, relaxamento e ambiente terapêutico. Algumas destas actividades têm demonstrado eficácia e a adesão do DRC e da sua família que replica em casa as actividades. Para o ambiente harmonioso / terapêutico pedimos ao grupo da gestão do risco que aplicasse um inquérito aos DRCs, de modo a identificar o que apontam como facilitador e / ou inibidor de bem-estar, para que possamos posteriormente instituir medidas correctivas ou inovadoras. Em todo o processo a família deverá ser envolvida pois representa-se como elemento facilitador de bem-estar e segurança. Também não deverá ser esquecida, ela própria como alvo dos cuidados, quando pensamos em sofrimento e dor. Com o exposto demonstramos estar sensibilizada para a intervenção junto da pessoa / família com dor e termos desenvolvido a unidade de competência em causa.
K.1.4 — Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de	A qualidade dos cuidados de enfermagem que procuramos dispensar às pessoas ao nosso cuidado, representa-se na sua dimensão Ética e Deontológica, considerando o que é melhor para a pessoa – beneficência, sendo que este “melhor” é ajustado com ela e sua família - autonomia. Revemo-nos em Watson⁴⁸ (2002) que interpreta as relações entre enfermeiro / pessoa / família como “ ... <i>momentos científicos, profissionais, éticos, estéticos, criativos e personalizados,</i>

⁴⁸ WATSON, Jean - *Enfermagem Pós-moderna e Futura: Um Novo Paradigma da Enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002. ISBN 972-8383-37-1

saúde/doença e ou falência orgânica.	<i>entre duas pessoas que permitem o contacto entre o mundo subjectivo e a consciência de ambos...</i>”. O encontro intencional entre as pessoalidades do enfermeiro e da Pessoa destinatária dos cuidados / família “... <i>pode libertar poder interior, força e, pode ajudar a pessoa a ganhar um sentido de harmonia interior</i>”⁴⁹ (WATSON). Na mesma referência bibliográfica, esta autora reforça que “o <i>profissional de saúde envolvendo-se nesta perspectiva detém uma consciência e intencionalidade de cuidar no sentido do todo como um ideal moral... O fim é a protecção, o aumento e preservação da dignidade, da humanidade, do todo e da harmonia interior. O fim transpessoal também contempla objectivos de auto-conhecimento, auto-controle e de cuidar, e mesmo a possibilidade de auto-recuperação</i>” face às situações críticas de saúde / doença e / ou falência orgânica. Estas, intencionalidade terapêutica e finalidade dos cuidados, serão também compartilhadas com a sistematização dos cuidados. Consolidado isto pelo nosso mandato social que nos compromete com as Pessoas, com os grupos, com a comunidade⁵⁰, ao colocar ao dispor da pessoa / família um enfermeiro de referência (responsável) para ouvir, compreender e ajudar é facultar a escuta dos pedidos destas pessoas e dar resposta àquilo que necessitam. Isto é estarmos atentas às perturbações emocionais da pessoa / família e adequar estratégias. Logo na pós-graduação demonstrámos esta preocupação no estudo de caso escolhido. Descobrir que alguém apenas precisa ser vista na totalidade, com as suas fragilidades, DRC e HIV e, só connosco pode ser assim autêntica, se sente aceite e isso fá-la sentir-se bem, foi algo surpreendente. Se sentimos medo ao punção-la e o demonstramos “discretamente” é natural para ela, compreende. Esta autenticidade do enfermeiro é congruente e promove a confiança, a relação terapêutica, ainda que não intencional. Promover a integralidade na planificação dos cuidados e trazer a intencionalidade para a relação é assistir com os melhores cuidados de enfermagem. Este PIS promove-o e indica a competência adquirida.
K.1.5 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de	Parafraseando Lopes⁵¹ considerar a prestação de cuidados de enfermagem holísticos necessita “...<i>tanto de um saber processual quanto de uma base relacional e comunicacional (onde o Outro é conceptualizado como o centro da ajuda), ou ainda, de uma ampliação do escopo dos fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem e de saúde a considerar nessa ajuda, a relação entre estes dois processos de ajuda parece teórica e praticamente possível (desejável, até), em especial com populações com necessidades complexas em cuidados de saúde</i>” (2010).

⁴⁹ *Idem*, Ibidem

⁵⁰ Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros / REPE), 4º, 1.

⁵¹ LOPES, Joaquim - O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento. [Em linha]. Artigo de Investigação: Revista Toxicodependências. Ed. IDT, Volume 16, Nº 1. 2010. [Consult. 2 Abril 2011]. Disponível em <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:cx73BopCavUJ:www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencia>

alta complexidade do seu estado de saúde.	A evidente complexidade dos processos relacionais e comunicacionais, necessários à Relação de Ajuda, ao Aconselhamento e à sistematização da planificação de cuidados de enfermagem para Problemas de Saúde Complexos, em confronto com a matriz de individualização das especialidades⁵² (2009), insere-os campo de actuação do especialista, em intervenção directa ou como consultoria. As barreiras à comunicação, com causa fisiológica, cultural ou emocional dificultam a concretização da intencionalidade terapêutica. Será necessário intervir para diminuir ou eliminar estes elementos dificultadores. Lopes⁵³ considera a intervenção relacional terapêutica assente num processo de avaliação diagnóstica com o objectivo primordial de compreender a forma como é vivida a doença, os seus sinais e sintomas e que ajuda a pessoa necessita para ultrapassar as dificuldades da sua situação. Esta concepção permite, conjuntamente, compreender a dimensão e o significado das barreiras à comunicação, sendo esta uma barreira à concretização da relação terapêutica, aconselhamento ou planificação de cuidados. Interpretar os pedidos explícitos e implícitos da Pessoa é indispensável à gestão comunicacional. O acolhimento, a avaliação inicial favorecerão o seu diagnóstico. Acolher cordialmente, apresentar o meio envolvente e os profissionais, explicar os procedimentos, mostrar disponibilidade, interesse e explicitar em doses adequadas os processos de saúde / doença / tratamento, envolvendo a família, se todos o desejarem, é conquistar a confiança, necessária à relação, possibilitando a identificação de necessidades implícitas e barreiras na comunicação. Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista deve integrar e mobilizar todos os critérios desta competência atribuída a este especialista. A comunicação será o “<i>espaço</i>” onde tudo acontece e que permite esta dinâmica nos cuidados e só assim os poderemos considerar holísticos. Na sua planificação, os enfermeiros podem utilizar-se da CIPE⁵⁴ considerando que permite “...<i>comunicar e comparar dados de enfermagem entre contextos, países e idiomas. Estes dados podem ser usados para apoiar a tomada de decisão clínica, avaliar os cuidados de enfermagem e os resultados dos clientes, desenvolver políticas de saúde, e gerar conhecimento pela investigação.</i>” (CIPE versão 1.0). Será, assim, um instrumento facilitador da avaliação dos resultados que, para além de enquadrar-se nos objectivos institucionais favorecerá a gestão comunicacional entre o DRC / Família / Enfermeiro e na
--	--

⁵² ORDEM DOS ENFERMEIROS – Caderno temático, Modelo de desenvolvimento profissional. [em linha]. Lisboa. 2009. [Consult. 5 de Julho de 2010 às 22h30'] - Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIindividualizacaoEspecialidades.pdf>.

⁵³ LOPES, Manuel José - A relação enfermeiro/doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: Formasau. 2006. ISBN 972-8485-62-X

⁵⁴ CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) Versão 1.0: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8

	equipa multidisciplinar e, também, a continuidade dos cuidados, garantindo a sua segurança e qualidade e formando-se como destaque da competência adquirida.
K.1.6 — Gere o estabelecimento da relação Terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou de falência orgânica.	Lopes⁵⁵ considera que na Relação terapêutica de enfermagem intervêm alguns instrumentos cruciais à sua concretização. Destaca, no seu trabalho, dois: A Gestão de sentimentos: Promoção da Confiança – adquirida pela Gestão de comportamentos reactivos, Antecipação, Compromisso, Distracção, Afabilidade e Disponibilidade. Promoção da Esperança e Perseverança – adquirida pela estimulação para a vida. E a Gestão de informação: Explicitação do processo de doença/tratamento – adquirida através da explicação do processo da doença e do processo de tratamento. Como acentuámos em cima, a comunicação facilita a interligação e a percepção das interligações que interagem no processo saúde /doença de cada pessoa / família. A par da sistematização dos cuidados de enfermagem, a relação terapêutica submerge nela, contextualizando-se como cuidado, não deixando por isso ser veículo de cuidados. Para a Ordem dos Enfermeiros⁵⁶ <i>“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”</i>. E Pessoa é um <i>“ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual. Ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se, sofre a influência das condições sob as quais vive. Cada pessoa vivência um projecto de saúde”</i>. Será perceptível, assim, que o propósito destes cuidados seja corroborar para que cada individuo adquira as capacidades e / ou competências para viver o seu próprio projecto de saúde. Através do processo relacional terapêutico, a relação de ajuda, o enfermeiro procurará conferir a cada pessoa poder para perseguir e atingir este seu projecto: O empowerment. Pereira⁵⁷ pretende que <i>“...o enfermeiro avalie com o doente as suas necessidades, tendo em conta a sua globalidade e a interacção familiar, e por um lado promova a tomada de decisão e por outro contribua para o desenvolvimento de competências que visem uma adequada adaptação aos problemas de saúde, num contexto da continuidade de cuidados. Neste sentido estamos perante um novo paradigma, em que o enfermeiro em vez de impor o seu conhecimento, o utiliza como um instrumento de empowerment, num contexto de</i>

⁵⁵ LOPES, Manuel José - *A relação enfermeiro/doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau. 2006. ISBN 972-8485-62-X

⁵⁶ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2001.

⁵⁷ PEREIRA, Mónica A. M. - *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. [Em linha]. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, Especialidade em Intervenção em Enfermagem, sob a orientação da Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar. Lisboa: Universidade Aberta. 2010.[Consult. 1 Abril 2011]. Disponível em <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/1666>

	<i>parceria com o doente/família”.</i> De acordo com Pereira⁵⁸ empowerment “...consiste num processo em que o doente adquire um maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado quer por um ganho de conhecimentos como pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisão e uma participação efectiva no seu projecto de saúde. Este processo pode assim ser utilizado intencionalmente pelo enfermeiro como uma ferramenta promotora da relação terapêutica” (2010). O empowerment⁵⁹, através de relações de Parceria, Empatia e Compromisso confere à Pessoa Autodeterminação, Autonomia e Autoactualização⁶⁰, ou seja, o controlo real da sua vida. O empowerment é, também promovido pelo <i>counselling</i> (Aconselhamento), recurso de relação, cuidativo, que a par da relação de ajuda, de acordo com Lopes⁶¹, fundamenta-se na conceptualização do outro como centro de ajuda. O “aconselhamento é, pois, uma relação dinâmica que se ajusta, ininterruptamente, às necessidades do cliente (sem perder de vista o essencial do pedido de ajuda) e à sua evolução no sentido da mudança por si desejada”⁶² (2010). Promove A Liberdade, a Individualidade e a Integração Social e exige um conjunto de características favorecedoras da concretização da relação; Respeito, Empatia, Autenticidade, Consideração positiva, Imediação e a Concreção. Nisto se concretiza este PIS, visão iniciada na pós-graduação tem agora expressão, sendo elemento suficiente da concretização desta unidade e da competência K.1.
K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi -vítima, da concepção à acção. <i>(Intervém na concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi -vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.)</i>	
K.2.1 — Concebe, em articulação	Enquanto futura enfermeira especialista de “médico-cirúrgica” o nosso coração prende-se aos cuidados à pessoa com doença crónica. Foi neste domínio que ponderámos e realizámos o nosso percurso profissional e também académico.

⁵⁸ Idem, Ibidem

⁵⁹ Idem, Ibidem

⁶⁰ “A auto-actualização é um estado de alcance pleno do potencial e da habilidade para resolver problemas e lidar realisticamente com as situações que se vão deparando ao longo da vida” (Perry & Potter citado por MARTINS, Maria Gorete – Auto-actualização e sofrimento na explicação da aceitação da doença crónica: uma investigação no adulto em tratamento de hemodiálise. [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, sob a orientação do Professor Doutor Jorge A. R. Lume. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2002. [Consult. 23 Março 2011]. Disponível em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9745/3/4654_TM_01_P.pdf.)

⁶¹ LOPES, Joaquim - O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento. [Em linha]. Artigo de Investigação: Revista Toxicodependências. Ed. IDT, Volume 16, Nº 1. 2010. [Consult. 2 Abril 2011]. Disponível em <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:cx73BopCavUJ:www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencia>, p. 65-77

⁶² Idem, Ibidem

com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.	Assim sendo não podemos definir intervenções com uma visão macro das temáticas em discussão. O nosso entendimento, neste domínio, enquanto enfermeira especialista circunscreve-se à protecção da unidade onde trabalho, à segurança dos doentes, famílias e profissionais que por ela passam todos os dias. Foi nesta concepção que delineámos estratégias de desenvolvimento para esta competência:
K. 2.2 — Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.	Primeiro, o conhecimento: fomos procurá-lo estudando os temas inerentes a este domínio. Em 2 de Junho de 2009 frequentámos a acção de formação “Equipa de Evacuação Tipo B – 19”² que decorreu neste hospital com a duração de 3 horas, que nos facultou o entendimento das estratégias a delinear para concretizar esta aquisição. Depois o percurso formativo deste CPLEE (inclui PG MC), a gestão do risco foi um dos focos de abordagem, que mantemos actualizado e permite o entendimento da globalidade das intervenções de enfermagem nesta área de intervenção. A partir daqui e para uma análise reflexiva do contexto, procurámos
K.2.3 — Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.	o plano de emergência interno, na pasta pública do departamento de gestão do risco. Da sua leitura, da memória da acção frequentada, da observação da realidade deparámo-nos com algumas fragilidades que podem levar a situações de emergência multi-vítima e / ou dificultar a actuação em situação de catástrofe. Ainda que conhecedoras do Plano Nacional de emergência, do plano distrital de emergência de protecção civil e plano de emergência hospitalar, é o nível sectorial que nos ocupa e preocupa. De acordo com o plano de emergência interno, supõe-se que para cada serviço, unidade se formalize duas equipas de evacuação (tipos A e B), em que o chefe de cada equipa está devidamente referenciado e intervêm a dois níveis: Diariamente, na verificação e manutenção do protocolado e em situação de emergência, nas funções definidas no plano interno. Esta adequação não foi realizada no SANE o que, em situação de emergência, determina que ninguém sabe o que fazer e quais as prioridades. Que diariamente ninguém se responsabiliza face a atitudes e comportamentos de risco. Mais, que dadas as especificidades do sector não existe plano de emergência sectorial com a devida adequação: os nossos doentes encontram-se ligados a um circuito extra corporal, onde uma parte do seu sangue circula e estão, por isto, impossibilitados de reagir sozinhos necessitando de ajuda diferenciada. Continuando a avaliação do risco local, na perspectiva de acontecimentos com multi-vítimas, podemos observar que dadas as características de uma unidade de hemodiálise, painéis eléctricos, fornecedores de água tratada e de ácido e canos para o esgoto convivem de perto. Em caso de inundação, o risco de incêndio é elevado, com origem em fontes muito próximas das unidades dos doentes. É

	necessário implementar estratégias de redução do risco e de vigilância à sua funcionalidade. Mais uma vez, pela especificidade do sector, ocorre a necessidade de armazenamento de grande quantidade de ácido. Esta acontece junto a outro tipo de material, muito papel e local de permanência dos técnicos de Electromedicina do SANE, indicando-se como não conformidade. A inexistência de um guindaste para mobilizar doentes, ocorre em risco de saúde ocupacional mas, também, em situação de catástrofe dificulta a evacuação dos doentes mais dependentes. Estratégias de melhoria da segurança do SANE: Procurámos as duas enfermeiras responsáveis pela gestão do risco no SANE e propusemos: Estudarmos o plano de emergência interno e as especificidades do sector. Construir um algoritmo para Adequação do Plano de Emergência Interno ao SANE, definindo Actuação Equipa Evacuação Tipo A e B, Coordenador da Evacuação, Chefes Equipa Evacuação A e B, funções diárias e em emergência. A partir deste algoritmo realizar-se formação em serviço de explicitação e treino (Simulacro). Inserir no plano de acção do SANE para 2012, aquisição de um guindaste de mobilização de doentes e reestruturação do local de armazenamento do ácido. A receptividade das enfermeiras da gestão do risco e da Sra. Enf.^a Chefe do SANE foi grande e disponibilizámos a nossa cooperação para a realização destas intervenções. No plano de formação deste ano foram incluídas as formações referidas. Com esta reflexão demonstramos ter adquirido a capacidade de análise sobre o tema, de identificação do risco, de elaboração de estratégias correctivas, de mobilização dos profissionais e, certamente, de intervenção calma e eficiente em caso de emergência. Consideramos adquirida a competência.
--	---

K3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. <i>(Considerando o risco de infecção face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infecção.)</i>	
---	--

K.3.1 — Concebe um plano K.3.1 — Concebe um plano de prevenção e controlo da infecção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	Durante os anos de 2007, 2008 e 2009, fomos co-responsáveis pelo controlo de infecção no SANE. Este período, concomitante à realização da pós-graduação em médico-cirúrgica - cuidados paliativos, favoreceu uma notável aquisição de conhecimentos e competências nesta área de intervenção da enfermagem. Agora, durante este estágio acompanhamos de perto o PIS da aluna MM, que pretende implementar estratégias de sensibilização para a higienização das mãos na unidade onde trabalhamos e nos permite manter actualizadas. O conjunto destas oportunidades facultou-nos as competências para um exercício seguro: Conhecemos: o Plano Nacional de Controlo da Infecção emanado pela Direcção Geral de Saúde, as directrizes implementadas pela Comissão de Controlo da Infecção (CCI) da Instituição, temos conhecimentos na área da microbiologia / infecção / desinfecção / esterilização / assepsia, conhecemos as normas de procedimento implementadas no Serviço relativas à segurança e risco. Aplicamos as normas emanadas pela CCI e divulgamo-las. Não temos dificuldade nas técnicas de Lavagem das mãos e aderimos ao programa de higienização que consideramos basilar. No nosso PIS promovemos o projecto de sobrevida dos acessos, onde as intervenções relacionadas com o controlo de infecção assumem grande
K.3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infecção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	importância. Os ensinamentos ao DRC / família sobre a segurança do seu acesso, primordialmente se este for um cateter central de hemodiálise, são valiosíssimos para a sua segurança. A intervenção na segurança da equipa é igualmente importante e damos um exemplo recente da competência adquirida: uma assistente operacional cortou-se com contacto da ferida com sangue de um doente HIV. Por desvalorização lavou as mãos, colocou um penso e continuou o seu trabalho. Ao observar o penso, desconhecendo o ocorrido, questionámo-la, face à circunstância encaminhámo-la no processo de acidente em trabalho e alertámos a chefe de equipa para o sucedido. É este olhar atento, de interesse ao que nos rodeia, não só ao doente mas ao todo que constitui o ambiente, que permite corporalizar a competência. Numa unidade de hemodiálise as infecções mais comuns são de origem bacteriana e viral. A higienização das mãos, os procedimentos assépticos na conexão do doente ao monitor, a manipulação adequada dos acessos, do circuito extracorporeal, a desinfecção e higienização dos monitores entre diálises, a higienização do cadeirão de diálise, são medidas de prevenção e controle de complicações, diminuindo a probabilidade de ocorrência de infecção associada aos cuidados de saúde. A supervisão das tarefas de higienização, realizadas pelas assistentes operacionais

	e zelar para que a equipa de enfermagem cumpra correctamente os procedimentos de controlo de infecção, surge como intervenção do enfermeiro especialista. Sensibilizar e motivar para a adesão será uma forma eficaz de o fazer. A avaliação dos resultados nesta área de intervenção é importantíssima como indicador da qualidade dos cuidados e também da adesão ao regime terapêutico. Nas actividades indicadas para o objectivo 4 deste PIS, elaborar indicadores de resultado para o plano de cuidados, expressos por indicadores de adesão, considerámos o número de infecções anuais que cada doente apresenta no seu acesso, tendo-se por meta uma taxa <1. Esta é uma área de intervenção do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica que não podemos deixar de considerar transversal a todos os domínios da enfermagem. As infecções associadas aos cuidados de saúde ainda apresentam números importantes que é necessário reduzir. Intervir, adoptando medidas de rigor e exigência consigo próprio e na equipa multidisciplinar é claramente função do especialista. A aquisição dos mais recentes conhecimentos e a sua divulgação, assim como a adopção de estratégias de melhoria da segurança dos doentes / família e profissionais constituirá esta competência que será necessária manter com a actualização permanente de conhecimentos e que estipulamos como exigência pessoal.
--	--

APÊNDICE 12

REUNIÃO FORMATIVA 2

Ficha de Plano de Sessão

Curso

"IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJECTOS DE INTERVENÇÃO NO SANE, INTEGRADOS NO ÂMBITO ACADÉMICO"

Formador

Lina Borges Araújo

Data

21/ 05 /2011

Duração:

1 Hora

Objectivos da sessão

Apresentar a Norma de Orientação Clínica & Algoritmo para o "Plano de Cuidados de Enfermagem ao doente Renal Crónico em Hemodíalise / Família no SANE" e obter o consenso da equipa para a formalizar.

Recursos e Meios

Cartaz informativo da sessão, incluída no plano formativo anual do SANE, consta do horário regular de trabalho dos enfermeiros.

Exposição com recurso a Projector e participação aberta entre formador e formandos.

Estratégia de Avaliação

Utilização do modelo para avaliação da sessão, em vigor no Centro Hospitalar: Da sua análise concluiu-se que 91% dos formandos consideraram os objectivos da acção muito claros e 9% claros. 99% Referiu o conteúdo como completamente adequado e 1% de adequado. 99% Considerou o tema totalmente aplicável e o funcionamento da acção adequado na totalidade. 1% Classificou o funcionamento de muito adequado. 99% Definio a acção como muito boa e 1% de Boa. Ninguém atribuiu sugestões.

Foi obtido consenso para a norma apresentada.

APÊNDICE 13

REUNIÃO FORMATIVA 3

Ficha de Plano de Sessão

Curso

"ADESÃO AO REGIME TERAPÉUTICO COMO FOCO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA" & "PROPOSTA PARA INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO INICIAL"

Formador

Lina Borges Araújo

Data

24/ 11 /2012

Duração:

1 Hora

Objectivos da sessão

Sensibilizar a equipa através da apropriação do conhecimento fundamental sobre Adesão ao regime terapêutico.

Discussão em equipa do instrumento para Avaliação Inicial a incluir na aplicação SAPE Ambulatório.

Recursos e Meios

Cartaz informativo da sessão, incluída no plano formativo anual do SANE, consta do horário regular de trabalho dos enfermeiros.

Exposição

com

recor

Estratégia de Avaliação

Utilização do modelo para avaliação da sessão, em vigor neste Centro Hospitalar: Da sua análise concluiu-se que 99% dos formandos consideraram os objectivos da acção muito claros e 1% claros. 100% Referiu o conteúdo como completamente adequado. 99% Considerou o tema totalmente aplicável e o funcionamento da acção adequado na totalidade. 1% Classificou o funcionamento de muito adequado. 100% Definiu a acção como muito boa. Ninguém atribuiu sugestões.

Foi obtido consenso para o instrumento de Avaliação Inicial apresentado.

INDICE DE ANEXOS

Anexo 01 - INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE CULTURA ORGANIZACIONAL	LXXXIII
---	---------

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE CULTURA ORGANIZACIONAL

CULTURA ORGANIZACIONAL

Cada um dos itens que se seguem traduz quatro descrições de organizações. Distribua 100 pontos pelas quatro descrições conforme a semelhança que apresentem com o seu próprio serviço. Nenhuma das descrições é melhor que a outra, são apenas diferentes. Para cada questão use por favor 100 pontos.

Por exemplo no item 1, se a organização A é muito semelhante à minha, a organização B apresenta algumas semelhanças e a C e D têm qualquer semelhança com a minha, eu devo dar 70 pontos à A e os restantes 30 pontos à B.

1. CARACTERÍSTICAS DOMINANTES

a. ---- A organização A tem características muito próprias, é como uma família alargada. As pessoas parecem dar muito de si próprios.

b. ---- A Organização B é muito dinâmica. As pessoas são capazes de tomar iniciativas e correr riscos.

c. ---- A Organização C é muito estruturada e formal. Aquilo que as pessoas fazem é na sua generalidade regido por processos burocráticos.

d. ---- A Organização D tem uma orientação competitiva. a sua principal preocupação é a obtenção de resultados. As pessoas são orientadas para a produtividade e para o sucesso.

2. O LÍDER ORGANIZACIONAL

- a.--- O líder de topo da Organização A é considerado de um modo geral como mentor, um facilitador, uma figura parental.
- b. --- O líder de topo da Organização B é considerado de um modo geral como um empreendedor, um inovador, um indivíduo que corre riscos.
- c. --- O líder de topo da Organização C é considerado de um modo geral como um coordenador, um organizador, um especialista eficiente.
- d. --- O líder de topo da Organização D é considerado de um modo geral como um indivíduo muito exigente, produtivo, competitivo.

3. A INTEGRAÇÃO ORGANIZACIONAL

- a. --- Aquilo que contribui para a integração organizacional da Organização A é a lealdade e empenhamento. A coesão e espírito de equipa são características desta organização.
- b. --- Aquilo que contribui para a integração organizacional na Organização B é o acento tónico na inovação e desenvolvimento. O ênfase e estar na crista da onda.
- c. --- Aquilo que contribui para a integração organizacional na Organização C são os procedimentos formais, as regras ou as políticas. O mais importante é a manutenção de uma organização sem sobressaltos.
- d. --- Aquilo que contribui para a integração organizacional na Organização D é o ênfase na produção e realização de objectivos. A agressividade do mercado é uma preocupação constante.

4. O CLIMA ORGANIZACIONAL

- a. ---- O clima interno da Organização A é participativo e confortável. Existe um elevado grau de confiança e abertura.
- b. ---- O clima interno da Organização B realça o dinamismo e a capacidade para enfrentar novos desafios. São comuns o ensaiar coisas novas e a aprendizagem tentativa-erro.
- c. ---- O clima interno da Organização C realça a permanência e a estabilidade. Tudo o que diz respeito a regras é claro e seguido à risca.
- d. ---- O clima interno da Organização D é competitivo e de confronto. Ênfase em bater a concorrência.

5. CRITERIOS DE SUCESSO

- a. ---- A Organização A define o sucesso em termos de desenvolvimento dos recursos humanos, espírito de equipa e respeito pelas pessoas.
- b. ---- A Organização B define o sucesso em termos de possuir produtos únicos no mercado ou os mais recentes. É um inovador e um líder de produto.
- c. ---- A Organização C define o sucesso em termos de eficiência. É dada a maior importância à produção a baixo custo, prazos flexíveis e entregas atempadas.
- d. ---- A Organização D define o sucesso em termos de penetração no mercado e respectivas quotas. O seu objectivo principal é a competição.

6. ESTILO DE GESTÃO

- a. ---- O estilo de gestão da Organização A é caracterizado pelo espírito de equipa, o consenso e a participação.
- b. ---- O estilo de gestão da Organização B é caracterizado pela iniciativa individual, inovação, liberdade e inventividade.
- c. ---- O estilo de gestão na Organização C é caracterizado pela segurança de emprego, tempo na função e previsibilidade.
- d. ---- O estilo de gestão na Organização D é caracterizado pela grande exigência, produtividade e sucesso.