



Mónica Sofia Oliveira **Relatório de Trabalho de Projeto**

Veríssimo **Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na prevenção e avaliação do risco de úlceras de pressão ao doente internado no Serviço de Urgência**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob orientação científica da Professora Elsa Monteiro

Dezembro, 2013





Mónica Sofia Oliveira **Relatório de Trabalho de Projeto**

Veríssimo **Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na prevenção e avaliação do risco de úlceras de pressão ao doente internado no Serviço de Urgência**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob orientação científica da Professora Elsa Monteiro

Dezembro, 2013



Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

---

Setúbal, .... de ..... de .....

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

---

Setúbal, .... de ..... de .....



*"A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído."*

Confúcio



## AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer à instituição hospitalar, que nos autorizou a realização do Projeto de intervenção em Serviço e os estágios.

Um agradecimento às orientadoras de estágio. À Sr.<sup>a</sup> Professora E.M. pela sua colaboração e disponibilidade. À Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, T.L., pelo seu apoio, disponibilidade e colaboração.

A todos os profissionais de saúde que contribuíram para a realização deste Projeto, bem como a toda a equipa com quem trabalhamos diariamente pela ajuda e compreensão.

A todos os amigos pelo incentivo e carinho, em especial à amiga e colega Sandra pela sua amizade, compreensão, disponibilidade e estímulo para ultrapassarmos todos os momentos difíceis.

Por fim, um agradecimento muito especial à família pelo seu amor, paciência e palavras de conforto nas alturas mais difíceis.



## RESUMO

O Trabalho de Projeto é um método de trabalho centrado na investigação, análise e resolução de problemas pertinentes no contexto social cognitivo, institucional e deverá constituir-se como um momento para novas aprendizagens (Leite, 2001).

Assim, no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal, realizaram-se três estágios articulados entre si, que decorreram num Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar na Margem Sul do Tejo, onde foi desenvolvido um PIS (Projeto de Intervenção em Serviço) na área temática de úlceras de pressão, que segundo Ferrito, et al (2010, p.2) se baseia *”num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”* e que *“através da pesquisa realizada, da análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.”*

Por outro lado, foi também desenvolvido um PAC (Projeto de Aprendizagem de Competências), na medida que a realização destes dois projetos propicia momentos de aprendizagem e reflexão que visaram o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

Este documento tem como objetivo refletir sobre os estágios realizados e sobre o trabalho desenvolvido no âmbito do PIS e PAC. Pretende-se igualmente descrever as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC desenvolvidas com a realização do PIS e do PAC, bem como referenciar o contributo dos aportes teóricos apreendidos ao longo do curso e a sua adequação à prática clínica, através de um modo reflexivo, que permitiram desenvolver não só as competências do enfermeiro especialista mas também as de Mestre em Enfermagem MC.

**Palavras- chave:** Úlceras de Pressão, Escalas de Avaliação de desenvolvimento de úlceras de pressão, Prevenção de úlceras de pressão, Competências, Trabalho de Projeto, Enfermagem Médico-Cirúrgica



## ABSTRACT

The Project Work is a method of work focused on research, analysis and resolution of relevant issues in the cognitive, social and institutional context should be as a time for new learning (Leite, 2001).

Thus, during the 1st Master Degree Course in Medical-Surgical Nursing at the health school of Setúbal, at the Institute Polytechnic of Setúbal, three stages were articulated with each other, where they were seen two dimensions, one directed to the development of an Intervention Project in Service (IPS) and another for the development of a Competencies Learning Project (CAP) in order to provide a moment of learning that will enable students to develop expertise in the area of Medical-Surgical Nursing through the assessment, planning, intervention and research and relate them with the competencies of the master in Medical-Surgical Nursing.

The development of these stages held in the emergency room of CHMST, EPE, was supported by Project Methodology, that according Ferrito, et al (2010, p. 2) *"is based on a real problem identified and the implementation of effective interventions and strategies for their resolution" and that "through the survey, analyzing and solving real problems of context is a promoter of a reasoned and evidence-based practice."*

This document aims to reproduce the stages performed, on the completion of the internship project and respective activities. It also aims to describe the competences mobilized and developed Intervention Project in Service (IPS) and Competencies Learning Project (CAP), emphasize the contribution of theoretical seized throughout the course and their appropriateness to clinical practice, through a reflective mode, comparing them with the competencies defined for the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing and to nurses in Medical-Surgical Nursing.

**Keywords:** Pressure ulcers, Rating scales of development of pressure ulcers, pressure ulcers prevention, competencies, Project Work, Medical- Surgical Nursing.



## SIGLAS

- CHMST, EPE – Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo, Entidade Pública Empresarial
- DGS – Direção Geral de Saúde
- EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica
- EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel
- GAIF- Grupo Associativo de Investigação em Feridas
- IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
- OE- Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAC- Projeto de Aprendizagem de Competências
- PIS- Projeto de Intervenção em Serviço
- REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RCN – Royal Council of Nursing
- SO – Sala de Observação
- SUG – Serviço de Urgência Geral
- UE – União Europeia
- UIPA – Unidade de Internamento Polivalente de Agudos



## Índice

0. INTRODUÇÃO.....	21
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	25
1.1 – Teoria do Conforto.....	26
1.2 – Úlceras de pressão.....	29
1.3 – Qualidade em saúde .....	45
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO (PIS).....	49
2.1 – Diagnóstico de situação .....	51
2.1.1. Objetivos .....	57
2.2. Planeamento do PIS .....	58
2.3 – Execução, Avaliação do PIS e Cronograma Final .....	61
3. PROJECTO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS (PAC).....	67
3.1. – Diagnóstico de situação .....	67
3.2. – Planeamento/ Cronograma inicial.....	68
3.3 – Execução/Avaliação/ Cronograma final .....	72
4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA E CONTRIBUTOS TEÓRICOS .....	81
4.1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.....	83
4.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica .....	91
5. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	101
6. CONCLUSÃO .....	109
REFERÊNCIAS .....	113
BIBLIOGRÁFICAS .....	113
ELETRÓNICAS.....	121

APÊNDICE I – Ficha de Diagnóstico de Situação.....	127
APÊNDICE II – Pedido de Autorização .....	137
APÊNDICE III - Questionário .....	141
APÊNDICE IV – Consentimento Informado .....	151
APÊNDICE V – Tratamento de Dados .....	155
APÊNDICE VI – Análise SWOT.....	187
APÊNDICE VII – Planeamento do Projecto .....	191
APÊNDICE VIII – Cronograma Inicial do PIS.....	197
APÊNDICE IX – Dossier Temático Sobre Úlceras de Pressão .....	201
APÊNDICE X – Ação de Formação sobre Úlceras de Pressão .....	219
APÊNDICE XI – Plano de Ação de Formação Sobre Úlceras de Pressão.....	229
APÊNDICE XII – Divulgação da Ação de Formação Sobre Úlceras de Pressão .....	235
APÊNDICE XIII – Proposta de Alteração da Folha de Auditoria Interna .....	239
APÊNDICE XIV – Relatório de Melhoria Contínua da Qualidade .....	243
APÊNDICE XV – Cronograma Final do PIS.....	251
APÊNDICE XVI – Planeamento do Projeto de Aprendizagem de Competências .....	257
APÊNDICE XVII – Cronograma Inicial do PAC .....	263
APÊNDICE XVIII – Artigo Científico .....	271
APÊNDICE XIX – Trabalho Sobre Supervisão de Cuidados.....	287
APÊNDICE XX – Relatório de Estágio no Gabinete de Gestão de Risco.....	337
APÊNDICE XXI – Dossier Temático com Fichas Técnicas de Segurança Sobre Produtos Tóxicos Existentes no SUG.....	349
APÊNDICE XXII – Grelha de Auditoria Sobre o Adequado Acondicionamento de Produtos Tóxicos Existentes no SUG.....	373
APÊNDICE XXIII – Relatório de Estágio na Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar.....	377
APÊNDICE XXIV – Procedimento Setorial – Drenagem Torácica .....	391

APÊNDICE XXV – Ação de Formação aos Assistentes Operacionais relativamente à descontaminação e Manuseamento de Material e/ou Equipamento Hospitalar .....	409
APÊNDICE XXVI – Divulgação da Ação de Formação aos Assistentes Operacionais .....	417
APÊNDICE XXVII – Plano da Ação da Formação aos Assistentes Operacionais.....	421
APÊNDICE XXVIII – Cronograma Final do PAC.....	425
ANEXOS .....	433
ANEXO I – Escala de Norton .....	435
ANEXO II – Escala de Braden.....	439
ANEXO III – Folha de Avaliação da Acção de Formação .....	443



## 0. INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento avaliativo, definido como Trabalho de Projeto, insere-se no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal.

O Trabalho de Projeto é um método de trabalho centrado na investigação, análise e resolução de problemas pertinentes no contexto social cognitivo, institucional e deverá constituir como um momento para novas aprendizagens (Leite, 2001).

Este método supracitado pode ser considerado ” (...) *um modus operandi, uma estratégia que implica um método de ação (...) Procura-se, através dele, encontrar respostas para determinados problemas. Investigar e propor soluções pressupõe a alteração de situações previamente identificadas, isto é, uma análise-diagnóstico do estado real das coisas, com o desejo/projeto de mudar qualitativamente pelo menos alguns aspetos do status quo, percorrendo várias etapas.*” (<http://aulaportugues.no.sapo.pt/trabalhoprojecto.htm>).

Assim, de acordo com o Plano de Estudos do Curso supracitado, realizaram-se três estágios articulados entre si, no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar na Margem Sul do Tejo, com orientação tutorial das Sr.<sup>a</sup> Prof. E. M. e da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Especialista T. L. (Enfermeira Especialista no Serviço de Consultas Externas do Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo), que decorreram nos períodos de 26 de Setembro de 2011 a 8 de Fevereiro de 2012 e de 19 de Março a 11 de Julho de 2012, com um total de 864 horas.

Deste modo foram equacionadas duas dimensões, uma direcionada para o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e outra para o desenvolvimento de um Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC), com o intuito de propiciar um momento de aprendizagem que possibilitasse o desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, recorrendo à Metodologia de Projeto.

Esta metodologia reveste-se de grande importância pois, como refere Guerra (1994, p.5) “ *cria uma pedagogia de aprendizagem, em oposição à pedagogia de ensino que se insere numa pedagogia tradicional. Pressupõe um novo conceito de aprendizagem, em que o aluno é considerado um agente dinâmico, criador, suscetível de construir o seu processo de conhecimentos, com base numa relação dialógica – responder-questionar.*”

Com o culminar dos estágios, chegou o momento de relatar as experiências vivenciadas e descrever as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do 1º Curso de Mestrado em EMC.

Com a elaboração de um relatório pretende-se transmitir um conjunto de informações, relacionadas com uma determinada atividade, projeto, pesquisa ou ação, tendo como principais componentes o problema, os objetivos, o quadro de referência, os métodos e os resultados de investigação (Fortin, 1999).

Assim, este relatório de trabalho de projeto tem como objetivos refletir sobre os estágios realizados, sobre a realização do PIS e PAC e respetivas atividades desenvolvidas, bem como descrever as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em EMC adquiridas e desenvolvidas com a concretização do PIS e PAC e realizar uma análise reflexiva sobre as competências de Mestre em EMC adquiridas ao longo do 1º Curso de Mestrado em EMC.

Este documento encontra-se estruturado em seis partes: na primeira parte, o Enquadramento Concetual, onde se refere e desenvolve a Teoria de Enfermagem que se encontra subjacente ao projeto desenvolvido, bem como a temática úlceras de pressão que serviu de suporte para a realização do PIS; na segunda parte, o Projeto de Intervenção em Serviço, onde são enumeradas as várias etapas da Metodologia de Projeto (diagnóstico, planeamento, execução e avaliação) cronologicamente; na terceira parte, o Projeto de Aprendizagem de Competências, onde são referidos e desenvolvidos os objetivos delineados, bem como as atividades desenvolvidas para a aquisição das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica; na quarta parte, a análise das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e contributos teóricos, onde se analisa e sintetiza as aprendizagens adquiridas relacionando-as com as competências (específicas

do enfermeiro especialista) desenvolvidas; na quinta parte, a Análise das Competências de Mestre, onde é apresentada a relação entre as competências do enfermeiro especialista com as do mestre em enfermagem médico-cirúrgica e, na sexta e última parte, a Conclusão, onde se descreve e analisa sumariamente o percurso realizado, os objetivos definidos, os aspetos facilitadores e constrangedores encontrados no decorrer deste trajeto.



## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Uma das características de uma profissão é o aumento do seu corpo de conhecimento próprio resultante da investigação. Este corpo de conhecimento e evolução profissional é permitido pela investigação desenvolvida nesta área, quer seja em contexto de trabalho quer em contexto académico.

A profissionalização da Enfermagem iniciou-se com Florence Nightingale, que ao estabelecer os primeiros pressupostos teóricos, criou padrões para a educação e prática da enfermagem, através da aplicação de toda a sua sabedoria e experiência na arte do cuidar. Tendo por base um conceito teórico coerente, articulado e explícito, que caracteriza o início de um corpo específico de conhecimento e que através da pesquisa cresce e se transforma (Tomey e Alligood, 2004).

Desde então foram desenvolvidas várias filosofias, teorias e modelos conceptuais, tendo por base investigações, que conduziram a Enfermagem a um nível mais elevado, permitindo esta ser reconhecida como uma profissão e uma disciplina (Tomey e Alligood, 2004).

Os modelos teóricos de enfermagem têm surgido sempre contextualizados à sua época, pois são sempre influenciados, de alguma forma, pelas condições socioeconómicas dominantes e pelo conjunto do sistema de cuidados de saúde dentro do amplo enquadramento da sociedade a que servem. Segundo Pearson et Vaughan (1992, p.14) *“um modelo de enfermagem é uma imagem ou representação do que a enfermagem é na realidade.”*

Para Tomey e Alligood (2004, p.720) *“os modelos e as teorias de enfermagem fornecem uma perspectiva dos principais conceitos da disciplina (metaparadigma), geram saber sob a forma de orientação teórica para a investigação e a prática e conduzem ao desenvolvimento de novos instrumentos de investigação próximos da perspectiva”*. Surgem como uma estrutura organizativa que fornece significado ao conhecimento, permite a constatação das limitações para descrever, explicar ou prever os fenómenos de enfermagem.

Como enquadramento de base à reflexão acerca do trabalho desenvolvido na prática clínica considerámos pertinente a escolha de uma teoria de médio alcance

porque, como referem Tomey e Alligood (2004, p.7), estas permitem depreender “o nível mais abstrato do conhecimento teórico, porque incluem pormenores característicos da prática de enfermagem”.

### 1.1 – Teoria do Conforto

A escolha da Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba, deve-se à visão holística do cuidar em enfermagem que esta transmite, propiciando uma prática centrada nas necessidades dos doentes e por se tratar de uma teoria recente e inovadora, permite mensurar as medidas de conforto proporcionadas ao doente e a realização de trabalhos de investigação (Apóstolo, 2009).

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea (2001, p.918) conforto significa consolo, bem-estar, comodidade, alívio e surge como conceito relevante em várias teorias de enfermagem, sendo utilizado por variados autores (Nightingale, Harmer, Morse, Watson, Leininger, Kolcaba), associado aos diversos contextos da prática de enfermagem, quer na perspetiva do doente, quer na do enfermeiro e /ou enfermagem, ou na de ambos, que estudam tais fenómenos.

De acordo Tomey e Alligood (2004, p.484) citando Kolcaba, conforto é definido como “ *a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)* ”, como uma condição vivida pelas pessoas que recebem medidas de conforto, ou seja, é uma experiência imediata e holística fortalecida através da satisfação das necessidades de conforto no contexto duma experiência específica.

A mesma autora acrescenta que o conforto é um estado em que as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência estão satisfeitas (Kolcaba, 1991; 1994; 2003).

Segundo Dowd (2004, p.484) ao desenvolver e testar a teoria, Kolcaba investigou quatro grandes princípios relacionados com a natureza do conforto holístico:

1. “O conforto é geralmente próprio de uma condição”, ou seja, a situação específica em que um doente se encontra;
2. “O resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo”, variando no mesmo doente ao longo do tempo;
3. “Qualquer intervenção de enfermagem holística, consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo”;
4. “O conforto total é maior que a soma das suas partes”.

Para Kolcaba (2001) os tipos de conforto são definidos como:

- **Alívio** (a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica);
- **Tranquilidade** (o estado de calma ou contentamento);
- **Transcendência** (a condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento).

Dowd (2004) refere que Kolcaba, ao investigar literatura sobre o holismo, concluiu que as necessidades de conforto podem ser experimentadas em quatro contextos:

- **Físico** (pertencente às sensações do corpo);
- **Psico-espiritual** (pertencente à consciencialização interna de si próprio, incluindo a estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida, relação do indivíduo com uma ordem ou um ser mais elevado);
- **Ambiental** (pertencente na relação com o meio, condições e as influências externas);
- **Social** (pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais).

No que se refere aos conceitos de enfermagem, doente, ambiente e saúde, Kolcaba citada por Dowd (2004) define-os como:

- **Enfermagem**, entendida como a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparando-os com a anterior linha de base. Esta apreciação e reapreciação poderão ser intuitivas e/ou subjetivas, quando uma enfermeira questiona o doente se este se encontra confortável, ou objetiva, quando nas observações da cicatrização de feridas, alterações analíticas ou de comportamento.
- **Doente**, como o indivíduo, família, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde. Ao proporcionar conforto ao doente, o profissional de enfermagem deve encarar este como um ser único numa situação particular e que carece de cuidados personalizados, atendendo ao seu bem-estar físico e mental.
- **Ambiente**, os aspetos que podem estar relacionados com o doente, família ou comunidade, que afetam o conforto e que podem ser manipulados para o melhorar.
- **Saúde**, como o funcionamento ótimo, de acordo com o definido pelo doente, família ou comunidade.

Como referido anteriormente, esta teoria reveste-se de grande importância para a investigação em enfermagem pois ao avaliar o conforto como resultado sensível aos cuidados de enfermagem, permite demonstrar a eficácia dos cuidados holísticos de enfermagem.

Kolcaba desenvolveu um instrumento para medir o conforto, “*General Comfort Questionnaire*”, construído a partir da estrutura taxonómica da sua tese (Kolcaba, 2003, p.38). Com a aplicação deste instrumento, torna-se possível avaliar a efetividade de uma intervenção, avaliando o grau de conforto obtido quando as necessidades de conforto, previamente identificadas, vão sendo consideradas satisfeitas pelo doente.

Através da utilização da estrutura taxonómica de conforto, disponibiliza-se um mapa do domínio do conteúdo do conforto que possibilita a outros investigadores a sua utilização para elaborarem os seus próprios instrumentos de conforto.

Esta Teoria permite descrever uma prática centrada no doente e explica como determinar se as medidas de conforto importam aos doentes, à sua saúde e à viabilidade das instituições (Dowd, 2004).

Deste modo, a escolha desta teoria considera-se importante porque a área de intervenção do PIS (Projeto de Intervenção em Serviço) que desenvolvemos ao longo dos estágios referenciados insere-se na temática úlceras de pressão, cuja etiologia é multifatorial, pelo que, os cuidados de enfermagem prestados ao doente, na sua prevenção e tratamento, devem ser realizados através de uma abordagem holística, integral, segundo as necessidades do mesmo, de forma a proporcionar conforto e a minimizar o seu sofrimento, pois as úlceras de pressão são um problema de saúde que afeta muitos doentes, principalmente pessoas com pouca mobilidade, alterações do estado de consciência, idade avançada, deficiências nutricionais e com outras patologias associadas (Morison, 2004).

Consideramos pertinente a utilização do termo doente ao longo do trabalho desenvolvido na medida que nos identificamos com a teoria do conforto, onde esta designação é utilizada pela autora, bem como pelo fato de ser, frequentemente, utilizado na nossa prática diária.

## 1.2 – Úlceras de pressão

As úlceras de pressão são definidas como lesões dos tecidos de revestimento (pele), resultando de um prolongado período de isquémia tecidular, originadas pelo compromisso da microcirculação e do sistema linfático (Furtado, 2003).

O European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP, 2009, p.9), define Úlcera de Pressão (UP) como uma *“lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. As úlceras de pressão também estão associadas a fatores contribuintes cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido.”*

Segundo Dealey (2006, p.140), a úlcera de pressão é definida como “ *uma lesão localizada, causada pela interrupção do fornecimento sanguíneo à zona, geralmente em resultado de pressão, torção ou deslizamento, ou fricção, ou uma combinação de qualquer destas.*”

Por outro lado Baranoski e Ayello (2005, p. 279), definem úlcera de pressão como “*qualquer lesão causada por pressão não aliviada resultando dos tecidos subjacentes*” podendo estar envolvidos variados tecidos como a pele, tecido adiposo subcutâneo, fáscia profunda, músculo e osso.

As causas das úlceras de pressão são variadas e compreendem fatores de natureza intrínseca e extrínseca. Nos fatores intrínsecos incluem-se a idade, insuficiência vasomotora e pressão arterial baixa, limitação da mobilidade, Diabetes, desnutrição/desidratação, vasoconstricção periférica e alterações endoteliais e condição física. Relativamente aos fatores extrínsecos, estes são a pressão, fricção, forças de deslizamento, superfícies de apoio, humidade e medicação (Ferreira et al, 2007).

De acordo com a EPUAP (2009) as úlceras de pressão podem ser classificadas em quatro categorias:

### **Categoria I: Eritema não branqueável**

Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento, podendo apenas existir uma cor diferente da pele em redor. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.

### **Categoria II: Perda parcial da espessura da pele**

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.

### **Categoria III: Perda total da espessura da pele**

Perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados.

### **Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos**

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fascia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável.

Relativamente às localizações mais comuns das úlceras de pressão, verifica-se que estão intrinsecamente relacionadas com os fatores de risco referidos anteriormente, sendo as localizações mais frequentes a região sagrada, os calcâneos e a região trocantérica.

Atualmente, considera-se que a maioria das úlceras por pressão são evitáveis, através de cuidados e utilização de dispositivos adequados, pelo que é importante desenvolver estratégias de educação e prevenção. (Morison et al, 2004)

A prevenção de úlceras de pressão melhora a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, reduzindo o sofrimento e os custos quando comparados com o seu tratamento. (Gouveia e Miguéns, 2009)

A utilização de Escalas de Avaliação do Grau do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão torna-se uma ferramenta prática e fácil de usar, permitindo melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes com probabilidade de desenvolver situações que comprometam a integridade cutânea. Estas escalas tornam-se um valioso instrumento de trabalho porque permitem que através da colheita de dados e interpretação dos mesmos, se implemente intervenções mais adequadas, assentes em estudos realizados e baseados em evidência. Possibilitam uma avaliação ponderada e

mensurável que permite a uniformização da avaliação entre a equipa multidisciplinar (Furtado et al, 2008).

A aplicação de escalas de risco permite avaliar o risco de uma população e revestem-se de grande utilidade ao contribuírem para a definição de estratégias para diminuir a incidência de formação da úlcera por pressão, através do estabelecimento de prioridades e de intervenções preventivas mais eficazes.

Estas são recomendadas pela maioria das políticas de prevenção, sendo a sua utilização referida como o primeiro passo para um programa abrangente de gestão de úlceras de pressão, na medida que permitem a escolha de equipamento de prevenção baseado no risco, disponibilidade do equipamento e preferência do cliente (Gouveia e Miguéns, 2009).

Contudo, utilizar as escalas supracitadas, apenas sem utilizar um protocolo ativo de prevenção que possibilite a promoção de cuidados, visando a prevenção (de acordo com o grau identificado), tem um impacto reduzido na redução da incidência de úlcera de pressão, pelo que, concomitantemente, os profissionais de saúde devem dispor de conhecimentos, competências, tempo e recursos materiais que possibilitem uma adequada atuação (Furtado et al, 2008).

Para Duque et al (2009), mais do que apenas realizar uma avaliação do risco, importa avaliar de forma continuada e sistematizada as alterações na situação clínica do doente.

São várias as escalas utilizadas pelos enfermeiros que facilitam a identificação dos doentes em risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e evitam/previnem o aparecimento de úlceras de pressão, contudo em Portugal, as mais utilizadas são a Escala de Norton e Escala de Braden (Furtado et al, 2008).

### **Escala de Norton**

Esta escala foi desenvolvida por Doreen Norton em 1962, tendo sido aperfeiçoada em 1975, avalia parâmetros distribuídos por cinco dimensões: condição física, condição mental, atividade, mobilidade e incontinência. Pode ter uma ponderação mínima de 5 e máxima de 20, sendo que quanto mais baixo for a pontuação maior é o risco (Anexo I).

Apesar de permitir uma aplicação rápida e fácil, foi especialmente desenvolvida para grupos de idosos internados, não sendo inevitavelmente aplicável a grupos de indivíduos jovens, além de não contemplar alguns fatores de risco como a nutrição e a fricção (Ferreira et al, 2007).

### **Escala de Braden**

Esta Escala foi elaborada em 1987, por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, com o intuito de responder a algumas limitações da Escala de Norton.

A EPUAP (2009) recomenda a utilização da Escala de Braden como sendo a que apresenta maior fiabilidade, viabilidade, aceitabilidade, segurança, simplicidade e menor custo.

A nível nacional esta escala foi validada em 2001, pelo Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF), nomeadamente por Carlos Margato, Cristina Miguéns, Kátia Furtado, Pedro Ferreira e João Gouveia e a sua utilização é preconizada pela Direção Geral de Saúde, através da orientação nº 017/2011, aquando a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Esta escala é composta por seis dimensões: perceção sensorial; humidade; atividade; mobilidade; nutrição e fricção e forças de deslizamento. Estas dimensões contribuem todas para o desenvolvimento de úlceras de pressão, pelo que nenhuma deve ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra (Anexo II).

As seis subescalas estão ponderadas de 1 a 4, com exceção da subescala fricção e forças de deslizamento que se encontra pontuada de 1 a 3, sendo cada uma delas operacionalizada por critérios predefinidos. A pontuação total pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco), trata-se de uma escala negativa, porque quanto menor for a pontuação maior será o comprometimento apresentado e, por conseguinte, maior será o risco para desenvolver uma úlcera de pressão.

É considerado de alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, todo o indivíduo que apresente uma pontuação total inferior ou igual a 16.

Recomenda-se que cada uma das subescalas seja analisada individualmente, com a finalidade de implementar medidas preventivas para cada uma.

No que respeita à *percepção sensorial* subdivide-se em quatro itens: completamente limitada, muito limitada, ligeiramente limitada, nenhuma limitação.

Na dimensão *humidade* pretende-se avaliar o nível de exposição da pele, assim divide-se em pele constantemente húmida, pele muito húmida, pele ocasionalmente húmida e pele raramente húmida.

Relativamente à dimensão *atividade*, pretende-se avaliar o nível de atividade física de um indivíduo, e subdivide-se em acamado, sentado, anda ocasionalmente e anda frequentemente.

No que refere à dimensão *mobilidade* pretende-se avaliar a capacidade do indivíduo em alterar e controlar a posição do corpo, dividindo-se em completamente imobilizado, muito limitada, ligeiramente limitada e nenhuma limitação.

No que considera a dimensão *nutrição* esta divide-se em muito pobre, provavelmente inadequada, adequada e excelente.

Finalmente, quanto à dimensão *fricção e forças de deslizamento*, esta está dividida em problema, problema potencial e nenhum problema.

Juntamente com esta escala é aconselhada a avaliação e o registo do estado da pele e da sua integridade com um instrumento de pele devidamente validado. Uma avaliação contínua do estado da pele torna-se essencial para a identificação precoce de possíveis danos causados por pressão, devendo-se documentar todas as avaliações realizadas, incluindo informação relacionada com a existência de dor, visto que a sua presença muitas vezes, constitui um antecessor de lesão tecidual (Ferreira et al, 2007).

Nixon e McGough (2004) referem que as escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de UP possibilitam aumentar a atenção a fatores de risco, fornecendo um padrão mínimo de avaliação de risco e melhorando os registos, o que favorece uma base de trabalho para a prestação de cuidados e fornece um indicador bruto de risco.

É no entanto, importante referir, que apesar do número de escalas existentes, nenhuma delas, por si só, responde de forma completa para todo o tipo de doente ou situação, devendo adequar-se às condições onde são aplicadas (Ferreira et al, 2007).

Apesar dos estudos realizados evidenciarem algumas limitações associadas às escalas de risco, a evidência defende: a importância dos estabelecimentos de saúde em definirem uma política de avaliação do risco de desenvolvimento de UP (com implementação de uma escala de risco); a formação dos profissionais nessa área; e a documentação de todas as avaliações realizadas para acompanhamento da evolução do doente (EPUAP, 2009; Ferreira, 2007; RCN 2005).

O propósito destas recomendações para a prevenção de úlceras de pressão é o de orientar cuidados baseados na evidência. Deste modo, as recomendações para a prevenção aplicar-se-ão a todos os indivíduos vulneráveis e em todos os grupos etários. A elaboração de *Guidelines* é direcionada aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados aos doentes e pessoas vulneráveis, que estão em risco de desenvolver úlceras de pressão e que se encontram quer em ambiente hospitalar, quer em cuidados continuados, em lares ou em outro lugar, independentemente do seu diagnóstico ou necessidades de cuidados de saúde. Nas *Guidelines* emanadas pela EPUAP (2009) são apresentadas linhas de orientação baseadas na evidência (escala de força da evidência a,b e c), relativos a avaliação do risco, avaliação da pele, nutrição, reposicionamento e superfícies de apoio.

No que se refere às recomendações para a prevenção das úlceras de pressão, a EPUAP (2009), apresentou-as da seguinte forma:

- **Avaliação do risco**

Que se divide em:

### **Política de Avaliação de Risco**

1. Estabelecer uma política de avaliação dos riscos em todas as instituições de saúde. (Força de Evidência = C).
2. Educar os profissionais de saúde sobre a forma como obter uma avaliação de riscos precisa e fiável. (Força de Evidência = B).
3. Documentar todas as avaliações de risco. (Nível de Evidência = C).

## **Prática de Avaliação do Risco**

4. Utilizar uma abordagem estruturada para a avaliação de risco para identificar os doentes em risco de desenvolverem úlceras de pressão. (Força da Evidência =C).
5. Usar uma abordagem estruturada para a avaliação de risco que inclua a avaliação da atividade e da mobilidade. (Força da Evidência = C).

5.1 Considerar os doentes acamados e/ou confinados a uma cadeira de rodas em risco de desenvolverem úlceras de pressão.

6. Usar uma abordagem estruturada para a avaliação de risco que implique uma avaliação global da pele, incluindo alterações em pele intacta. (Força da Evidência = C).

6.1 Considerar os doentes com alterações na pele intacta, suscetíveis de risco de desenvolver úlceras de pressão.

7. Usar uma abordagem estruturada para a avaliação do risco que seja refinada pelo juízo crítico suportado pelo conhecimento dos fatores de risco chave. (Força da Evidência = C).

8. Ter em consideração o impacto de alguns fatores de risco no desenvolvimento de na avaliação de risco de um doente desenvolver úlceras de pressão, tais como:

- a) Indicadores nutricionais
- b) Fatores que afetam a perfusão e a oxigenação
- c) Humidade da pele
- d) Idade avançada.

9. Ter em consideração o potencial impacto dos seguintes fatores na avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de um doente:

- a) Fricção e forças de torção. (Subescala da escala de Braden)
- b) Perceção sensorial. (Subescala da escala de Braden)
- c) Estado geral de saúde
- d) Temperatura corporal

10. Na admissão do doente usar uma avaliação de risco estruturada e repeti-la tão regular e frequentemente quanto a necessidade do doente. Uma reavaliação deve ser feita se houver alterações da condição de saúde do doente. (Força da Evidência =C).
11. Desenvolver e implementar um plano de prevenção quando um indivíduo é identificado como estando em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Força da Evidência =C).

- **Avaliação da pele**

Que se divide em:

### **Avaliação da pele**

1. Assegurar-se de que uma avaliação completa da pele é incluída na política de rastreio de avaliação de risco, em todas as instituições de saúde. (Força da Evidência =C).
2. Educar os profissionais sobre como proceder a avaliação global da pele, que inclua as técnicas de identificação e respostas ao branqueamento (reperfusão capilar), calor local, edema e tumefação (rigidez). (Força da Evidência =B).
3. Inspeccionar a pele regularmente procurando zonas de rubor em doentes que foram identificados como estando em risco de desenvolver úlceras de pressão. Pode ser necessário o aumento da frequência da inspeção mediante qualquer deterioração da condição global do indivíduo. (Força da Evidência =B).
4. A inspeção da pele deve incluir a avaliação do calor localizado, edema ou tumefação (rigidez), especialmente em indivíduos com pele mais pigmentada. (Força da Evidência =C).

5. Solicitar a colaboração do doente na identificação de eventuais áreas de desconforto ou dor que possam ser atribuídos a danos causados por pressão. (Força da Evidência =C).
6. Vigiar a pele quanto a danos causados por pressão devido a utilização de dispositivos médicos. (Força da Evidência =C).
7. Documentar todas as avaliações da pele, incluindo detalhes de qualquer dor possivelmente relacionada com danos por pressão. (Força da Evidência =C).

### **Cuidados da pele**

8. Sempre que possível não posicionar o doente numa superfície corporal que ainda se encontre ruborizada devido a um episódio anterior de pressão no local. (Força da Evidência =C).
9. Não utilizar massagem na prevenção de úlceras de pressão (Força da Evidência =B).
10. Não esfregar vigorosamente a pele que se encontre em risco de úlcera de pressão. (Força da Evidência =C).
11. Usar emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele. (Força da Evidência =B)
12. Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. (Força da Evidência =C).

- **Nutrição para a Prevenção das Úlceras de Pressão**

### **Recomendações gerais**

1. Rastrear e avaliar o estado nutricional de todos os doentes em risco de desenvolver úlceras de pressão, em todas as instituições de saúde.
  - 1.1. Usar um instrumento de avaliação nutricional válido, fiável e prático, fácil e rápido de usar, quer pelo doente, quer pelo profissional de saúde.
  - 1.2. Ter uma política de avaliação nutricional em todas as instituições de saúde, bem como recomendações para a frequência das avaliações e datas para a sua implementação.
2. Referenciar todos os doentes em risco nutricional e de desenvolvimento de úlcera de pressão para o nutricionista e, se necessário, para uma equipa nutricional multidisciplinar, que inclua nutricionista, enfermeiro especializado em nutrição, médico, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e também um dentista quando necessário.
  - 2.1. Providenciar suporte nutricional a todo o doente com risco nutricional e risco de desenvolver úlcera de pressão, seguindo o ciclo nutricional. (Força da evidência – C)
  - 2.2. Seguir relevantes evidências das Guidelines de nutrição enteral e de hidratação em doentes em risco de desenvolver úlcera de pressão, que evidenciam problemas ou riscos nutricionais.
  - 2.3. Fornecer a cada indivíduo em risco nutricional e de desenvolver úlcera de pressão, um mínimo de 30-35Kcal por kg de peso por dia, com 1.25-1.5g/kg/dia de proteínas e 1ml de fluidos por kcal por dia.

### **Recomendações específicas**

1. Oferecer suplementos nutricionais orais e/ou através de sonda de alimentação, com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlceras de pressão, devido a doença aguda ou crónica ou na sequência de uma intervenção cirúrgica. (Força da Evidência =A).

1.1. Administrar suplementos nutricionais quer por via oral (SNO), quer através de sonda de alimentação (SNG), nos intervalos das refeições regulares, para evitar a diminuição do aporte de alimentos e líquidos durante as horas da refeição. (Força da Evidência =C).

- **Reposicionamentos para a prevenção das úlceras de pressão**

1. Deve considerar-se a alternância de decúbitos (posicionamentos) em todos os doentes que se encontrem em risco de desenvolver úlceras de pressão.
  - 1.1. A alternância de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo. (Força da evidência =A).
  - 1.2. O uso da alternância de decúbitos, como estratégia preventiva, deve ter em consideração a condição do doente e as superfícies de apoio em uso (Força da evidência =C).
2. A frequência dos posicionamentos será influenciada por variáveis relacionadas com o doente (Força da Evidência =C) e pelas superfícies de apoio em uso (Força da Evidência =A).
  - 2.1. A frequência dos posicionamentos, será determinada pela tolerância dos tecidos, pelo seu nível de atividade e mobilidade, pela sua condição clínica global, pelos objetivos globais do tratamento e pela avaliação da condição individual da pele. (Força da Evidência =C).
  - 2.2. Avaliar a pele e conforto individuais. Se o doente não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência, e método dos posicionamentos. (Força da evidência =C).
  - 2.3. A frequência dos posicionamentos será influenciada pelas superfícies de apoio em uso. (Força da evidência =A).
3. O posicionamento contribui para o conforto, a dignidade e a capacidade funcional do doente. (Força da Evidência =C).

- 3.1. Reposicionar o doente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. (Força da Evidência =C).
  - 3.2. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). (Força da evidencia =C).
  - 3.3. Usar ajudas de transferência para evitar a fricção e torção. Levante - não arraste - o doente enquanto o reposiciona. (Força da Evidência =C).
  - 3.4. Evitar posicionar o doente em contacto direto com dispositivos médicos tais como tubos e sistemas de drenagem. (Força da evidencia =C).
  - 3.5. Evitar posicionar o doente sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável. (Força da Evidência =C).
  - 3.6. O reposicionamento deve ser feito usando 30° enquanto na posição de semi-Fowler ou na posição prono (braços), e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o doente tolerar estas posições e a sua condição clínica o permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30° ou a posição de decúbito lateral a 90°, ou a posição de semideitado. (Força da Evidência =C).
  - 3.7. Se a posição de sentado na cama for necessária, evitar a elevação da cabeceira e posição incorreta que centre a pressão ao nível do sacro e cóccix. (Força da Evidência =C).
4. Posicionar o doente de tal forma que possa manter todas as suas atividades por completo. (Força da Evidência =C).
    - 4.1. Escolher uma posição que seja tolerada pelo indivíduo e minimize a pressão e a torção exercidas na pele e tecidos moles. (Força da Evidência =C).
    - 4.2. Se os pés do doente não chegam ao chão, coloque-os sobre um estrado ou apoio para os pés. (Força da Evidência =C).
    - 4.3. Limitar o tempo que o doente permanece sentado na cadeira sem alívio de pressão. (Força da Evidência =B).
5. Registrar os regimes de reposicionamentos, especificamente a frequência, a posição adotada e a avaliação dos resultados do regime dos reposicionamentos. (Força da Evidência =C).

6. Deve ser fornecida formação acerca do papel dos reposicionamentos, como forma de prevenção das úlceras de pressão, a todos os envolvidos nos cuidados ao doente em risco de desenvolvê-las, incluindo ao próprio indivíduo e ao(s) prestador(es) de cuidados (sempre que possível). (Força da Evidência =C).

6.1. Deve ser realizada formação acerca das técnicas corretas de reposicionamento e o uso de equipamentos a todas as pessoas envolvidas nos cuidados ao doente em risco de desenvolver úlceras de pressão, incluindo ao próprio doente e familiares (sempre que possível e apropriado). (Força da Evidência =C).

- **Superfícies de apoio**

1. Declarações gerais

1.1. A prevenção em indivíduos em risco deve ser realizada de forma contínua e pelo tempo em que se mantêm em risco. (Força da Evidência =C).

1.2. No momento de selecionar a superfície de apoio, não se baseie unicamente no risco de desenvolvimento das úlceras de pressão percebido ou na categoria da úlcera de pressão já existente. (Força da Evidência =C).

1.3. Escolher a superfície de apoio de acordo com o contexto onde são prestados os cuidados. (Força da Evidência =C).

1.4. Avaliar a adequabilidade e funcionalidade das superfícies de apoio em cada contacto com o doente. (Força da Evidência =C).

1.5. Antes de utilizar uma superfície de apoio verificar que ela se encontra dentro do tempo de vida útil, de acordo com as recomendações específicas do fabricante (ou outros testes reconhecidos pela indústria). (Força da Evidência =C).

2. Utilização de colchões e camas na prevenção de úlceras de pressão.

2.1. Usar colchões de espuma de alta especificidade em vez de espuma padrão hospitalar (standard), em todos os indivíduos avaliados como em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Força da Evidência =A).

2.2. Não existe evidência da superioridade de uma espuma de alta especificidade em relação a outra com as mesmas características. (Força da Evidência =A).

- 2.3. Usar uma superfície de apoio dinâmica (colchão ou de sobreposição) em doentes com alto risco de desenvolver úlceras de pressão, quando não é possível o reposicionamento manual frequente. (Força da Evidência =B).
  - 2.4. Têm similar eficácia em termos de incidência das úlceras de pressão, os colchões de pressão alterna como os de sobreposição de pressão alterna (Força da Evidência =A).
  - 2.5. Não usar superfícies de apoio de pressão alterna (colchões ou de sobreposição) com células pequenas (Força da Evidência =C).
  - 2.6. Continue a virar e a posicionar, sempre que possível, todos os indivíduos em risco de úlceras de pressão. (Força da Evidência =C).
3. O uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlceras de pressão nos calcâneos
    - 3.1. Assegurar-se de que os calcâneos se encontram afastados da superfície da cama (Força da Evidência =C).
    - 3.2. Os dispositivos de proteção dos calcâneos devem elevá-los completamente (ausência de carga) de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ficar em ligeira flexão. (Força da Evidência =C).
    - 3.3. Usar uma almofada debaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos. (Força da Evidência =B).
    - 3.4. Inspeccionar regularmente a pele dos calcâneos. (Força da Evidência =C).
4. Usar superfícies de apoio para prevenir as úlceras de pressão, enquanto na posição de sentado.
    - 4.1. Usar uma almofada de assento (cushion) de redistribuição de pressão em indivíduos sentados numa cadeira e que apresentam diminuição da mobilidade e que se encontrem em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Força da Evidência =B).
    - 4.2. Limitar o tempo que o indivíduo passa sentado numa cadeira sem alívio de pressão. (Força da Evidência =B).
    - 4.3. Dar especial atenção a indivíduos com lesão da espinal medula (Força da Evidência =C).

5. O uso de outras superfícies de apoio na prevenção de úlceras de pressão
  - 5.1. Evitar o uso de pele de carneiro sintética; dispositivos recortados em forma de anel ou “donut”; e luvas cheias de água. (Força da Evidência =C).
  - 5.2. A pele de carneiro natural poderá ajudar a prevenir as úlceras de pressão. (Força da evidência =B).

(EPUAP, 2009)

Gould et al (2004) referem que as úlceras de pressão são o resultado da iatrogenese e a sua prevenção eficaz tem sido vista como um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados. A prevalência das úlceras por pressão é considerada um dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A intenção das recomendações para a prevenção é de orientar cuidados baseados em evidência na prevenção das úlceras de pressão. As recomendações para a prevenção aplicar-se-ão a todos os doentes vulneráveis e em todos os grupos etários.

O desenvolvimento de úlceras de pressão revela-se um grave problema para a enfermagem, pois, é frequentemente associado a deficientes cuidados de enfermagem. Assim, investir na prevenção torna-se um desafio pertinente para a profissão e para a equipa multidisciplinar, pois possibilita reduzir os custos com recursos humanos e materiais gastos na difícil cicatrização destas lesões, reduzindo, a dor, o desconforto e melhorando a qualidade de vida do doente e sua família. Também Jorge, S. et al (2003, p.288) referem que “ *conhecer e entender o que são as úlceras de pressão, suas causas e os fatores de risco permite, não só ao enfermeiro como a toda a equipa envolvida, implementar ações efetivas de prevenção e tratamento.*”

Como já foi referido, as úlceras de pressão são um problema de saúde que afeta muitos doentes, principalmente pessoas com pouca mobilidade, alterações do estado de consciência, idade avançada, deficiências nutricionais e outras patologias associadas (Morison, 2004), constituindo uma importante preocupação pois, comportam custos consideráveis no consumo de recursos económicos e humanos em cuidados de saúde, além de trazerem um enorme sofrimento para os doentes e seus familiares, tanto a nível físico como psicológico.

Assim, os enfermeiros têm um papel preponderante na sua prevenção, contribuindo para a qualidade de vida dos doentes como também para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza a incidência de úlceras de pressão como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde e recomenda a monitorização e documentação de todas as atuações e resultados nos registos dos doentes ( Louro et al, 2007).

Não obstante a esta problemática de acordo com a orientação nº 17/2011 de 19 de Maio da Direção Geral de Saúde, as úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, pelo que a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento, tendo como recomendação para os serviços de urgência a sua avaliação diária.

Segundo Lindohlm (2007), as úlceras de pressão estão entre a terceira e quarta patologia mais cara do mundo, sendo considerada uma preocupação económica dos serviços de saúde. Para a mesma autora, uma melhoria de qualidade pode ser obtida com conhecimentos mais aprofundados, criação de *guidelines* e utilização de metodologias e processos próprios para prevenção.

Também Furtado (2003) refere que é de extrema importância compreender a epidemiologia, prevalência, distribuição e o conjunto de fatores que controlam a presença de úlceras de pressão. Este conhecimento será determinante no desenvolvimento de estratégias de prevenção. A ausência de uma abordagem holística pode ser também considerada como uma preocupação grave com implicações significativas tanto na qualidade dos cuidados prestados como a nível dos custos.

### **1.3 – Qualidade em saúde**

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje fortemente assumida, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), quer por organizações

nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade, o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e a Ordem dos Enfermeiros (OE).

Para a Associação Internacional de Epidemiologia, citada por Ribeiro et al (2008, p. 3) a Qualidade nos cuidados de saúde é “ *considerada como um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada, consistindo na contribuição do serviço para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou qualquer forma de resultado dos problemas de saúde dos utentes. Significa ainda o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços, medido através de comparação com parâmetros aprofundados ou critérios de avaliação (auditoria/monitorização). Exige pois uma visão partilhada por todos, norteadas por valores como os de solidariedade, de competência técnica e humana, conceptuais e de integridade. Procura a criação de um projeto integrado daquilo que se quer que o serviço seja, uma liderança efetivamente mobilizadora, a definição de prioridades, a fixação de objetivos (de qualidade, claros, precisos, realistas e mensuráveis). Para além disto, promove a implementação de sistemas de trabalho que respeitam o que é importante para os beneficiários, através da auscultação sobre o grau de satisfação dos clientes e profissionais*”.

No que diz respeito à enfermagem, compete à Ordem dos Enfermeiros o papel essencial na definição de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem bem como de acompanhamento da prática, de forma a promover um exercício profissional da enfermagem que responda aos mais elevados níveis de exigência (OE, 2001).

Assim, para a OE (2001, p.4), “ *a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem contexto de aplicação local, (...), claramente, nem a qualidade de saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde*”.

Um dos principais indicadores da Qualidade dos Cuidados de Saúde, é a satisfação do doente (Fragata 2006), também reconhecido pela OE e descrito numa das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados de enfermagem, quando refere que “*na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes*”, considerando elementos importantes neste processo, o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de

natureza individual, *“a procura constante de empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados e o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”* (OE 2001, p. 11 e 12).

A melhoria contínua da qualidade consiste num conjunto de atividades integradas e planeadas, que se inicia na medição do nível de cuidados prestados, definidos em termos de critérios de eficiência, efetividade, adequação técnico científica, aceitabilidade e acessibilidade, visando uma introdução continuada de medidas corretoras apontadas à obtenção de mais ganhos em saúde e do aumento da satisfação dos utilizadores, com necessidade de medições subsequentes (Rodrigues, 2007).

Várias são as organizações científicas e internacionais (OMS, UE) que recomendam aos seus estados membros a avaliação da cultura de segurança, como condição essencial para se introduzir mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, de modo a alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde prestados aos doentes (DGS, 2009).

Nesta linha de ação, e baseada na experiência enquanto enfermeiros a exercer funções num SU, decidimos desenvolver um PIS na área temática úlceras de pressão e que passaremos a descrever no capítulo seguinte.



## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO (PIS)

Através da elaboração de um projeto de intervenção em serviço (PIS) pretende-se resolver uma situação problemática, em contexto real.

A realização de um PIS alicerça-se na Metodologia de Projeto que segundo Ferrito, et al (2010, p.2) *“baseia-se num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”* e que *“através da pesquisa realizada, da análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência”* e envolve quatro fases.

Desta forma no decorrer dos estágios já referenciados desenvolvemos um PIS, na área temática das úlceras de pressão, que iremos descrever de acordo com as etapas da Metodologia de Projeto.

Para tal, considera-se ser importante enquadrar a situação problemática para uma compreensão e conhecimento da realidade onde se desenvolveu a ação, através da caracterização da Instituição onde se desenvolveu este projeto.

O Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo escolhido para a realização dos campos de estágio e onde foi desenvolvido um PIS na área temática úlceras de pressão, foi criado através do Decreto-lei n.º 280/2009, resultante da fusão de uma unidade médico-cirúrgica (Hospital X) e de uma unidade médica (Hospital Y), que tem como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde a toda a população que deles necessite, e como Missão assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamentos e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade dos cuidados numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua. Promove ainda a satisfação dos doentes, dos profissionais e da comunidade respeitando o ambiente e potenciando sinergias com outras instituições.

O Hospital da Margem Sul do Tejo visa ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional. Os Valores defendidos pela instituição são, Humanismo, Profissionalismo, Rigor, Inovação, Responsabilidade e Eficiência.

Por outro lado, o SUG tem como Objetivos, enquadrados nos objetivos gerais do Hospital, como enunciado no portal interno deste centro hospitalar, “*garantir a qualidade dos serviços prestados e o impacto na sociedade, garantir as metas de produtividade propostas para o serviço e gerir e motivar os recursos humanos*”.

O SU (que ao longo dos últimos anos tem sofrido alterações estruturais) é, atualmente, constituído por três grandes áreas: Balcão, Diretos e Área de Internamento (SO/UIPA), sendo os doentes que recorrem a este SU, maioritariamente adultos/idosos que apresentam patologias do foro médico, cirúrgico e orto traumatológico.

A área de Balcão é sobretudo uma área de observação pelas várias especialidades e encaminhamento. O doente é observado, é-lhe administrada medicação prescrita e realiza os exames auxiliares de diagnóstico necessário, tendo na maioria das vezes alta para o domicílio.

Diretos é a área do SU onde se observam e/ou estabilizam os doentes que necessitam de intervenção imediata, da qual fazem parte a Sala de Pequena Cirurgia, Sala de Inaloterapia e Sala de Reanimação/Emergência.

A área de internamento do SU é constituída por duas salas distintas: a Sala de Observação (SO) e a Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA).

O SO é destinado preferencialmente à observação prolongada de doentes do foro médico-cirúrgico e ortopédico, por períodos inferiores a 24 horas. Apesar de não ser uma área preferencial para internamento, permite manter em observação sete doentes, encontrando-se disponível a monitorização não invasiva, oxigenoterapia e aspiração por vácuo. Quando este sector se encontra superlotado há necessidade de os doentes ficarem em maca no corredor (havendo capacidade para 16 macas).

A Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA), funciona desde Junho de 2004, pretende responder às necessidades de internamento e vigilância de doentes instáveis do ponto de vista hemodinâmico, com necessidade de vigilância permanente e de cuidados diferenciados, tendo uma lotação de oito camas equipadas com monitorização não invasiva e duas delas com possibilidade de ventilação mecânica.

Durante a realização dos estágios I e II, que decorreram no serviço supracitado, foi identificado o problema relacionado com a temática úlceras de pressão, após o qual procedemos ao preenchimento da ficha de diagnóstico de situação (Apêndice I). No terceiro estágio, que se desenvolveu no mesmo local, procedeu-se à concretização e avaliação das atividades definidas, e que será abordado mais à frente.

## 2.1 – Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação pretende descrever um problema real identificado sobre o qual se pretende atuar e mudar, que, segundo Fortin (1999, pag.49) “ *pode ser relacionado com preocupações humanas, clínicas, sociais ou teóricas; ele corresponde a comportamentos, observações, conceitos ou teorias.*”

A Ordem dos Enfermeiros definiu Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no sentido de contribuir para a reflexão dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos e para refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). Neste contexto e inserido no programa de melhoria contínua da qualidade, em 2006, num Hospital da Margem Sul do Tejo, foi criado um grupo de trabalho (Projeto Úlceras de Pressão) que implementou, em 2008, um procedimento geral denominado “Úlceras de pressão – avaliação do risco, registo e intervenção”, baseada na Escala de Braden, de modo a uniformizar critérios de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (e respetivos suportes documentais) e a definir qual o conjunto de intervenções necessárias para prevenir o seu desenvolvimento.

A sistematização de um procedimento, que orienta para as práticas gerais dos profissionais de enfermagem de um Hospital da Margem Sul do Tejo, no que concerne à avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, está definido institucionalmente. Existe, inclusive, um processo definido de auditoria interna à qualidade dos registos de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, que é remetido para a coordenadora do grupo institucional das úlceras de pressão e que por sua vez definiu indicadores de processo, epidemiológico e de resultado, a serem trabalhados semestral e anualmente.

Através das auditorias internas é avaliada a conformidade dos registos, independentemente do número de registos efetuados.

É de salientar que anualmente os serviços contratualizam com a direção de enfermagem do CHMST, EPE o indicador de qualidade a atingir, tendo o SUG contratualizado uma percentagem de conformidade dos registos sobre a avaliação de úlceras de pressão de 70%.

No SUG, no que concerne ao número de registos efetuados, em 2010, o número de registos foi reduzido (cerca de 3,3%). Contudo, verificou-se que os registos, quando realizados, são completos e em conformidade com o definido nas orientações do procedimento geral.

Aquando o nosso exercício profissional no serviço de urgência, já tínhamos constatado que nem todos os enfermeiros procediam à avaliação/registo do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, assim face aos resultados apresentados, e dado ao fato de ser um tema de interesse particular e porque ia de encontro a um dos objetivos do serviço decidimos incidir o nosso PIS nesta área temática.

Com o objetivo de conhecermos a opinião da Enf.<sup>a</sup> Coordenadora do SUG e do elemento do serviço pertencente ao grupo de trabalho da instituição "Projeto Úlceras de Pressão – avaliação do risco, registo e intervenção", face à nossa intenção em desenvolver um PIS nesta área realizámos uma entrevista não estruturada, que segundo Fortin (1999, p.246) " *é aquela em que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à discricção do entrevistador*" e que costuma ser utilizada quando se pretende uma interação direta com o entrevistado, constituindo uma oportunidade para aprofundar e conhecer uma situação permitindo uma reformulação constante.

No decorrer desta entrevista, as mesmas demonstraram interesse pelo PIS, e foi sugerida a nossa integração no grupo de trabalho sobre úlceras de pressão do serviço.

Assim, como elementos dinamizadores no serviço dos padrões de qualidade propusemo-nos averiguar qual o motivo da situação referida anteriormente e perceber a importância que os enfermeiros atribuem à utilização da escala para prevenção das

úlceras de pressão, bem como estratégias que contribuam para a adequada avaliação e registo de desenvolvimento de úlceras de pressão e qualidade na prevenção das mesmas.

De acordo com a CIPE, a úlcera de pressão constitui um foco de enfermagem, e a avaliação de risco, um diagnóstico, definindo-se como: *“dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”* (CIPE® 2, [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt), 2011/12/28).

Assim, investir na prevenção torna-se um desafio pertinente para a enfermagem e para a equipa multidisciplinar, na medida que possibilita reduzir os custos com recursos humanos e materiais necessários para a difícil cicatrização destas lesões, reduzindo, principalmente a dor e desconforto e melhorando a qualidade de vida do doente e sua família.

É importante a utilização de sistemas de classificação de úlceras de pressão, pois estes foram desenvolvidos de modo a fornecer aos profissionais de saúde um método uniforme e objetivo para avaliação e descrição das manifestações clínicas das mesmas.

São múltiplos os fatores que concorrem para a ocorrência de úlceras de pressão: dependência no posicionar, alterações do estado de consciência, estados confusionais e de agitação, mau estado nutricional, situações de incontinência (urinária e intestinal), quadros de desidratação, alterações da sensibilidade tátil, entre outros (Furtado, 2003).

Num serviço de urgência, devido à sua situação de doença, o doente encontra-se muitas vezes dependente, parcial ou totalmente, dos cuidados dos profissionais de saúde, sendo a mobilização no leito referida como uma dessas dependências. Embora conscientes de que os posicionamentos, a alternância de decúbitos, os cuidados com a pele, sua hidratação, limpeza e vigilância são de extrema importância, e sendo estas atividades autónomas de enfermagem, muitas vezes são realizadas em número inferior ao desejável, podendo contribuir para o aparecimento de úlceras de pressão a curto e médio prazo, bem como interferir no conforto do doente, pelo que decidimos desenvolver um PIS nesta área.

Para tal, e no sentido de melhor compreender o problema levantado, construímos um questionário, composto por dezasseis perguntas fechadas, constituído por três partes; a primeira parte pretendia caracterizar a equipa de enfermagem, a segunda

conhecer os níveis de formação da equipa de enfermagem relativamente à temática e a última parte pretendia auscultar a opinião dos enfermeiros relativamente ao procedimento geral em vigor no serviço.

Nesta linha de ação, após autorização da S.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Coordenadora do SUG, do CHMST, EPE (Apêndice II) depois de realizado um pré-teste, aplicando o questionário a 5 enfermeiros que concordaram cooperar, excluímos duas perguntas, uma por não ter sido obtida qualquer resposta por parte dos 5 enfermeiros e outra por terem considerado muito semelhante a outra questão colocada. Houve necessidade de reformular outra questão, pois os inquiridos consideraram a questão ambígua, podendo condicionar a resposta. Após as alterações efetuadas, o questionário (Apêndice III) foi posteriormente aplicado a outros 4 enfermeiros não se tendo verificado quaisquer dúvidas relacionadas com as questões apresentadas, e foi aplicado à restante equipa, no período de 12 a 14 de Janeiro de 2012, salvaguardando todas as questões éticas inerentes a uma investigação em que cada enfermeiro assinou um consentimento informado a autorizar participar no estudo em questão (Apêndice IV).

A população de enfermeiros considerada para o presente estudo foi de 61 enfermeiros do Serviço de Urgência Geral de um Hospital da Margem Sul do Tejo, tendo ficado excluída do estudo a Enfermeira Coordenadora do serviço, por realizar funções na área da gestão e o responsável pelo estudo. Segundo Fortin (1999, p.202) “ *a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.*”

Dos 61 questionários distribuídos apenas 48 responderam ao questionário, na medida que oito enfermeiros não o entregaram e 3 encontravam-se ausentes por doença ou férias.

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento dos mesmos (Apêndice V), através do programa informático Microsoft Office Excel 2007.

Assim, dos dados obtidos podemos constatar que 71% dos inquiridos respondeu ter formação na área, mas destes 31% respondeu que a realizaram há mais de 5 anos e 31% há 3 anos.

Quando questionados sobre a possibilidade de realizarem nova formação sobre a prevenção de úlceras de pressão, 56% consideraram bastante importante e 25% muito importante.

No que se relacionava com a possibilidade de realização de nova formação referente à avaliação de úlceras de pressão 53% referiu que era bastante importante e 29% muito importante.

Quando colocada a questão “realiza uma avaliação do risco de úlceras de pressão, segundo a escala de Braden, e condição da pele aos doentes” 65% dos enfermeiros referiram às vezes e 25% raramente, tendo apenas sido referido por 2% que realizavam a avaliação sempre.

Dos fatores que contribuíam para a não avaliação de risco das úlceras de pressão, o mais apontado foi a sobrecarga de trabalho (73%), seguindo-se a desmotivação (27%).

Quando questionados se não realizam a avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque não valorizam a avaliação de risco das úlceras de pressão, dos resultados podemos inferir que só 8% dos inquiridos é que não valorizam a avaliação.

Ainda relativamente à questão “quais os fatores que podem contribuir para a não avaliação sistemática da folha”, 18% referiu que a falta de formação é um fator muito relevante para a não avaliação e 31% como relevante.

A dificuldade em aplicar a escala de Braden era apontada pela maioria dos inquiridos como uma das principais causas para a não avaliação do risco de úlceras de pressão.

Quando questionados se efetuavam os registos de avaliação de úlcera de pressão, 56% dos enfermeiros respondeu às vezes e 31% raramente.

Ao pretendermos conhecer quais os fatores que podiam contribuir para o registo inadequado da folha de Avaliação de Risco, era pedido aos enfermeiros que os classificassem de acordo com uma escala de grau de importância em que o 5 correspondia a bastante importante, o 4 ao muito importante, o 3 como importante, o 2 a pouco importante e o 1 a nada importante.

Assim, dos itens referidos, constatou-se que a sobrecarga de trabalho era apontada por 73% dos inquiridos como uma das maiores causas, seguindo-se a desmotivação que foi apontada por 17% dos inquiridos.

Dos dados obtidos podemos ainda inferir que só 2% é que não valorizavam a avaliação das úlceras de pressão como bastante importante.

Dos inquiridos, 40% apontavam a falta de formação como uma causa importante para o não registo da avaliação do risco de úlceras de pressão, 19% como muito importante e 4% como bastante importante.

A dificuldade em aplicar a escala de Braden foi apontada por 42% dos inquiridos como um fator importante para o não registo da avaliação do risco de úlceras de pressão, tendo o item folha de registo desadequada ou complexa, sido apontado por 40% dos inquiridos como pouco importante.

Quando questionados sobre a inclusão dos impressos de avaliação de risco no processo clínico do cliente, 87% dos inquiridos considerou que facilitaria o registo sistematizado.

Relativamente ao registo de intervenções de enfermagem sempre que existia alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, 71% dos enfermeiros referiu que o efetuava.

No sentido de percebermos a viabilidade do PIS elaborámos uma análise SWOT (Apêndice VI). Assim como pontos fortes salientamos o facto de o projeto ir de encontro aos projetos internos da própria Instituição onde se desenvolveu o PIS, ser do interesse da própria chefia e ser um indicador de qualidade. Como oportunidades destacamos a possibilidade de formar a equipa de enfermagem na área, bem como a reestruturação dos impressos de auditoria interna aos registos de enfermagem relacionados com a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Como fraquezas, salientamos o reduzido número de registos efetuados e não inclusão dos impressos da Avaliação do Risco e das intervenções de enfermagem na organização do processo clínico do doente internado. Relativamente às oportunidades apontamos a existência de novos elementos no Serviço; formar a equipa na área

temática das UP e reestruturar os impressos de auditoria interna aos registos de enfermagem relacionados com a avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Como ameaças foi considerado o elevado número de doentes internados no serviço; resistência por parte da equipa de enfermagem relativamente ao preenchimento do impresso; sobrecarga de trabalho e desmotivação da equipa de enfermagem.

Pelo explanado foram identificados os seguintes problemas parcelares: falta de formação na área e pouca aderência aos registos de enfermagem relacionados com o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, que se devem sobretudo à dificuldade em aplicar a Escala de Braden e determinado como prioridades a pesquisa bibliográfica sobre o tema, formação/treino da equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão e aplicação da Escala de Braden e realização de auditorias aos registos, bem como a comunicação dos resultados à equipa de enfermagem periodicamente.

### 2.1.1. Objetivos

De acordo com a Metodologia de Projeto os objetivos, segundo Mão de Ferro (1999), indicam os resultados que se pretende adquirir, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico.

O mesmo autor refere ser importante definir os objetivos segundo os diferentes níveis em que se enquadram, definindo objetivos gerais como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados. Devem ser formulados tendo em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir, dizendo geralmente respeito a competências amplas e complexas.

No que se refere aos objetivos específicos estes são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo. Sendo o resultado da subdivisão de um objetivo geral mais vasto, em aprendizagens mais elementares (Mão de Ferro, 1999).

A importância de definir objetivos é também referida por Fortin (1999, p.101), na medida que “ (...) é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação.”

Assim, definiu-se como:

### **Objetivo geral**

Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente/família em risco de desenvolvimento de úlceras de pressão ou com úlcera de pressão, internado no Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.

### **Objetivos específicos**

Formar /treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão e aplicação da Escala de Braden e atualizar /reformular a folha de auditoria interna aos registos de enfermagem relacionados com a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão do SUG.

## **2.2. Planeamento do PIS**

Elaborado o diagnóstico de situação e definidos os objetivos que se pretendem atingir, passámos à segunda etapa do projeto – o planeamento. Esta etapa consistiu na seleção dos meios e calendarização das ações a desenvolver, de forma a concretizar os objetivos. Para Guerra (2000, p.109), o planeamento é visto como *“uma forma de encarar o funcionamento, a organização e a evolução de um universo de ação e dos seus componentes.”*

Assim, no Mapa de Planeamento do Projeto foram referidas as atividades/estratégias desenvolvidas e os recursos utilizados. Como refere Miguel (2006), a utilização e escolha das atividades, meios e estratégias a realizar adaptam-se diretamente com os objetivos previamente alicerçados, bem como a necessidade de se definir os indicadores de avaliação. Assim, passa-se a descrever o planeamento por objetivos, atividades desenvolvidas e respetivos indicadores de avaliação, que se pode ver esquematicamente no Mapa do Planeamento de Projeto (Apêndice VII).

## **Objetivo 1 - Formar /treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão**

Alguns autores (Furtado (2008), Ferreira et al (2007), Duque et al (2008)) consideram importante que os enfermeiros estejam conscientes da fisiopatologia e etiologia das úlceras de pressão, bem como dos mecanismos para prevenir o seu desenvolvimento, para que os programas de prevenção sejam mais eficazes. Ao comungarmos com esta opinião, e no sentido de tornarmos o objetivo acima referido exequível, planeámos atividades, enumerámos indicadores de avaliação e identificámos recursos.

Também nas *guidelines*, existentes tanto a nível nacional como europeu, com o intuito de uniformizar e melhorar práticas, são emanadas diretrizes baseadas na literatura e na evidência, através da realização de estudos de investigação, é referido a importância de educar os profissionais de saúde de modo a permitir uma avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão precisa e fiável.

Assim, as atividades planeadas para atingir este objetivo foram a pesquisa de bibliografia atualizada sobre o tema; elaboração de dossier temático sobre úlceras de pressão; elaboração de slides; discussão dos slides com as enfermeiras orientadora, coordenadora e grupo de trabalho “úlceras de pressão”; proceder às alterações, quando necessário; marcação da data de ação de formação; elaboração do plano da ação; divulgação da ação de formação; realização da ação de formação; avaliação da ação de formação. As atividades referidas anteriormente surgiram como resposta à necessidade de formação referida no questionário, de modo a incentivar os colegas para a importância e necessidade da vigilância do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Como indicadores de avaliação foram estabelecidos dossier temático sobre a temática úlceras de pressão; conjunto de slides; plano da sessão; cartaz de divulgação da ação de formação.

Relativamente aos recursos humanos que projetámos recorrer foram, a enfermeira coordenadora do serviço, a enfermeira orientadora, as enfermeiras responsáveis pela formação, grupo de trabalho do SU sobre úlceras de pressão e a equipa de enfermagem do serviço. No que refere aos recursos materiais foram o suporte bibliográfico, material informático e sala de reuniões do Serviço de Urgência Geral.

## **Objetivo 2- Atualizar/reformular a folha de auditoria interna aos registos de enfermagem relacionados com a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão do SUG**

A atualização da folha de auditorias de avaliação interna aos registos de enfermagem relacionados com a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão do SUG reveste-se de extrema importância, pois permite uma maior recolha de dados que posteriormente possam contribuir para definir outros indicadores de qualidade para o SUG. Também com a elaboração de um relatório semestral do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e a divulgação das auditorias realizadas à equipa de enfermagem possibilita informar a equipa do projeto e promover o envolvimento de toda a equipa. Por este motivo, à semelhança do que fizemos no objetivo acima descrito também planeámos atividades para que o mesmo fosse atingido.

Assim, as atividades planeadas para atingir este objetivo foram: pesquisa bibliográfica sobre auditorias; atualização da folha de auditorias de avaliação interna do SUG; reunião com a Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência Geral, Enfermeira Orientadora e grupo de trabalho das úlceras de pressão a fim de apresentar as alterações propostas à folha de auditoria; proceder às alterações sugeridas, se necessário; submeter a aprovação da nova folha de auditoria interna à enfermeira coordenadora do SUG; realização de auditorias; redigir relatório semestral do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; divulgação à equipa de enfermagem os resultados das auditorias realizadas.

Os indicadores de avaliação definidos foram relatório semestral do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; proposta de alteração da folha de auditoria interna do SUG; divulgação das auditorias à equipa de enfermagem.

Os recursos humanos a que projetámos recorrer foram, a enfermeira coordenadora do serviço, a enfermeira orientadora, as enfermeiras responsáveis pela formação e a equipa de enfermagem do serviço, e os materiais foram o suporte bibliográfico, material informático e sala de reuniões do Serviço de Urgência Geral.

Inicialmente, no sentido de ver os objetivos exequíveis em tempo útil, elaborámos um cronograma inicial (Apêndice VIII). De salientar que este foi projetado de modo a poder ser flexível, para que, em caso de necessidade, as datas das atividades pudessem ser ajustadas, pois como referem Guimarães e Many (2006, p.11) “ (...) *a realização do projeto aparece como um processo complexo (e não complicado) e muitas vezes educativamente completo. Desde a ideia inicial do projeto até ao resultado final constrói-se um percurso que envolve uma multiplicidade de recursos e interações (pessoas, instituições, instrumentos, espaços...) e uma série de reformulações, mudanças e alterações, e tudo isto num plano temporal globalmente alterável (etapas, prazos...).*”

### **2.3 – Execução, Avaliação do PIS e Cronograma Final**

A etapa de execução da Metodologia do Projeto permite tornar realizável o que foi planeado, e que, segundo Ferrito et al (2010, p.23) “*assume de uma importância significativa para os participantes no projeto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através da ações planeadas.*”

De modo a darmos a conhecer o desenvolvimento do PIS ir-se-á agora fazer uma análise crítica e descritiva sobre a execução e avaliação do Projeto por objetivo.

#### **Objetivo 1 - Formar/treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão**

Segundo o planeamento anteriormente apresentado, iniciámos a pesquisa bibliográfica atualizada sobre a área temática úlceras de pressão, que decorreu ao longo de toda a execução do projeto, para tal, consultámos diversa bibliografia, incluindo livros e artigos científicos disponíveis na biblioteca da Escola Superior de Setúbal, na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, material facultado por colegas, bem como pesquisa realizada através da internet com recurso a vários motores de busca especializados, como Ebsco e B-on, seguindo a definição de pesquisa com as seguintes palavras-chave: Úlceras de Pressão; Prevenção de Úlceras de Pressão e Escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Após efetuada a pesquisa bibliográfica, sustentada nos princípios da revisão sistemática, considerou-se também pertinente a elaboração de um dossier temático sobre úlceras de pressão (Apêndice IX), com o objetivo de facultar aos enfermeiros que exercem funções no SUG, do Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, Unidade X, documentação com informação recente sobre práticas mais adequadas e na avaliação e prevenção de úlceras de pressão, e que podem contribuir para melhorar os cuidados de enfermagem prestados. O dossier, por sua vez, é constituído por vários artigos onde são referenciadas medidas preventivas e apresentados alguns estudos que vêm reforçar a necessidade destas medidas. Este foi desenvolvido ao longo do período estabelecido no cronograma inicial e foi apresentado à equipa de enfermagem aquando a ação de formação ficando disponível em suporte informático no ambiente de trabalho de todos os computadores do Serviço de Urgência, para possibilitar a todos os enfermeiros a sua consulta.

Posteriormente, demos início à preparação da ação de formação (Apêndice X) propriamente dita, que tinha como objetivos: divulgar o nosso Projeto de Intervenção no Serviço, apresentar dados de auditorias referentes a 2010, bem como transmitir conhecimentos relacionados com a avaliação e prevenção de úlceras de pressão. Assim, após a elaboração dos diapositivos da ação de formação, estes foram submetidos a avaliação pelas Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, Enfermeira Orientadora e Professora Orientadora, bem como pelo grupo de serviço “úlceras de pressão”, no sentido de proceder a eventuais modificações necessárias de ordem gráfica.

Depois de termos procedido à marcação da ação de formação em articulação com a Enf.<sup>a</sup> Coordenadora do SUG e Enf.<sup>o</sup> responsáveis pela formação em serviço, de modo a não sobrecarregarmos a equipa de enfermagem tivemos que reajustar o cronograma inicial, pois já estavam programadas outras ações de formação para o mesmo período, e também por se considerar que seria benéfico para o serviço divulgar os resultados das auditorias referentes ao 1º semestre de 2012. Foi elaborado um plano da ação de formação (Apêndice XI) e procedeu-se à sua divulgação na sala de enfermagem (Apêndice XII).

A ação de formação realizou-se no dia 3 de Julho de 2012, pelas 14 horas na sala de enfermagem do serviço de urgência, estando presentes 22 enfermeiros, que participaram de forma ativa, onde houve oportunidade de partilhar experiências,

esclarecer dúvidas e recolher sugestões relacionadas com a operacionalização do projeto. No final da ação procedeu-se à apresentação do dossier temático com o objetivo de servir de suporte à equipa, em caso de dúvidas, tendo este ficado disponível em suporte informático de modo a garantir total acessibilidade. Após a ação formação, procedeu-se à sua avaliação escrita, utilizando a folha instituída no Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo (Anexo III). Da avaliação efetuada retira-se que a formação correspondeu às expectativas dos enfermeiros presentes, referindo terem ficado muito satisfeitos com a qualidade dos conteúdos expostos e com a possibilidade de aplicar os conhecimentos em situações específicas de prestação de cuidados. Com esta atividade, promovemos o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e a formação em serviço, dando resposta “ *a situações/problema identificados no seio de uma profissão, visando a aquisição de conhecimentos teóricos, capacidades práticas e atitudes exigidas para o exercício das mesmas*” (Frederico e Leitão, 1999, p.140).

Dado à evidência dos indicadores de avaliação projetados para este objetivo que consistiam num dossier temático sobre úlceras de pressão, plano de sessão, respetivos slides , bem como pelo que descrevemos, pensamos ter atingido este objetivo.

## **Objetivo 2- Atualizar/reformular a folha de auditoria interna aos registos de enfermagem relacionados com a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão do SUG**

Após ter sido conhecida a nossa intenção em realizar um PIS na área das úlceras de pressão foi solicitada a nossa adesão ao grupo de serviço “úlceras de pressão”, e ao termos contato com a folha de auditoria interna aos registos de enfermagem relacionados com a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão existente no SUG, observámos que a grelha de auditoria poderia ser complementada com mais alguns pontos de modo a ser possível recolher mais dados e trabalhá-los posteriormente como indicadores de qualidade.

Neste contexto, realizou-se a pesquisa bibliográfica sobre auditorias, procedeu-se à atualização da folha de auditorias de avaliação interna do SUG, posteriormente realizou-se uma reunião com a enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência Geral,

Enfermeira Orientadora e grupo de serviço “úlceras de pressão” a fim de apresentar as alterações propostas à grelha de auditoria e procedemos às alterações sugeridas, tendo posteriormente submetido a aprovação da nova folha de auditoria interna à enfermeira coordenadora do SUG (Apêndice XIII). Após a sua aprovação realizámos as auditorias aos registos de enfermagem relacionados com a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão utilizadas no SUG.

Consideramos que um dos grandes contributos para este projeto, foi o termos sido incluídos no grupo de trabalho do serviço, possibilitando a constituição de um mapa de auditorias com maior periodicidade, tendo ficado previamente estabelecido que cada elemento do grupo referido deveria realizar auditorias semanalmente. Este fato revestiu-se de grande importância, pois contribuiu para percebermos onde é que os enfermeiros apresentavam mais lacunas no decorrer da avaliação e registo do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Também as auditorias realizadas permitiram-nos apurar dados concretos, neste caso relativos ao 1º semestre de 2012, sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, tendo sido posteriormente apresentados à equipa de enfermagem numa ação de formação.

De referir que devido ao fato de existir maior número de auditorias realizadas foi também possível definir outro indicador de qualidade para o SUG (Percentagem de casos com diagnóstico de risco de úlceras de pressão).

Por tudo o que referimos, leva-nos a concluir que atingimos o objetivo inicialmente traçado, cujos indicadores de avaliação são o relatório de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Apêndice XIV), onde é referido a importância do estudo desta temática e quais as atividades desenvolvidas e por desenvolver pelo grupo do serviço úlceras de pressão, bem como resultados das auditorias realizadas, proposta de alteração da grelha de auditoria interna do SUG e dados das auditorias realizadas no 1º semestre de 2012. Posteriormente, procedeu-se à divulgação à equipa de enfermagem dos resultados das auditorias realizadas durante a ação de formação sobre úlceras de pressão.

No cronograma final (Apêndice XV) estão expostas as atividades desenvolvidas com as datas que tiveram que sofrer um reajustamento de forma a tornar possível este projeto adequado e concretizável.

Apesar de termos ajustado cronologicamente algumas atividades, perante o exposto, pensamos que ao atingirmos os objetivos a que inicialmente nos propusemos, desenvolvemos as competências comuns bem como um conjunto de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica que serão descritas no capítulo 4.



### **3. PROJECTO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS (PAC)**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) o conjunto de competências atribuídas ao enfermeiro especialista decorre do aprofundamento de competências de enfermeiro de cuidados gerais, traduzindo-se em competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas, que no caso do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica consistem em:

- K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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.

Com o objetivo de desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e tal como constava no plano de estudos do 1º Curso, propusemo-nos a desenvolver um PAC que decorreu em simultâneo com o projeto descrito anteriormente (PIS). Como tal, realizámos um diagnóstico de situação onde foram delineados objetivos para cada competência específica, bem como as respetivas atividades delineadas e respetivos indicadores de avaliação.

#### **3.1. – Diagnóstico de situação**

No decorrer da nossa prática diária e ao exercermos funções num serviço de urgência onde se prestam cuidados de saúde a doentes com variados contextos clínicos, é muitas vezes necessário atuar de forma rápida e eficaz, muitas vezes recorrendo a técnicas invasivas para as quais é necessária a utilização de produtos antissépticos e desinfetantes. Estes produtos são constituídos por substâncias químicas. Torna-se, assim, imprescindível possuir conhecimentos relacionados com o manuseamento

adequado destes produtos porque com frequência são manipulados inadvertidamente, o que pode resultar em risco para os profissionais de saúde e doentes. Após constatarmos que não existiam fichas técnicas de segurança dos diversos desinfetantes existentes no SUG, foi realizada uma entrevista não estruturada com o enfermeiro responsável pelo gabinete de gestão de risco que considerou a escolha desta temática pertinente e de interesse para o gabinete de gestão do risco.

Também constatamos que alguns assistentes operacionais apresentam dificuldades relacionadas com a adequada lavagem, desinfecção e montagem do balão ressuscitador. Deste modo, e após entrevista não estruturada com a enfermeira coordenadora do SUG, considerou-se ser de interesse para o serviço realizar uma ação de formação para os assistentes operacionais, com os objetivos de transmitir conhecimentos sobre a lavagem, desinfecção, descontaminação e esterilização de material e/ou equipamento hospitalar e uniformizar práticas referentes à descontaminação de material e equipamento hospitalar.

### **3.2. – Planeamento/ Cronograma inicial**

Como já foi referido o PAC visava o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, deste modo foram igualmente enunciados objetivos que resultassem de uma necessidade vivenciada pelo serviço e que em simultâneo visassem o desenvolvimento das competências específicas. O planeamento, onde se definem as linhas orientadoras, os objetivos, se descrevem as atividades previstas para a sua concretização assim como os indicadores de avaliação preconizados, será apresentado em formato de tabela facilitando a sua consulta (Apêndice XVI).

#### **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**

Dado ao fato desta competência ter sido desenvolvida aquando a realização do PIS, que já foi descrito anteriormente, neste capítulo não iremos fazer novamente referência ao mesmo.

## **K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação**

Para esta competência foram definidos os seguintes objetivos específicos, atividades desenvolvidas e indicadores de avaliação:

- Para o objetivo **Realizar dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre produtos tóxicos existentes no SUG, unidade X de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo**, foram definidas as seguintes atividades: realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema; realização estágio no Gabinete de Gestão de Risco do CHMST, EPE; realização de dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre produtos tóxicos existentes no SU; apresentação e discussão das fichas técnicas de segurança com a enfermeira coordenadora do SUG e com o enfermeiro responsável pelo Gabinete de Gestão de Risco do CHMST, EPE; realização das alterações propostas, se necessário; divulgação do dossier temático com as fichas técnicas de segurança, através de uma pasta partilhada no computador na sala de reuniões da equipa de enfermagem.

Foram determinados como indicadores de avaliação o dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre produtos tóxicos existentes no SUG, unidade X de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo e relatório de estágio opcional realizado no gabinete de gestão de risco.

- Para o objetivo **Elaboração de grelha de auditoria sobre o adequado acondicionamento de produtos tóxicos existentes no SUG, unidade X de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo**, as atividades propostas foram: realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema; realização estágio opcional no Gabinete de Gestão de Risco do CHMST, EPE; elaboração de grelha de auditoria sobre o adequado acondicionamento de produtos tóxicos existentes no SU; apresentação e discussão da grelha de auditoria com a enfermeira coordenadora do SUG e com o enfermeiro responsável pelo Gabinete de Gestão de Risco do CHMST, EPE; realização das alterações propostas, se necessário; divulgação da grelha de auditoria à equipa de enfermagem.

Como indicador de avaliação foi definida uma grelha de auditoria relacionada com o adequado acondicionamento dos produtos referidos.

**K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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**

No âmbito do PAC, para atingirmos os objetivos enunciados para esta competência, decidimos realizar um estágio opcional na Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar que decorreu no período de 7 de Maio e 20 de Junho de 2012, num total de 40 horas.

Com a realização deste estágio foi possível conhecer a política da CCIH desta Instituição onde exercemos funções como enfermeiros, que tem como missão ser reconhecida como um serviço de referência na instituição em matéria de prevenção e controlo de infeção, assumindo-se como parceira privilegiada dos profissionais prestadores de cuidados, centro de recursos e de conhecimento nesta área assim como elemento dinamizador da política de qualidade de cuidados na instituição. Foi possível adquirirmos conhecimentos relacionados com o Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das comissões de controlo hospitalar, em particular da comissão de controlo de infeção hospitalar, bem como, ter conhecimento global dos programas de controlo de infeção implementados neste centro hospitalar, com possibilidade de consulta bibliográfica.

A consulta de documentos referentes à área de controlo de infeção permitiu-nos um olhar mais atento e identificar algumas das necessidades do SUG no que se refere à prevenção e controlo de infeção, pelo que se considerou ser importante realizar a atualização do procedimento sectorial sobre drenagem torácica. Esta escolha prendeu-se com o facto de este estar desatualizado e ser um procedimento que é frequentemente realizado no serviço. Sendo também apontado pelos novos elementos da equipa de enfermagem, como uma área que suscita muitas dúvidas e considerarmos ser necessário incidir nalgumas medidas que podem contribuir para a diminuição das IACS.

Pelo referido anteriormente, no que concerne a esta competência foram definidos os seguintes objetivos e indicadores de avaliação:

- Para o objetivo **Atualizar o procedimento setorial sobre a drenagem torácica**, definiram-se as seguintes atividades: Pesquisa bibliográfica sobre o tema; realização de estágio na Comissão de Controlo de Infecção Hospital do CHMST, EPE; atualização do procedimento setorial sobre a drenagem torácica; apresentação e discussão da norma com a enfermeira da CCIH, enfermeira orientadora e enfermeira coordenadora do CHMST, EPE; proceder às alterações sugeridas, se necessário; apresentação da norma à equipa de enfermagem, através de uma reunião com os chefes de equipa de enfermagem, que posteriormente transmitiram a informação aos restantes elementos.

Foram definidos como indicadores de avaliação o procedimento setorial sobre a drenagem torácica e relatório de estágio opcional na CCIH.

- Para o objetivo **Formar as assistentes operacionais relativamente à lavagem e desinfeção do balão ressuscitador (tipo ambu)** foram determinadas as seguintes atividades: pesquisa bibliográfica sobre prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, descontaminação de materiais, lavagem e desinfeção do balão ressuscitador; realização estágio na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do CHMST, EPE; elaboração de slides; discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora; procede às alterações propostas, se necessário; marcação da sessão de formação; elaboração de um plano de sessão; divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros; realização da formação; Avaliação da formação.

Os indicadores de avaliação definidos foram relatório de estágio na CCIH, conjunto de slides, cartaz de divulgação da ação de formação, plano de ação.

Para que a execução dos objetivos referidos visassem o desenvolvimento das competências enunciadas anteriormente elaborámos também um cronograma inicial (Apêndice XVII) de forma a sistematizar as atividades planeadas e ser possível atingir os objetivos indicados, em tempo útil.

### 3.3 – Execução/Avaliação/ Cronograma final

O desenvolvimento do PAC exigiu um conjunto de atividades que cronologicamente se foram realizando no sentido de atingir os objetivos definidos com o intuito de desenvolver as competências específicas de enfermeiro especialista em EMC, que iremos de seguida explicar individualmente:

#### **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**

Para o desenvolvimento desta competência delineamos dois objetivos que foram desenvolvidos ao longo da descrição do PIS e que serviu de base para a elaboração de um artigo científico (Apêndice XVIII). Contudo, no decorrer dos três estágios, aquando a prestação de cuidados podemos realizar outras atividades que contribuiriam para o desenvolvimento da competência supracitada e que as iremos descrever.

No decorrer dos estágios desenvolvidos restringimos a nossa atuação aos setores UIPA e sala de reanimação dado ao número e complexidade de situações de pessoas em situação crítica / emergente que estes admitem.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exige alta qualificação e diferenciação de conhecimentos, tecnologia e capacidades técnicas, de modo a responder de forma eficiente à pessoa cuja vida está ameaçada pela falência ou pela eminente falência de uma ou mais funções vitais, evitando complicações e limitando incapacidades. Para tal, e como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) *“exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”*.

Assim, em contexto de estágio num SU, vivenciámos diversas e complexas situações clínicas diariamente, sendo necessário estar preparado para responder a eventuais alterações ou intercorrências de modo a ser possível atuar adequadamente com rapidez e eficácia. Por o SUG ser um serviço onde existe uma grande rotatividade

de doentes com diversas situações clínicas foi necessário mobilizar conhecimentos técnicos, científicos e relacionais.

Também vivenciámos situações de instabilidade e/ou risco multiorgânico, pelo que tivemos oportunidade de executar cuidados de enfermagem de alta complexidade relacionados com ventilação mecânica, monitorização contínua de doentes, transporte de doentes para a unidade de cuidados intensivos, suporte avançado de vida e gestão de protocolos complexos.

Como tal, nas situações referidas evidenciámos conhecimentos em suporte avançado de vida e capacidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, para além da avaliação e registo do risco de desenvolvimento de risco de úlceras de pressão, do risco de queda e da dor.

Relativamente à dor, tivemos a oportunidade de consolidar alguns conhecimentos, ao participarmos na ação de formação sobre esta temática que se realizou no serviço a 18 de Junho de 2012.

O internamento num serviço de urgência é, por si só, gerador de stress, ansiedade, angústia, preocupação e medo, pelo que sempre que possível, procurámos assistir o doente e família nas perturbações emocionais decorrentes de uma situação crítica, demonstrando disponibilidade para esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgissem, estabelecendo uma relação terapêutica com a família adaptando a comunicação à complexidade do estado do doente, pelo que foram utilizadas estratégias facilitadoras de comunicação (fornecimento de papel e caneta, por exemplo).

Intervimos adequadamente no que se refere a situações de morte e processos de luto, cujo trabalho apresentado na supervisão de cuidados (Apêndice XIX), se revestiu de extrema importância porque permitiu-nos refletir sobre esta temática.

Segundo Silva (2006, p. 24) a morte é *“um facto incontornável que atinge todos os seres vivos. É também evidente que nascemos diferentes e morremos de forma diferente”*.

A morte é uma realidade cada vez mais presente nos hospitais, como tal, reveste-se de extrema importância que os enfermeiros desenvolvam competências que permitam

intervir ativamente junto dos doentes e seus familiares nesta fase, de modo a contribuir para um final de vida mais digno e de qualidade.

Apesar de um fenómeno natural, universal, contudo é algo angustiante, e que muitas vezes ao pronuncia-la suscita emoções contraditórias e desconfortáveis. A percepção da sua proximidade pode ser algo perturbador, não só para aqueles que estão a morrer, mas também para os que os rodeiam (Figueiredo, 2007).

A morte traduz-se num acontecimento significativo para uma família na medida que provoca ansiedade, tristeza, stress.

Assim, quando a morte ocorre não podemos apenas pensar na comunicação da má notícia, pois estas situações implicam uma perda, à qual está sempre associado um processo de luto (Pereira, 2008).

Os profissionais de enfermagem têm, assim, um papel preponderante junto do doente e dos seus familiares, devendo ser promotor da comunicação e do relacionamento entre estes, auxiliando-os a superar esta etapa.

Os enfermeiros devem, assim, atuar de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, no Artigo 87º - Do respeito pelo doente terminal que afirma que, *“o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte* (OE, 2003, p. 91).

Consideramos assim que pelo que foi exposto anteriormente foram atingidos os objetivos definidos para esta competência.

## **K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação**

Para desenvolver esta competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, foram definidos os seguintes objetivos:

- **Realizar dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre produtos tóxicos existentes no SUG;**
- **Elaboração de grelha de auditoria sobre o adequado acondicionamento de produtos tóxicos existentes no SUG.**

Assim, para atingirmos os objetivos referidos, além da realização de pesquisa bibliográfica sobre esta temática, considerou-se importante a realização de um estágio opcional no gabinete de gestão de risco (Apêndice XX), que decorreu no período de 19 e 30 de Março e 16 Abril a 02 de Maio de 2012, num total de 40 horas. No decorrer do estágio, foi referida a nossa intenção em elaborar o dossier temático (Apêndice XXI), acima referido, que foi considerada pertinente pelo enfermeiro responsável pelo gabinete de gestão de risco. de forma a disponibilizar um documento de consulta rápida com o objetivo de evitar situação de eventual risco ou de prevenir possíveis situações de emergência no SUG. A sua divulgação aos enfermeiros não foi realizada por motivo de férias da enfermeira coordenadora do SUG, pois aguardava-se o seu feedback relativamente ao dossier em tempo útil.

Foi também elaborada uma grelha de auditoria (Apêndice XXII) relacionada com o adequado acondicionamento dos produtos de limpeza, desinfetantes e antissépticos existentes no SUG, tendo em conta as características destes. Posteriormente foi validada pelo enfermeiro responsável pelo gabinete de gestão de risco e pela médica responsável pela farmácia e aguarda aprovação pela Enf.<sup>a</sup> coordenadora do SUG. De referir que a elaboração desta grelha foi difícil, pois aquando da realização de pesquisa bibliográfica verificou-se a existência de pouca documentação científica disponível, quer em livros quer em bases de dados, sobre esta temática.

Com o intuito de desenvolver a competência K2 e cientes que os edifícios hospitalares, como quaisquer outros, estão sujeitos a diversos tipos de acontecimentos, os quais podem originar situações de Emergência, no decorrer do estágio realizado no gabinete de gestão de risco tivemos oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos relativos ao Plano Nacional de Catástrofe, em geral, e sobre o Plano de Emergência Interno (PEI) do CHMST, EPE, em particular, de modo a compreendermos o que se encontrava efetuado nesta área, e para a qual não estávamos muito despertos, pois o enfermeiro de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 79º - Dos deveres deontológicos em geral, alínea d) deve *“ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência”*. É de referir que o estágio realizado no gabinete de gestão de risco foi de extrema importância, pois para além de ter facultado bibliografia para adquirir conhecimentos base sobre esta área, também serviu de oportunidade para conhecer os recursos existentes nesta área dentro da Instituição onde exercemos funções.

Pelo que descrevemos consideramos ter atingido os objetivos acima referidos, apesar de estarmos conscientes que nem todas as atividades foram desenvolvidas no tempo planeado e disponível.

**K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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.**

Com o intuito de desenvolvermos esta competência específica foram definidos os seguintes objetivos:

- **Atualizar o procedimento setorial sobre a drenagem torácica;**
- **Formar as assistentes operacionais relativamente à lavagem e desinfeção do balão ressuscitador (tipo ambu).**

Neste sentido, no decorrer do estágio na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (Apêndice XXIII), realizou-se pesquisa bibliográfica sobre o tema e atualizou-se o procedimento setorial sobre a drenagem torácica (Apêndice XXIV) que foi discutido com a enfermeira responsável pela comissão de infecção hospitalar e com a professora orientadora.

De referir que este procedimento não chegou a ser apresentado à restante equipa de enfermagem porque aguardava-se resposta da enfermeira coordenadora relativamente à sua elaboração, não se tendo obtido resposta até ao término do estágio.

Para dar resposta ao segundo objetivo delineado para esta competência, também se considerou importante a realização da pesquisa bibliográfica bem como o estágio na CCIH, anteriormente referenciados. Após a elaboração de um conjunto de slides (Apêndice XXV) e destes terem sido discutidos, através de reuniões informais, com a enfermeira responsável pelo serviço, a professora orientadora e com a enfermeira orientadora, procedemos a algumas alterações. Posteriormente foi definida, com a enfermeira responsável pelo serviço e com as enfermeiras responsáveis pela formação, a data de apresentação da ação de formação, de modo a não coincidir com as restantes formações previstas, o que foi um pouco difícil, visto estarem programadas muitas ações de formação para o mesmo período de tempo, como referido anteriormente.

A divulgação da data da ação de formação (Apêndice XXVI) foi afixada na sala de enfermagem, de modo a que um maior número de assistentes operacionais tivesse conhecimento e foi elaborado um plano de sessão (Apêndice XXVII), onde identificámos os conteúdos a expor.

A ação de formação decorreu no dia 4 de Julho de 2012, na sala de reuniões do Serviço de Urgência, pelas 14h, tendo assistido 15 assistentes operacionais, no total. Durante a sessão os assistentes operacionais evidenciaram interesse nos conteúdos expostos, demonstrando uma participação ativa, na partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas. Depois da formação, foi realizada a sua avaliação escrita, utilizando a folha instituída no Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo. Da avaliação efetuada retira-se que a formação correspondeu às expectativas dos assistentes operacionais presentes, tendo ficado muito satisfeitos com a qualidade dos conteúdos expostos e com a possibilidade de aplicar os conhecimentos e em situações específicas

de trabalho. Referiram também a importância de realizar este tipo de formações com mais frequência, pois consideravam que estavam pouco implicados na formação desenvolvida no serviço. Consideramos que a realização da ação de formação em serviço foi um momento útil para instrução dos profissionais bem como de discussão sobre o seu desempenho de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. Pelo exposto, consideramos ter atingido plenamente este objetivo.

De referir que de forma a garantir a concretização dos objetivos específicos definidos, foi necessário reformular cronologicamente estratégias, pelo que o cronograma inicial sofreu algumas alterações, dando origem a um cronograma final (Apêndice XXVIII).

Durante a realização do estágio tivemos oportunidade de realizar outras atividades que de certo modo contribuíram para o desenvolvimento da competência K3, nomeadamente ao assistir à ação de formação em serviço sobre uso de equipamento de proteção individual, que foi de extrema importância para aprofundar conhecimentos nesta área e promover a reflexão sobre as nossas práticas, de modo a prevenir e controlar a infeção, bem como também foi uma mais-valia aquando a realização do procedimento setorial sobre a drenagem torácica.

Em Dezembro de 2011, tivemos também oportunidade, no decorrer do estágio, de assistir à ação de formação “Prevenção e Controlo de Infeção no Serviço de Urgência: Higienização das mãos”, relacionado com a prevenção e controlo das IACS. A frequência desta ação constituiu, também, um contributo para a elaboração do procedimento setorial referido anteriormente. Sabendo que a lavagem das mãos é a atitude mais simples e mais importante para a prevenção da infeção nosocomial; medida de Categoria I do Centers for Disease Control and Prevention (aplicável a todas as instituições hospitalares e fortemente suportada e apoiada por trabalhos de investigação), podemos então referir que a higienização das mãos é uma das principais medidas de controlo de infeção e sendo um componente importante da higiene pessoal, particularmente do pessoal de saúde, deve este procedimento ser rotina para todos os profissionais (CDC, 2002).

Segundo Wilson (2003), as mãos dos profissionais são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de doente para doente, e estão frequentemente

implicadas como via de transmissão de surtos de infeção. Este procedimento constitui uma ação simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para reduzir as IACS em todo o mundo.

Assistir a estas ações de formação permite aos profissionais de saúde refletir e consciencializarem-se desta problemática, pois todos estão implicados no controlo de infeção. Só assim será possível contribuir para uma consciencialização dos comportamentos e da necessidade de mudança, de modo que os profissionais se identifiquem com os procedimentos adequados e os introduzam nos seus hábitos de trabalho diário, pois como refere Pina (2010, p.29) *“com a evolução ao nível da tecnologia nos cuidados de saúde, dispõe-se cada vez de mais dispositivos médicos quer para monitorização quer para intervenção. A utilização destes dispositivos nem sempre é inócua e implica que os utilizadores conheçam de modo aprofundado as características e indicações de cada um deles e que os utilizem tendo por base tanto uma análise de custo-efetividade como custo-benefício.”*

Pelo atrás referido podemos concluir que foi desenvolvida a competência atrás explanada.

No próximo capítulo considerámos ser importante abordar as competências de enfermeiro especialista em EMC adquiridas ao longo do 1º Curso de Mestrado em EMC e articulá-las com os aportes lecionados durante o Curso pois estes foram fundamentais para suportar a nossa prática.



#### 4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA E CONTRIBUTOS TEÓRICOS

Ao exercer funções num SU é exigido dos enfermeiros uma abrangência de saberes e experiências que lhe permitam dar resposta adequada às mais diversas situações, em condições muitas vezes adversas.

De acordo com Sheehy (2001, p.3) *“enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Os cuidados de enfermagem de urgência são episódios, primários e, normalmente, agudos.”*

Segundo Macphail (2001, p.6), a enfermagem de urgência define-se como sendo *“a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções.”*

Os enfermeiros que exercem funções num serviço de urgência têm de ter presentes uma diversidade de conhecimentos, pelo que surge a necessidade de aprofundar e atualizar os já existentes através da formação contínua, de forma a desenvolver capacidades e competências pessoais que lhes permitam maior autonomia, responsabilidade, eficácia e segurança nas suas tomadas de decisão e promover o desenvolvimento do pensamento crítico pela reflexão da sua prática, visando a melhoria contínua do seu exercício profissional com a finalidade de proporcionar ao cliente cuidados de qualidade, o que, como refere Vieira (2007, p.125) *“ (...) exigirá um investimento pessoal na enfermagem ao longo da sua vida profissional.”*

Também Dias (2004, p.35) refere que *“ as necessidades de formação na classe de enfermagem diferem de indivíduo porque cada um é um ser único, no entanto, existe uma cultura de enfermagem”*.

Polit (2004) reforça que, durante as últimas décadas, ocorreram muitas mudanças na formação dos enfermeiros e na pesquisa em enfermagem, mudanças provocadas pelo desejo de elaborar uma melhor base de conhecimentos para a prática e para a profissão. Assim, com o desenvolvimento tecnológico e científico são exigidas novas metas, aos profissionais de enfermagem, a nível das novas tecnologias e formação. De acordo com Mão-de-Ferro (1999, p.285) a formação é a “ *capacitação dos adultos, dentro de uma perspectiva de mudança de forma a permitir a realização e o desenvolvimento dos indivíduos e das respetivas potencialidades garantindo um papel ativo no desenvolvimento socioeconómico e cultural*”.

Aos profissionais de enfermagem é-lhes exigido, cada vez mais, uma atualização permanente o que exige um investimento pessoal na aprendizagem ao longo de toda a vida profissional. A aprendizagem ao longo da vida continua a ser indispensável para os enfermeiros, pois tal como é referido por Benner (2001, p.201) “ *(...) a enfermeira é um profissional clínico \_ um trabalhador com muitos conhecimentos – cuja complexidade e responsabilidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo e a longo termo*”.

A formação contínua é fundamental para um enfermeiro porque permite que mantenha a atualização de conhecimentos, e desta forma contribua para uma melhor prestação e adaptação aos contextos de trabalho, pois segundo o artigo 88º, alínea c) do Código Deontológico do Enfermeiro (2005, p.133) este deve “ *manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*”.

Também no documento da OE (2001, p.10) sobre os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem é referido como um dos pontos que enquadram o exercício profissional, no qual “ *do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios Humanistas (...) previstos no CDE enformam a boa prática de enfermagem (...) perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes*”.

Torna-se assim de extrema importância que a enfermagem invista na formação especializada de modo a ser possível desempenhar um papel de relevo e de maior visibilidade no processo do cuidar.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2), um enfermeiro especialista *“é o enfermeiro com conhecimento específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”*

#### **4.1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) o conjunto de competências atribuídas ao enfermeiro especialista decorre do aprofundamento de competências de enfermeiro de cuidados gerais, traduzindo-se em competências comuns e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crítica.

A Ordem dos Enfermeiros definiu no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010), que seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos doentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Neste mesmo regulamento (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2010, p.3). definem-se competências comuns como *“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*, sendo quatro os domínios de competências comuns - responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A oportunidade de frequentar o 1º Curso de Mestrado em EMC reverte-se numa mais-valia no sentido que contribuiu para, em contexto de estágio, refletir sobre a nossa prática como profissional e melhorá-la no que concerne às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, daí que a escolha do local tenha recaído no SUG de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.

Relativamente ao domínio **da responsabilidade profissional, ética e legal**, do qual fazem parte as competências **A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**, consideramos que ao prestarmos cuidados de enfermagem em contexto de estágio evidenciámos um exercício seguro, profissional e ético, tendo por base o respeito pela dignidade humana e privacidade da pessoa, e as responsabilidades éticas e profissionais, como referido no Código Deontológico do Enfermeiro e na legislação existente. Também em contexto de estágio, procurámos ter sempre presente a necessidade de humanizar os cuidados prestados, para tal procurámos comunicar adequadamente com o doente, fornecendo a informação solicitada, utilizando uma linguagem adequada, valorizando as escolhas do mesmo após lhe ter sido facultada a informação necessária, mostrámo-nos disponíveis para ouvir e procurar encontrar a solução adequada ao doente e à situação envolvente, respeitando a sua privacidade, a sua escolha e autodeterminação relativa aos cuidados de enfermagem e de saúde.

Assim, consideramos que a nossa atuação vai de encontro ao referido no artigo 84º (Do Dever de informação) e no artigo 78º (Princípios Gerais) do Código Deontológico no ponto 1 *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)”* e no ponto 3 são princípios orientadores da atividade do enfermeiro alínea b) *“o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes.”*

O respeito pela pessoa humana e pela sua individualidade, valores, costumes, religião está intrinsecamente ligado à boa prática de enfermagem, e tal como nos refere a Ordem dos Enfermeiros (2001) bons cuidados significam coisas diferentes para pessoas diferentes, e, assim o exercício profissional dos enfermeiros requer

sensibilidade para lidar com estas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes.

Estamos cientes de que com a elaboração do PIS, em que foi detetada uma situação problemática, onde foi aplicada uma ferramenta diagnóstica (questionário) sendo solicitada uma autorização à S.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Coordenadora do SUG, do Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo para ser possível a sua aplicação, foram salvaguardadas todas as questões éticas inerentes a uma investigação. Não obstante a este fato, cada enfermeiro assinou um consentimento informado, onde era expressa que a confidencialidade e anonimato estavam assegurados.

Segundo Fortin (1999), qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético e os valores de relacionamento humano deverão ser protegidos.

Deste modo, a investigação, quando aplicada a seres humanos, exige da parte do investigador, o respeito pelos cinco princípios determinados pelos códigos de ética, e que se revelam basilares para proteger a liberdade e os direitos dos sujeitos que participam nas investigações (Fortin, 1999).

Foram determinados pelos códigos de ética cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos nos protocolos de investigação, tais como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

O direito:

- à autodeterminação “ (...) baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela (...) ” (Fortin, 1999, p.116). Este direito está relacionado com o fato do sujeito escolher voluntariamente participar ou não numa investigação para a qual foi convidado. Segundo o artigo 9º do código de Nuremberga, o sujeito deve ser informado do seu direito de se retirar, em qualquer momento, do estudo que consentiu previamente. Na aplicação do questionário, este princípio foi tido em conta, pois informámos os enfermeiros do seu direito de se retirarem a qualquer momento, bem como o de respeitar a sua decisão de participar ou não.

- à intimidade faz referência à proteção da intimidade dos sujeitos. Está relacionado com o anonimato e a confidencialidade dos dados, empenhando-se o investigador em proteger o sujeito ao longo do estudo, inclusive na divulgação dos resultados.
- ao anonimato e à confidencialidade, relaciona-se com o direito que o sujeito tem de não ser associado às suas respostas individuais nem mesmo pelo próprio investigador. Ao ser aplicado o questionário este tem anexado um consentimento informado onde é expressa que a confidencialidade e anonimato serão assegurados.
- à proteção contra o desconforto e o prejuízo “ (...) *corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.*” (Fortin 1999, p.118).
- a um tratamento justo e equitativo está contemplado no direito em ser informado sobre a natureza, a finalidade, a duração e os métodos utilizados na investigação. Este direito refere-se ainda ao tratamento equitativo dos sujeitos e invoca a escolha dos indivíduos, por estarem ligados ao problema de investigação, e não por conveniência ou disponibilidade, bem como deve ser contemplada a ausência de prejuízo para os sujeitos que desistam durante o decurso do estudo.

Analisando a relação risco benefício para os enfermeiros inquiridos, concluímos que os benefícios para os sujeitos devem sobrepor-se aos riscos, uma vez que, pela sua participação, o sujeito contribuiu para o avanço dos conhecimentos, permitindo um aumento na qualidade dos cuidados prestados.

A Ordem dos Enfermeiros determina que os enfermeiros devem envolver-se de forma efetiva nas tomadas de decisões éticas. O processo de tomada de decisão deve ser perfeitamente fundamentado pelo conjunto de saberes e competências que o enfermeiro detém, no momento em que identifica as necessidades de cuidados da pessoa/grupo, escolhendo o caminho de intervenção para a situação com que se depara, sempre na perspectiva de manter a vida, promover a saúde e prevenir a doença.

Ao exercermos funções num SUG, por vezes deparamo-nos com situações onde é difícil ter todos estes aspetos (ético, deontológico e jurídico) em conta, principalmente

quando os doentes estão debilitados e em condições clínicas que os tornam incapazes de decidir. Deverão ser os profissionais que nestas situações devem demonstrar uma tomada de decisão ética, suportando as decisões em princípios e normas deontológicas.

Para tal, o enfermeiro deverá ter presente, na sua prestação de cuidados, uma conduta baseada no Código Deontológico dos Enfermeiros e no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, sem esquecer também a conduta legal em vigor no nosso país, como o Código Civil e o Código Penal Português.

Consideramos que os aportes lecionados no primeiro semestre, na unidade curricular **Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem**, no módulo de **Direito em Enfermagem**, foram muito importantes e pertinentes pois possibilitaram a discussão e reflexão sobre vários dilemas éticos relacionados com o nosso contexto profissional, permitindo uma análise do CDE. Também o módulo de **Formação Contínua Aplicada à Enfermagem**, possibilitou que realizássemos uma reflexão crítica sobre várias situações práticas vividas, de modo a contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Consideramos que os aportes teóricos lecionados contribuíram para a consolidação de conhecimentos e adquirir as competências acima referidas.

No que se refere ao domínio da **melhoria contínua da qualidade** e onde estão incluídas as competências, **B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro**, pensamos que esta competência foi adquirida e desenvolvida em pleno com a realização do PIS, uma vez que a proposta de projeto que foi desenvolvido relaciona-se com projetos institucionais na área da qualidade, tal como preconizado pelo CDE. Assim ao realizarmos e desenvolvermos um projeto de intervenção em serviço na área da qualidade dos cuidados, consideramos que nos proporcionou o aprofundamento dos conhecimentos que são importantes para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Os Enfermeiros desempenham um papel importante na diminuição do risco promovendo a segurança do doente, o que se torna fundamental para a realização de cuidados de enfermagem de qualidade. Segundo Nunes (2006, p.6) *“todos os passos na*

*intervenção de enfermagem junto de um cliente envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à segurança deste. Uma clara identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, considerando a amplitude necessária ao escopo de ação do enfermeiro, desde a comunicação e a relação interpessoal em que os cuidados de enfermagem se fundam, aos aspetos processuais e técnicos do seu exercício.”*

Deste modo, a gestão do risco é um princípio fundamental e fator decisivo de sucesso na qualidade dos cuidados de saúde de modo a prevenir ou reduzir a ocorrência do erro, de modo a garantir a segurança do doente, profissionais e das organizações. Segundo Fragata (2009, p.75) a gestão de risco clínico corresponde a um *”conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança, ou seja, a qualidade de prestação de cuidados de saúde mediante a identificação prospetiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela atuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. A gestão do risco clínico tem como duplo objetivo limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo) e minimizar os danos que provocam (recuperando) ”.*

Ao sermos responsáveis por um projeto pretendemos formar e treinar a equipa de enfermagem de modo a promovermos programas que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados mas também a contribuir para a prevenção de incidentes de risco para os doentes.

De referir que os aportes lecionados no 1º semestre nos módulos **Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem e Estratégias de Melhoria Continua da Qualidade** foram fundamentais, pois abordaram temas fundamentais e muito pertinentes que em muito contribuíram para a aquisição e consolidação de conhecimentos nesta área.

No domínio da **gestão dos cuidados**, integram-se duas competências, **C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar e C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.**

Como profissionais de enfermagem não agimos isoladamente, mas sim incluídos numa equipa multidisciplinar, com a qual estabelecemos relações, com o objetivo

comum de satisfazer as necessidades globais da pessoa cuidada, assim aquando da realização do estágio ao prestarmos cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica, realizámos uma gestão dos cuidados prestados de forma a responder às necessidades detetadas, em articulação com a equipa multidisciplinar. Tal como refere Hesbeen (2000, p.45) “ *os agentes de todas as profissões têm por missão enquadrarem-se na mesma perspetiva profissional, a de prestarem cuidados às pessoas, de os ajudarem, de contribuírem para o seu bem estar utilizando as competências e as características suas, próprias do exercício profissional.* ”

Consideramos que no âmbito do PAC, após termos detetado uma situação problemática relacionada com conhecimentos insuficientes relativos à adequada lavagem e desinfeção do balão ressuscitador (tipo ambu), ao realizarmos a ação de formação sobre esta temática aos assistentes operacionais do SUG, proporcionamos uma reflexão conjunta e desta forma contribuímos para a criação de condições para melhorar a segurança dos cuidados prestados e simultaneamente para minimizar o risco de erro, proporcionando um ambiente mais seguro e com qualidade. Estamos conscientes que a qualidade dos cuidados em saúde provém da participação ativa de todos os seus intervenientes, e para tal os mesmos devem estar motivados e sentir-se incluídos, pois, tal como é referido por Jorge, S. et al (2003, p.365) “ *a qualidade do cuidado está diretamente ligada à qualidade da relação entre os membros da equipa de enfermagem e multidisciplinar, envolvendo aspetos primordiais como os conhecimentos e habilidades, as crenças e valores individuais, profissionais e institucionais.* ”

Os aportes lecionados no módulo de **Gestão de processos e recursos, Gestão dos Cuidados de Enfermagem e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem**, contribuíram para refletirmos e melhorarmos a nossa atuação nesta área.

Por tudo o referido anteriormente consideramos que alcançamos este domínio de competências comuns.

No que concerne ao domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, fazem parte duas competências, **a D1-Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.** Com a elaboração do PIS e PAC, diagnosticámos as necessidades formativas baseando-

nos na investigação e seus resultados, de forma a demonstrarmos evidência científica válida e atual. Recorreu-se a pesquisa bibliográfica, tanto em livros e revistas da especialidade como também em bases de dados eletrônicas, traduzindo-se assim, em mais um momento de aprendizagem, que contribuiu para uma reflexão que se quer constante, e que veio contribuir para consolidar os conhecimentos adquiridos e para incorporar na prática conhecimentos baseados em evidência científica.

Ao realizarmos as fases de diagnóstico e planeamento baseadas na metodologia do projeto com a utilização de ferramentas diagnósticas, permitiu-nos produzir evidência de forma a melhorar a qualidade nos cuidados prestados. Também a realização da ação de formação sobre úlceras de pressão e a elaboração do dossier temático, revelou-se bastante importante na medida em que houve necessidade de realizar pesquisa bibliográfica atual e pertinente baseada nas *guidelines* mais recentes sobre este tema, o que proporcionou incorporar na prática conhecimentos baseados na evidência científica.

No decorrer do 1º Curso de Mestrado em EMC, e no sentido de suportar o trabalho desenvolvido no âmbito do PIS, assistimos ao “ III Congresso – gestão de feridas complexas: uma abordagem de boas práticas”, que decorreu a 30 e 31 de Março de 2012, tendo sido organizado pela Formasau, em que os conteúdos apresentados contribuíram para suportar a prática clínica e expandir o conhecimento na área da especialidade.

Consideramos que o desenvolvimentos destas unidades de competência foram possíveis pela formação contínua que fomos desenvolvendo, bem como também pelos conteúdos que obtivemos através dos aportes teóricos lecionados na unidade curricular de **Investigação**, nos módulos **de Métodos de Tratamento de Informação e Trabalho de Projeto**, pois comungamos com Alarcão (1996) quando este refere que uma formação contínua, baseada na prática, contribui para uma evolução coerente nos domínios do saber e na realização profissional e pessoal, sendo possível aos enfermeiros, através do desenvolver de competências “*científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados*”. (REPE 1996, Capítulo II, Artigo 4º. Alínea 3).

Descritas as competências comuns do enfermeiro especialista, iremos agora fazer uma análise reflexiva das competências específicas de enfermeiro especialista em EMC adquiridas no decorrer dos estágios que realizamos.

#### 4.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Segundo a OE (2011) os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Para tal é necessária a certificação de competências clínicas especializadas de modo a assegurar que o enfermeiro especialista seja detentor de todo um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica.

Assim, no decurso dos estágios que realizámos, ao elaborarmos o Projecto de Intervenção em Serviço (PIS) possibilitou-nos aprofundar as competências comuns do enfermeiro especialista e a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica **K1 “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”**, na medida em que ao desenvolvermos um projeto na área temática úlceras de pressão, nomeadamente na prevenção do risco do seu desenvolvimento, esta relaciona-se com o doente em situação de risco de falência de uma ou mais funções vitais. Tal deve-se ao facto de os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes exigirem uma avaliação e monitorização contínua, de modo a prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Assim, durante o estágio, realizou-se a avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de acordo com o procedimento geral implementado no serviço, que se encontra atualizado e de acordo com as *guidelines* emanadas pela EPUAP (2009).

No decurso dos estágios foi possível prestar cuidados de enfermagem diferenciados e de elevada complexidade quer a doentes do foro médico (edema agudo

do pulmão, DPOC, síndrome coronário agudo, fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida) quer cirúrgico (politraumatizados, doentes submetidos a intervenções cirúrgicas e que necessitaram de suporte ventilatório), o que nos permitiu realizar a monitorização e avaliação das situações evitando possíveis complicações.

Pelo facto de o SUG ser um serviço muito dinâmico, em que a mobilidade dentro e para fora do serviço é grande e em que os doentes muitas vezes estão instáveis, requer mobilização de conhecimentos e rapidez de atuação. Muitas vezes a complexidade das situações e a sua evolução alteram os resultados esperados, pelo que devemos estar preparados para essas intercorrências e ser capazes de atuar com rapidez e eficácia, por exemplo, perante situações de doentes que dão entrada no serviço de urgência com o diagnóstico de edema agudo do pulmão, sabendo que são situações de rápida evolução, se não interferirmos rapidamente na implementação de ações e na antecipação de outras em tempo útil, a situação pode evoluir para paragem cardiorrespiratória.

De salientar que todas as intervenções realizadas foram documentadas nos registos de enfermagem, de forma a permitir a continuidade, coerência e qualidade dos cuidados, pois tal como refere o artigo 83º (Do Direito ao Cuidado) do Código Deontológico, alínea d) *”assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas.”*

Pimenta e Vale, cit. por Rodrigues (2005, p.6), referem que os registos de enfermagem *“ devem ocupar um lugar de destaque, sendo insubstituíveis no dia-a-dia de qualquer enfermeiro, independentemente do local onde ele exerce a sua atividade.”*

Assim, estes devem ser rigorosos, completos e realizados corretamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem. É através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando a sua autonomia e responsabilidade profissional (Dias et al, 2001).

Consideramos que os aportes teóricos dos módulos **cuidados de enfermagem ao cliente com falência multiorgânica, Cuidados de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem ao cliente com problemas cardiovasculares e Intervenções de Enfermagem em situação de urgência** foram muito importantes e relevantes, pois

permitiram adquirir conhecimentos mais aprofundados e específicos que contribuíram para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família.

Pelo exposto anteriormente consideramos ter desenvolvido as unidades de competência, *K.1.1. - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e K.1.2. - Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.*

Durante os estágios deparámo-nos algumas vezes com doentes que verbalizavam, por utilização de linguagem verbal e/ou não verbal, dor. Consideramos que o alívio da dor está relacionado os cuidados de conforto associados ao contexto físico, pelo que realizávamos a avaliação e preenchimento da folha de avaliação da dor instituída no serviço e verificávamos se existia alguma prescrição de analgesia, de modo a contribuir para o conforto destes doentes. Se existisse, administrávamos e posteriormente avaliávamos a sua eficácia junto do doente, registando sempre as intervenções realizadas. Quando não existia, contactávamos o médico responsável do doente e informávamo-lo da situação para que fosse prescrita analgesia o mais rapidamente possível. O registo e a avaliação da dor são adaptados a cada situação.

Também a Circular Normativa N°09/DGCG de 14/06/2003 da DGS, alínea b) refere que “*o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde*”. A mesma Circular Normativa estabeleceu a Dor como 5º Sinal Vital e determinou a obrigatoriedade de se efetuar, sistematicamente, a avaliação, o registo da sua intensidade, com recurso a escalas de avaliação, como a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa ou Escala de Faces.

Assim, os enfermeiros têm o dever de controlar a dor, tendo como princípios orientadores os descritos no Programa Nacional de Controlo da Dor e o Guia Orientador de Boas Práticas (OE, 2008). As intervenções de enfermagem junto à pessoa com dor devem incluir a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções serem documentadas (Ordem dos Enfermeiros, 2008). O enfermeiro deverá, assim, proporcionar medidas de alívio da dor não farmacológicas que complementam as prescritas pelo médico, saber qual a medicação que o doente já tomava habitualmente,

pois pode ser útil no controlo da sua dor e implementar numa primeira fase uma intervenção menos invasiva e rápida (Potter e Perry, 2006).

Também Pimenta (2000) considera que o controlo da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, que atuem nos diversos componentes da dor, na medida que estas técnicas são, na sua maioria, de baixo custo e de fácil emprego, podendo ser ensinadas aos doentes uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo da situação e incentivar a sua participação e responsabilização no tratamento.

Gostaríamos também de referir que o aporte teórico do módulo **intervenções de enfermagem ao cliente com dor** permitiram ter uma perceção mais aprofundada sobre esta temática e melhorar a nossa atuação.

Desta forma consideramos ter, também, alcançado a unidade de competência ***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.***

Um SU muitas vezes é considerado como um serviço complexo, caótico e despersonalizante, em que, com frequência, existe uma exposição a estímulos dolorosos, iluminação contínua e procedimentos clínicos invasivos. É um ambiente desconhecido e incerto que tantas vezes provoca medo e ansiedade. Torna-se ainda mais relevante que os cuidados de enfermagem visem o conforto do doente no contexto ambiental, minimizando o desconforto provocado pelo ruído, através de pequenos procedimentos tais como: reduzir a intensidade da luz em locais de exposição direta, proporcionar um sono tranquilo, baixar o volume dos alarmes, antecipar as mudanças de seringas, soros e reduzir o tom da voz.

Como enfermeiros cuidadores num serviço de urgência, temos consciência que sendo o centro da nossa atenção o doente e a sua família, em diferentes momentos do ciclo vital, perante as mais variadas situações, tais como a vulnerabilidade, a ansiedade, o medo, fomentar um ambiente de confiança respeitando a individualidade de cada um.

Sabendo que “ *os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue*”, a prática da enfermagem centra-se no cuidar e é fundamentada num agir que tem como objetivo

ajudar as pessoas na adaptação aos processos de saúde e doença que as afetam, através do estabelecimento de uma relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa dependente do cuidado, num contexto de privacidade e individualizado, valorizando o respeito pelo outro (OE, 2004, p.5).

A profissão de enfermagem centra a sua atividade na pessoa que cuida, ela é o seu foco de atenção, de modo que os cuidados de enfermagem assentem numa relação de ajuda. A relação de ajuda só poderá desenvolver-se num clima de segurança efetiva e de confiança mútua, que conduza à responsabilização de cada um dos intervenientes pelo outro.

Para Phaneuf (2005, p.322), a relação de ajuda é o estabelecimento de uma *“relação feita de escuta e de compreensão é, com efeito, um verdadeiro bem, uma dádiva da enfermeira para a pessoa cuidada para a ajudar a ultrapassar as suas dificuldades. E esta relação é fértil, evidentemente, visto que é portadora de alívio da ansiedade, de libertação de certas emoções, de serenidade e de amor pelo outro.”*

Para a mesma autora *“a relação de ajuda bem aplicada, dá aos cuidados uma eficácia e uma qualidade humana que lhe confere, ao mesmo tempo que um carácter de profissionalismo, uma melhor visibilidade do que faz a enfermeira”* (Phaneuf, 2005, p.13).

Com frequência, a situação de necessidade de internamento causa, stress, ansiedade, medo e dor ao cliente e família, sendo necessário arranjar estratégias para minimizar estes sentimentos, pelo que o aporte teórico do módulo **Cuidados em situação de crise: cliente e família** contribuíram para melhorar a nossa conduta profissional.

Gostaríamos de salientar que o trabalho que nos foi proposto no módulo de **Supervisão de Cuidados**, contribuiu para refletirmos sobre a nossa prática diária, focalizando-se sobre os processos de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica. Para tal, identificámos uma situação problemática, enquadrámo-la teoricamente de acordo com um modelo conceptual de enfermagem, elaboraram-se diagnósticos de enfermagem segundo classificação CIPE, planearam-se as intervenções de enfermagem adequadas aos diagnósticos levantados e resultados esperados,

fundamentando-os, e identificaram-se os critérios de avaliação adequados para os cuidados planeados.

Alarcão & Tavares (1997, p.197) define supervisão clínica como *"processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o aluno no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação"*.

Segundo Abreu (2004), citando o Departamento de Saúde do Reino Unido (1993), a Supervisão clínica em enfermagem é um processo formal de suporte e aprendizagem que possibilita a alunos ou enfermeiros um desenvolvimento integrado de competências, o assumir a responsabilidade pela prática desenvolvida e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente em situações de reconhecida complexidade. Reveste-se de uma importância estruturante para o processo de aprendizagem e melhoria das práticas.

A supervisão de cuidados é uma responsabilidade do enfermeiro, em especial do enfermeiro especialista, monitorizando, registando e avaliando os procedimentos efetuados, de forma a manter a melhoria contínua da qualidade. Analisa assim a prática, planeando quando necessário condições para a melhoria do desempenho levando à prestação de cuidados com segurança, tal como refere Abreu (2007).

Foi também importante para a elaboração desse trabalho os aportes teóricos abordados nos módulos **Cuidados ao cliente em fim de vida, Questões éticas emergentes em cuidados complexos, Espiritualidade e Seminário de Peritos.**

Deste modo consideramos adquiridas as unidades de competência ***K.1.4.- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, K.1.5.- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e K.1.6.- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.***

A realização, planeamento e avaliação do Projecto de Aprendizagem de Competências (PAC) possibilitou o desenvolvimento da competência específica, **K2 "Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da**

**conceção à ação**”. A oportunidade um estágio opcional no Gabinete de Gestão de Risco permitiu aprofundar conhecimentos relacionados com o plano nacional de catástrofe, em geral, e sobre o Plano de Emergência Interno (PEI) do Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, contribuindo para a obtenção de conhecimentos acerca da Política Institucional existente a este nível, bem como os recursos existentes na Instituição onde exercemos funções como enfermeiros. Por outro lado, a realização do estágio neste Gabinete permitiu-nos refletir em medidas de segurança clínicas e não clínicas e contribuiu para a elaboração de um dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre os diversos produtos de limpeza, desinfetantes e antissépticos existentes no SUG, de modo a poderem ser consultadas e contribuir para evitar situações de eventual risco ou de prevenir possíveis situações de emergência no SUG.

Pelo explanado anteriormente consideramos ter adquirido as unidades de competência *K.2.1 - Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência, K. 2.2 - Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi -vítima ou catástrofe e K.2.3 - Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.*

**K3 “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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”**

No que respeita à competência K3, podemos referir que para o aprofundamento e a aquisição de conhecimentos na área de infeção associada aos cuidados de saúde, o aporte teórico do módulo **Cuidados ao cliente com múltiplos sintomas** contribuiu para uma mudança de atitudes na nossa prática diária, visto que algumas vezes realizamos ações de forma pouco fundamentada.

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é definida como “*uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade*” (PNCI, 2007, p.4).

Assim, tivemos necessidade de conhecer o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções aos Cuidados de Saúde, definido pela DGS que é “*(...) para*

*aplicação nas unidades de saúde, com o objetivo global de prevenir e controlar as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).” (PNCI, 2007, p.8)*

Estas infeções podem ser adquiridas em meio hospitalar ou em regime de ambulatório, sobretudo devido ao recurso a procedimentos invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), quer noutras unidades (PNCI, 2010).

Também a OMS (2010) reconhece que as IACS dificultam o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecidas como uma causa importante de morbidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade.

Não sendo um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. A esperança de vida da população tem vindo a aumentar, dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, sendo mais frequente o aparecimento de doentes com doenças crónicas, todos estes fatores influenciam e aumentam o risco de infeção. Dez em cada cem clientes internados nos hospitais portugueses, contraem pelo menos uma IACS. Segundo os dados mais recentes e analisados pela DGS, de Março de 2009, a taxa de doentes com infeção é de 9.84% e este aumento deriva de factos relacionados com a prestação de cuidados, como a inadequação de estruturas e equipamentos hospitalares.

A sua prevenção é hoje um imperativo de saúde pública e um dos mais importantes indicadores da qualidade dos cuidados hospitalares, sendo assim necessário o desenvolvimento de programas de controlo de infeção através de uma abordagem que permita conhecer a verdadeira dimensão do problema nas unidades de saúde e promover as medidas necessárias para a sua prevenção, através da identificação e modificação das práticas de risco (PNCI, 2010).

Ao detetarmos uma situação problemática relacionada com a limpeza e desinfeção balão ressuscitador (tipo ambu) e ao realizarmos uma ação de formação para os assistentes operacionais onde tivemos oportunidade de transmitir conhecimentos relacionados com as medidas de precaução básicas como a higienização das mãos e uso de equipamento de proteção individual aquando a realização do PAC, pensamos que

contribuímos para a implementação de boas práticas e deste modo para a prevenção das IACS.

Por tudo o referido anteriormente julgamos que este percurso formativo contribuiu para a aquisição das competências exigidas ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, nas unidades de competência ***K.3.1 - Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica e K.3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e tornar mais evidentes os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.***



## 5. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Com a realização do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica era esperado que desenvolvêssemos um conjunto de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica em que se pretendia que fosse adquirido um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área em estudo, atendendo à necessidade de adaptação, por parte dos indivíduos, aos processos de saúde e doença, e que se demonstre níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

Assim, com o terminar do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, com a realização do PIS e do PAC, desenvolvemos um conjunto de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e, também, um conjunto de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que vêm referidas no DL 74/2006 de 24 de março, artigo 18.º, nº4. Nesta linha de ação, iremos agora descrever e fazer uma análise reflexiva de cada uma das competências de Mestre em EMC:

**1 - Demonstrar competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:**

**a) realiza avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;**

**b) sintetiza e analisa criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;**

**c) diagnostica e gere problemas e condições de saúde;**

**d) prescreve intervenções de enfermagem geral e especializada,**

**e) inicia e coordena a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;**

**f) referencia e recebe referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;**

**g) avalia a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.**

Salientamos que a concretização do PIS e PAC foram de grande importância, na medida que permitiram refletir sobre o nosso exercício profissional de modo a torná-lo mais seguro e eficiente. No decurso do nosso contexto profissional e académico foi possível desenvolver as nossas capacidades de tomada de decisão ética e deontológica, promovendo práticas de cuidados de enfermagem que respeitam os direitos humanos. As responsabilidades profissionais e as ações realizadas foram suportadas no código deontológico, nos princípios éticos inerentes à nossa profissão e na legislação em vigor.

Acreditamos ter desenvolvido competências do domínio das atitudes relacionais e de comunicação, bem como das capacidades de adaptação e de mudança; especialmente, das atitudes éticas, através de espaços de reflexão e análise crítica acerca das nossas interações, a nossa sensibilidade para conosco próprios e para com os outros, pois como refere (Watson, 2002), devemos ter sempre uma visão holística da autonomia do indivíduo, pois abordar a pessoa como fim e não como meio, é uma das condições do cuidar.

Consideramos que com a realização do nosso PIS foi, também possível, adquirir esta competência, pois a área temática escolhida relaciona-se com um projeto institucional na área da qualidade e porque as úlceras de pressão constituem um problema de saúde que afeta muitos doentes, principalmente pessoas com pouca mobilidade, alterações do estado de consciência, idade avançada, deficiências nutricionais e outras patologias associadas, trazendo um enorme sofrimento para os doentes e seus familiares, quer a nível físico quer psicológico (Morison, 2004).

Com a elaboração do PIS foi possível, também, aprofundar conhecimentos sobre a metodologia de projeto. Assim, foi possível utilizar ferramentas diagnósticas próprias que permitiram compreender a situação problemática por nós levantada, bem como encontrar soluções, como a formação e a criação de documentos, que permitiram incorporar na prática conhecimentos baseados na evidência científica.

Ao exercer funções num serviço de urgência, e durante a prestação de cuidados de enfermagem a doentes com falência multiorgânica, é necessário realizar

frequentemente uma adequada e sensata gestão de prioridades e de tomadas de decisão, para responder em tempo útil, em conjunto com a equipa multidisciplinar.

De salientar, novamente, que o trabalho da supervisão de cuidados foi muito importante, na medida que permitiu identificar situações complexas vividas em contexto de prestação de cuidados, tendo em conta que podemos refletir sobre um conjunto de diagnósticos de enfermagem, bem como os resultados esperados, comparando-os com o que aconteceu no real. As intervenções necessárias à resolução dos problemas identificados, foram igualmente discutidas em grupo, equacionando mais uma vez entre o agora planeado e os cuidados que foram efetivamente prestados. Este trabalho proporcionou-nos desenvolver conhecimentos e competências de supervisão clínica, de forma a promover a melhoria dos cuidados de enfermagem, a autoavaliação, as capacidades de análise e reflexão, desenvolvidas através de um processo contínuo de melhoria da qualidade, com base na evidência científica recente, promotora da qualidade e segurança dos clientes.

Pelo referido anteriormente consideramos ter adquirido esta competência e que se interrelaciona com as competências comuns do enfermeiro especialista, do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados, bem como a competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, e que conseguimos tê-la desenvolvido.

**2 - Realizar desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:**

**a) identifica os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;**

**b) valoriza a autoformação como componente essencial do desenvolvimento;**

A formação contínua é muito importante no desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Só assim é possível adquirir atualizar conhecimento, alterar atitudes e comportamentos e desenvolver uma consciência coletiva sobre a importância dos nossos atos. Os enfermeiros devem fazer sistematicamente avaliação dos seus procedimentos/práticas de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente, perspetivando a excelência no cuidar.

De acordo com o art.78º (Princípios Gerais) ponto 2 alínea e) do C.D.E. (2005, p.66): “ *são valores universais a competência e o aperfeiçoamento profissional*”, pelo que “ *as formas de operacionalizar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional passam pela autoformação, pela formação contínua e pelo processo de avaliação de desempenho.*”

Consideramos ter adquirido esta competência e que se cruza com as unidades de competência comuns do enfermeiro especialista no domínio das aprendizagens profissionais.

**3 - Integrar equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:**

**a) aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;**

**b) conhece os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;**

**c) serve como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;**

**d) faz gestão de casos quando aplicável**

**e) trabalha em colaboração com a saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.**

**4 - Agir no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:**

**a) selecionar os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;**

**b) avalia os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico.**

Na nossa perspetiva consideramos ser importante analisar em conjunto as seguintes competências em conjunto, porque pensamos que com a realização do PIS no SUG adquirimos ambas as competências. Após o levantamento da situação problemática e definição de prioridades, revestiu-se de extrema importância envolver a equipa de enfermagem no projeto. Neste sentido, a partilha dos conhecimentos adquiridos na área temática escolhida (úlceras de pressão), bem como a reflexão sobre a nossa prática de cuidados contribuiu para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo foi importante estarmos incluídos no grupo de trabalho do serviço que trabalha a área temática úlceras de pressão, pois, permitiu transmitir informações fundamentadas em bases científicas, e fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica, permitindo desenvolver uma prática baseada na evidência, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Só assim foi possível, também, envolver a equipa de enfermagem para a necessidade de realizar a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e o adequado registo, de modo a ser possível fundamentar a importância e necessidade dos cuidados de enfermagem. Também a EPUAP (2009), nas *guidelines* que emanou, refere que uma das políticas de avaliação do risco é a educação dos profissionais de saúde de forma a obter uma avaliação precisa e fiável.

Conseguiu-se, através da realização de auditorias mensais, melhorar os dados obtidos relacionados com os registos de enfermagem e ao transmiti-los à restante equipa de enfermagem foi muito agradável perceber o seu interesse e envolvimento, pela colocação de dúvidas e por comentários positivos que salientavam a importância de continuar com este tipo de formações. Ao nos focalizarmos nesta área temática sentimos

que equipa de enfermagem nos considera um elemento de referência, pois quando surgiam dúvidas relacionadas com a classificação de úlceras de pressão, com o preenchimento adequado da folha de avaliação de risco, entre outros, é a nós que recorrem para esclarecimentos.

Também foi necessário recorrer à colaboração de outros profissionais, pois aquando da existência de úlceras de pressão é necessário efetuar o seu tratamento com a colaboração de vários elementos da equipa multidisciplinar. De acordo com Hesbeen (2000, p.45) *“os agentes de todas as profissões têm por missão enquadrarem-se na mesma perspetiva profissional, a de prestarem cuidados às pessoas, de os ajudarem, de contribuírem para o seu bem-estar utilizando as competências e as características suas, próprias do exercício profissional”*.

Estas competências estão relacionadas com as competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### **5 - Iniciar, contribuir para e/ou sustentar investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:**

**a) analisa, concebe e implementa resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;**

**b) usa capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.**

Pensamos que esta competência foi demonstrada, também, com a realização dos projetos PIS e PAC, pois necessitámos de fundamentar as nossas ações com base em investigação e nos seus resultados (prática baseada na evidência) mais recentes e atualizados. A elaboração do artigo científico também contribuiu para o desenvolvimento desta competência.

Deste modo e segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.1) “*considera-se uma prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis*”. Assim, realizámos pesquisa bibliográfica atual e relacionado com a área temática definida para o PIS, em diversas bases de dados eletrónicas utilizando palavras chaves.

Deste modo consideramos que esta competência foi mobilizada e que se articula com as unidades de competência comuns do especialista do domínio das aprendizagens profissionais e no domínio da competência específica K1, K2 e K3.

**6 - Realizar análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.**

Considerámos fundamental para o desenvolvimento da competência a realização do PIS que teve como orientação a metodologia de projeto, que permite ao investigador compreender melhor a realidade da população que é afetada pelo problema em questão, o que permite também uma melhor planificação e uma ação mais direta e dirigida para transformar e melhorar essa realidade. Isto confere ao projeto uma característica investigativa, produtora de conhecimento (a realidade) para os intervenientes (Leite *et al*, 2001).

A escolha da área temática escolhida para desenvolver no PIS encontra-se relacionada com programas de qualidade instituídos no Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.

A oportunidade de realizar as ações de formação à equipa de enfermagem revelou-se de grande importância, na medida que contribuiu para formar e divulgar dados resultantes da aplicação de investigação e que se relacionam com práticas e programas de qualidade.

Com a realização da formação aos assistentes operacionais também foi possível envolver estes profissionais em práticas que contribuem para a melhoria dos cuidados de saúde, e transmitir informação de relevância que conduza a boas práticas.

Pensamos que esta competência foi mobilizada e que se articula com as unidades de competência comuns do especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria da qualidade, no domínio das aprendizagens profissionais e no domínio da competência específica K1 e K3.

## 6. CONCLUSÃO

Consideramos, que o percurso formativo desenvolvido ao longo deste 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica constituiu uma oportunidade única de crescimento pessoal e profissional que possibilitou a reflexão sobre a nossa prática e contribuiu para a mudança de atitudes relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem. Segundo Alarcão (1996, p.175), a reflexão é *“uma forma especializada de pensar (...) que implica uma perscrutação ativa dos motivos que justificam as nossas ações”* e que permite, por isso, aprofundar conhecimentos de modo articulado com a experiência.

Com a realização do PIS e do PAC foi possível desenvolver e aprofundar as competências comuns e específicas próprias do Enfermeiro Especialista, em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, tendo por base a reflexão, pois a *“experiência, para ser formativa, tem de ser conceptualizada, refletida”* (Alarcão, 2001, p. 55).

A realização do Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) e do Projeto Aprendizagem Competências (PAC), promoveram a mobilização e aquisição de conhecimentos, a pesquisa de dados, a partilha de experiências que de uma forma fundamentada e orientada por ferramentas adequadas, permitiram um diagnóstico a partir do qual se desenrolou todo o trabalho.

Foi assim, possível delinear novas formas de intervir, assentes em bases científicas e atualizadas, e que permitiram melhorar os cuidados prestados aos doentes internados no serviço de urgência geral, e em particular ao doente com risco de desenvolver ou com presença de úlceras de pressão (área temática escolhida para o PIS).

A implementação do PIS no SU constituiu uma mais-valia ao refletir um problema identificado e validado pela equipa de enfermagem e que consideramos contribuir para ganhos em saúde, nomeadamente na qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica. A realização do PIS possibilitou tornarmo-nos no elemento de referência no seio da equipa de enfermagem nesta área, pelo que, muitas vezes somos solicitados para esclarecer algumas dúvidas que vão surgindo.

De referir que o principal motivo da escolha deste tema relaciona-se com a necessidade de sistematizar a avaliação e registo do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão aos doentes internados no Serviço de Urgência Geral, que está enquadrado nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Desta forma esperamos contribuir para o enriquecimento das práticas de enfermagem no que diz respeito à prevenção de úlceras de pressão e também garantir a excelência dos cuidados de saúde.

Consideramos que a escolha da teoria do conforto de Katharine Kolcaba para suportar a elaboração deste trabalho foi pertinente na medida em que se identifica com a área temática abordada, úlceras de pressão, cuja etiologia é multifatorial. Nesta ordem de pensamento, os cuidados de enfermagem prestados ao doente, na sua prevenção e tratamento, devem ser realizados através de uma abordagem holística, integral, segundo as necessidades do mesmo, de forma a proporcionar conforto e a minimizar o seu sofrimento, pois as úlceras de pressão são um problema de saúde que afeta muitos doentes, principalmente pessoas com pouca mobilidade, alterações do estado de consciência, idade avançada, deficiências nutricionais e com outras patologias associadas (Morison, 2004).

Salientamos que aspetos como a disponibilidade das enfermeiras tutora e orientadora e a possibilidade de realizar estágio no próprio serviço, que contribui para refletir sobre os cuidados prestados ao doente em situação crítica de modo a mudar atitudes para alcançar a qualidade dos cuidados de enfermagem desejada, constituíram aspetos facilitadores neste trajeto. O estagiar no nosso local de trabalho permitiu um olhar refletido sobre os cuidados de enfermagem prestados, cujas práticas, por vezes, são pouco fundamentadas. Tornou-se assim, necessária uma intervenção suportada em bases científicas e atualizadas.

Referimos como aspetos constrangedores a quantidade de trabalhos exigida, a realização de estágio acrescida com a prática profissional, bem como a frequência de aulas durante este período e a pouca experiência no desenvolvimento deste tipo de projetos, dando como exemplo a dificuldade na construção do instrumento de colheita de dados. No entanto, consideramos que os aportes teóricos lecionados contribuíram para a concretização do PIS e do PAC, bem como melhorar a nossa prática.

Consideramos que o decorrer do estágio III, foi essencial para sensibilizar, treinar e motivar a equipa de enfermagem, bem como para melhorar o nosso desempenho, e deste modo melhorar os cuidados de enfermagem prestados, com especial relevo, ao doente com risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Apesar das dificuldades consideramos que os objetivos traçados para este trabalho foram atingidos.



## REFERÊNCIAS

### BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia de - *Entidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa: Formasau, 2001. Formação e Saúde, Lda.

ABREU, Wilson Correia de – *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-87-0.

ABREU, Wilson Correia de – *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias para a Excelência em Saúde?* Coimbra, Portugal: Formasau. 2003. ISBN 972-8485-35-2.

AFONSO, G.; COSTA, L.; MIRANDA, M. (2006). *Úlceras de Pressão: Prevenção e tratamento*. Revista bimestral de ciência e investigação em saúde – ser saúde, volume nº2/Novembro/Dezembro, p.90-100.

ALARCÃO, I. - *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora, 1996

ALARCÃO, I. (2001). *Escola Reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora.

ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José – *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ªed. Coimbra: Edições Almedina, 2003. ISBN 978-972-40-1852-2.

BARANOSKI, S. & AYELLO, E. (2005). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas-Princípios Práticos*. Loures: Lusociência.

BENNER, Patrícia – *De iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Edição Comemorativa, 2001. ISBN 972-8535-97-X23.

BENTO, Maria da Conceição – *Cuidados e formação em Enfermagem que identidade*. Lisboa: Fim de Século Edições LDA, 1997. ISBN 972-754-112-7.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Maria Manuela – *Metodologia da Investigação – Guia para auto – aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta. 1998. ISBN 972-674-231-5

CENTRO HOSPITALAR MST – Programa de Controlo de Infeção Hospitalar. Comissão de Controlo de Infeção.

COLLIÈRE, Marie – Françoise – *Promover a vida*. Lisboa: ed. Lidel – Edições técnicas e Sindicato do Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN: 972-757-109-3.

DEALEY, C. (2006)-*Tratamento de feridas: Guia para enfermeiros*. Lisboa. Climepsi Editores. pp. 140-158.

DECRETO-LEI n.º 437/91 de 08 de Novembro. D.R. I Série. 257(91/11/08) 5723-5741.

DIAS, Ana; [et al] (2001) – *Registos de Enfermagem*. Servir. Lisboa. ISSN 0871/2370. Vol.49, nº6 (Novembro-Dezembro 2001). p.267-271.

DIAS, J. – *Formadores: que desempenho?* Camarate. Lusociência, 2004.

DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA da Academia das Ciências de Lisboa. Editora Verbo.2001.Depósito Legal nº161 290/01.

DINIZ, Edite Pedra Nobre – *Avaliação da qualidade de cuidados in Revista Servir* Volume 43, n.º2, Março. - Abril 1995, p. 69-78.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Circular Normativa 18/DSQC/DSC de 15/10/2007 – Comissões de Controlo de Infeção.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Circular Normativa: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor, 2003.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Circular Normativa: Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Dezembro 2008.

DIRECÇÃO GERAL SAÚDE, Orientação nº 17/2011 de 19 de Maio 2011 da Direcção Geral de Saúde – Escala de Braden: versão adulto e pediátrica ( Braden Q)

DOWD, T. Teoria do conforto. In A. M. Tomey & M. Alligood, *Teóricas de enfermagem e sua obra* (pp.481-495). Lisboa: Lusociência.2004.

DOWD, T., Kolcaba, K. & Steiner, R. (2006). Development of the healing touch comfort questionnaire. *Holistic Nursing Practice*, 20, (3), 122-129.

DOWD, T., Kolcaba, K., Steiner, R. & Fashinpaur, D. (2006). Comfort theory, a unifying framework to enhance the practice environment. *JONA, The Journal of Nursing Administration*, 36, (11), 538-544.

DOWD, T., Kolcaba, K., Steiner, R. & Fashinpaur, D. (2007). Comparison of a healing touch, coaching, and stress in younger college students. *Holistic Nursing Practice*, 21, (4), 194 – 202.

DUQUE, Helena et al - *Úlceras de Pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda., 2009. ISBN 978-972-8485-986.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

FERREIRA, et al. *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – implementação nacional da escala de Braden*.Lusociência. Loures. 2007. ISBN:978-972-8930-37-0.

FERRITO, Cândida, et al. *Metodologia do projeto: coletânea descritiva de etapas*. Revista Percursos. ISSN 1646-5067.nº 15, Janeiro-Março.2010.

FIGUEIREDO, Rita – *A pessoa em fim de vida no hospital: modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem*. Porto: [s. n.], 2007. Tese de Mestrado.

FORTIN, Marie – Fabienne. *O Processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 1ª Edição., 1999. ISBN 972 8383 10 – X.

FRAGATA, José, et al – *Risco Clínico – Complexidade e Performance*. Portugal: Editora Almedina. 2006. ISBN 9789724028354.

FRAGATA, J.; MARTINS, L.- *O erro em medicina – perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. 3ª Edição, 2008. Coimbra: Almedina.

FREDERICO, M. e LEITÃO, M. - *Princípios de administração para enfermeiros*. 1ª Edição, 1999 Formação e Saúde, Coimbra.

FURTADO, Kátia et al – *Escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão*. Revista Nursing- Suplemento. ISSN: 0871-6196.Ano 20, nº231 (2008).

FURTADO, Kátia et al – *Prevenção e tratamento das úlceras de pressão*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda., 2001.ISBN 972-8485-16-6

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin – *O Inquérito – Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora, 1993. ISBN 972–8027–13–3.

GOULD, D. et al. *Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales : a replication study*. Internacional. Journal of Nursing Studies 2004;volume 41:pag.331-339

GOUVEIA, João; MIGUÉNS, Cristina – *IMPRESSÃO: um instrumento para a prevenção de úlceras de pressão*. Revista Nursing-Suplemento. ISSN: 0871-6196.Ano 21, nº 245 (2009)

GUERRA, Isabel - *Fundamentos e Processos de uma sociologia de ação: o planeamento em ciências sociais*, Cascais, Principia, 2000, p. 109.

GUIMARÃES, Samuel; MANY, Eric – *Metodologia de Trabalho de Projecto*. Lisboa: Areal Editores, 2006. ISBN 978-972-6279-12-9.

HESBEEN, W. - *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.2000. ISBN 972~8383-11-8.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL [IPS] (2011). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem.

JORGE, S; DANTAS, S., (2003). *Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo. Atheneu.

KOLCABA, K. (2001). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

KOLCABA, K. & DIMARCO, M. (2005). *Comfort theory and its application to pediatric Nursing*. *Pediatric Nursing*, 31, (3), 187-194.

KOLCABA, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

LEITE, Elvira, MALPIQUE, Manuela, RIBEIRO DOS SANTOS, Milice – *Trabalho de Projecto*. Portugal: Edições Afrontamento. 2001. 972-36-0238-5.

MACPHAIL, E. - Panorâmica da enfermagem de urgência. In SHEELY, S. – *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (p.5-7). Loures: Lusociência.2001

MÃO-DE-FERRO, António – *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri, 1999. ISBN 972-772-069-2

MARQUIS, B.L. ; HUSTON, C.J. - *Administração e Liderança em Enfermagem*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Diário da República - I Série - A, 1998.

MIGUEL, António – *Gestão moderna de projetos: Melhorar técnicas e práticas*.2ª edição. FCA, Lousã 2006.ISBN 972-722-502-0.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República I Série - A, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Regime Geral da Carreira de Enfermagem. Diário da República Série I-A, 1998.

MORISON, Moya J. - *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Lusociência. Loures. 2004. ISBN:972-8383-68-1.

NIXON, Jane; MCGOUGH, Amanda – Princípios de avaliação do paciente: rastreio das úlceras e risco potencial. IN: MORISON, Moya – *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-68-1. P.59-80.

NUNES, L. (2004). *A Especificidade da Enfermagem*. In M. C. P. Neves (Ed.), *Para uma Ética de Enfermagem – Desafios*, (pp.33-48). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

NUNES, L. – *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures. Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-30-4.

NUNES, Lucília et al – *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.456p.ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar - Competências dos enfermeiros de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Outubro 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa. 2009.

PACHECO, S. - *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética* (2ª ed). Loures: Lusociência, 2004.

- PEARSON, A.; VAUGHAN, B. – *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Londres: Heinmann Nursing, 1992.
- PEREIRA, Maria Aurora – *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Formasau: Coimbra, 2008. ISBN: 978-972-8485-92-4.
- PHANEUF, M. – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3.
- PIMENTA, C.A.M. – *Controle da Dor no Domicílio. Manual de Enfermagem*, São Paulo, 2000.
- PINA, Eliane, et al - *Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente*. Revista Portuguesa Saúde Pública. 2010;Vol Temat(10):27-39.
- POLIT, Denise et al – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. São Paulo: Artmed Editora, 2004. ISBN 0-7817-2557-7.
- POTTER; PERRY - *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*, 5ª ed., Loures: Lusociência, 2006.
- RODRIGUES, A.; OLIVEIRA, M. – *Registo intra-operatório: Que utilidade na continuidade dos cuidados de Enfermagem*. AESOP revista. Vol. VI, nº 16.(2005), 6-10.
- RODRIGUES, Manuel António Lopes - *Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa*. Porto, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. Dissertação de Mestrado em Oncologia.
- RODRIGUES, R. C. P. - *Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência portugueses*. Coimbra. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2009. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.
- SHEEHY, S. - *Enfermagem de urgência - da teoria à prática* (4ª ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001. ISBN 972- 8383- 16- 9.
- SILVA, M. D. – *Processos de Luto e Educação*. Braga: [s. n.], 2004. Tese de Mestrado.

SILVA, João F. – *Quando a vida chegar ao Fim: Expectativas do idoso hospitalizado e família*. Lisboa: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-25-9.

SITZMAN, K. & Eichelberger, L. W. - *Understanding the work of nurse theorists: a creative beginning*. Sudbury: Edição de Jones & Bartlett Publishers, 2004.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Railey – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

VIEIRA, M. *Ser enfermeiro, da compaixão à proficiência*. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Lda. 2007. ISBN 972-54-0146-8.

WATSON, Jean - *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.

WILSON, J. - *Controlo de Infeção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003.

WITT, A. – *Pesquisa de Enfermagem*. Lisboa: Associação Católica dos Profissionais de Enfermagem, 1996. ISBN 92-4-154281-0.

YOUNG, T. *Classificação das úlceras de pressão*. Nursing, vol.9, nº107,p.21; Janeiro 1997.

## ELETRÓNICAS

ALARCÃO, Isabel (2001) – Formação Reflexiva. Revista Referência. [em linha].

Edição nº 6 (Maio de 2001). ISSN: 0874-0283. Disponível em: [http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=forma%C3%A7%C3%A3oreflexiva&id\\_website=3&target=DetalhesArtigo&id\\_artigo=2076](http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=forma%C3%A7%C3%A3oreflexiva&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076), acessado em: 02/11/2012

APÓSTOLO, João Luís Alves. O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Referência 2009 mar;II(9). Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2009/9-6167.php>, acessado em: 11 de janeiro de 2012

CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2002). *Guideline for hand hygiene in health-care settings*. Disponível em: <http://www.cdc.gov/handhygiene/>, acessado em 28 de Outubro 2011

CIPE® 2. Disponível em: [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt), acessado em: 28 de Dezembro de 2011

COSTA, J.S. Métodos de prestação de cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. s/d. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>. acessado em: 15 Novembro 2012

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2007). Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Plano Nacional de Controlo de Infecção. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514> , acessado em: 2 Novembro 2011

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). Orientações para a higiene das mãos. Disponível em: <http://www.anci.pt/recomendacoesnormas-pnci>, acessado em: 2 Novembro 2011

FURTADO, K.(2003),. Úlceras de pressão. Atualidades e paradoxos. Disponível em: <http://www.gaif.net/artigos/ulcerapressao.pdf>, acessado em : 1 Novembro 2012

GOUVEIA. J. (2004), Os custos económicos das úlceras de pressão. Disponível em : <http://www.gaif.net.custoseconomicos.pdf>, acessado em: 1 Novembro 2012

GUERRA, Isabel (1994) – Disponível em: <http://www.cfpa.pt/cfpa/pes/meterelatórios.pdf>, acessido em: 13 de Fevereiro 2012

KOLCABA, K. (2008). The confort line. Disponível em: [http://www.thecomfortline.com/comfort\\_theory.html](http://www.thecomfortline.com/comfort_theory.html), acessido em: 7 de Fevereiro de 2012

KOLCABA, K. (2008). The confort line personal. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/personal.html>, acessido em :7 Fevereiro de 2012

LINDOHLM.C. (2007), Úlceras de Pressão com “caso-estudo” nos Açores. Disponível em : <http://www.azoresglobal.com/canais/noticias/noticia.php?id=14056>, acessido em: 2 Novembro 2012

LOURO, Marisol, et al. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Revista brasileira terapia intensiva, São Paulo.vol.19, nº3, Setembro 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2007000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300012), acessido em: 2 de Novembro 2012

NUNES, L. (2006), Tomada de posição sobre segurança do cliente. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf), acessido em: 4 de Março de 2012

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011), OE (2011), OE (2011), Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem em pessoa em situação crítica, Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>, acessido em: 4 de Janeiro 2012

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006), Investigação em enfermagem, tomada de posição Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf), acessido em: 12 de Janeiro de 2012

RIBEIRO, et al (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. Instituto politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/357>, acessido em: 8 Janeiro de 2012.

ROYAL COUNCIL OF NURSING (2005), Clinical practice guideline: The use of pressure-relieving devices (beds, mattresses and overlays) for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary care, Disponível em [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/109843/002444.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/109843/002444.pdf), acessado em: 12 Dezembro, 2011

ROYAL COUNCIL OF NURSING (2005), The prevention and treatment of pressure ulcers - Quick reference guide, Disponível em <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10972/29883/29883.pdf>, acessado em: 12 de Dezembro de 2011



# APÊNDICES



# **APÊNDICE I**

## **FICHA DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**



## Definição do Problema

**Estudante:** Mónica Sofia Oliveira Veríssimo

**Instituição:** Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo, EPE

**Serviço:** Urgência Geral

**Título do Projecto:** Avaliação e Prevenção do risco de Úlceras de Pressão – Papel do enfermeiro no Serviço de Urgência

**Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):**

O projeto que pretendemos desenvolver relaciona-se com a avaliação e prevenção do risco de úlceras de pressão – papel do enfermeiro no Serviço de Urgência do CHMST, EPE.

A Ordem dos Enfermeiros definiu Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no sentido de contribuir para a reflexão dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos e para refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001, p.3). Neste contexto e inserido no programa de melhoria contínua da qualidade, em 2006, no CHMST, EPE, foi criado um grupo de trabalho (Projecto Úlceras de Pressão) que implementou, em 2008, um procedimento geral denominado “úlceras de pressão – avaliação do risco, registo e intervenção”, baseada na Escala de Braden, de modo a uniformizar critérios de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e respetivos suportes documentais e definir qual o conjunto de intervenções necessárias para prevenir o seu desenvolvimento.

Através dos enunciados descritivos da qualidade do exercício dos enfermeiros pretende-se explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Como descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente no enunciado - Prevenção de Complicações, “*o enfermeiro na procura permanente da excelência no exercício profissional, previne complicações para a saúde dos clientes*” (OE, 2001, p.12).

De acordo com a CIPE, a úlcera de pressão constitui um foco de enfermagem, e a avaliação de risco, um diagnóstico, definindo-se como: “*Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada*”. (CIPE® 2, [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt), 2011/12/28)

O desenvolvimento de úlceras de pressão (UP) revela-se um grave problema para a enfermagem, pois, é frequentemente associado a deficientes cuidados de enfermagem, implicando, posteriormente, gastos em tempo e dinheiro para tratamento das lesões. Assim, investir na prevenção torna-se um desafio pertinente para a enfermagem e para a equipa multidisciplinar, na medida que possibilita reduzir os custos com recursos humanos e materiais necessários para a difícil cicatrização destas lesões, reduzindo, principalmente a dor, desconforto e melhorando a qualidade de vida do doente e sua família.

Dada a importância da temática, consideramos pertinente a intervenção nesta área, na medida em que se relaciona com as boas práticas de cuidados de enfermagem no serviço de urgência do CHMST, EPE, que irão contribuir para ganhos em saúde.

## Diagnóstico de situação

### Definição geral do problema

Défice de sistematização na avaliação e registo do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, pela equipa de enfermagem no Serviço de Urgência

### Análise do problema

O European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP, 2009, p.9), define Úlcera de Pressão (UP) como uma *“lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. As úlceras de pressão também estão associados fatores contribuintes cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido”*.

Através de pesquisa realizada constatámos que, em Portugal, existe pouca informação disponível sobre estudos relativos a úlceras de pressão na população, e que corrobora a afirmação de Ferreira et al. (2007, p.18) que referem existirem poucos dados relativos à incidência e prevalência de úlceras de pressão, e que o primeiro estudo realizado em Portugal verificou uma prevalência de 31,3%, e que, após a aplicação de uma escala de avaliação, diminui para 19,3%. Os mesmos autores mencionam um relatório elaborado pela EPUAP (2002), em que 2002 foi realizado um estudo europeu multicêntrico de prevalência, no qual Portugal esteve incluído, e no qual foi constatada uma prevalência de 12,5% de úlceras de pressão. Também Ferreira et al (2007) descreve um estudo sobre prevalência média de úlceras de pressão, realizado em 2003, em que a prevalência de úlceras de pressão, numa população de cuidados agudos, foi de 30,2%.

Para Gould et al (2004) as úlceras de pressão são o resultado da iatrogenese e a sua prevenção eficaz tem sido tradicionalmente vista como um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados.

Para Morison (2004) as úlceras por pressão são um problema de saúde que afeta muitos doentes, principalmente pessoas com pouca mobilidade, alterações do estado de consciência, idade avançada, deficiências nutricionais e outras patologias associadas, constituindo assim uma importante preocupação pois, comportam custos consideráveis no consumo de recursos económicos e humanos em cuidados de saúde, além de trazerem um enorme sofrimento para os clientes e seus familiares, quer a nível físico quer psicológico.

Presentemente, considera-se que a maioria das úlceras por pressão são evitáveis, através de cuidados e utilização de dispositivos adequados, pelo que é importante desenvolver estratégias de educação e prevenção.

A prevenção de úlceras de pressão melhora a qualidade de vida dos clientes e seus familiares, reduz o sofrimento e os custos são menores quando comparados com o seu tratamento. (Gouveia e Miguéns, 2009)

A utilização de Escalas de Avaliação do Grau do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão e sistemas de classificação de úlceras de pressão pelos profissionais de enfermagem, constituem ferramentas práticas e fáceis de usar que permitem, e que segundo Young (1997) permitem planear os cuidados a prestar ao cliente e consequentemente a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Não obstante a esta problemática de acordo com a orientação nº 17/2011 de 19 de Maio da Direção Geral de

Saúde, as úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, pelo que a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento, tendo como recomendação para os serviços de urgência a sua avaliação diária.

O desenvolvimento de úlceras de pressão (UP) revela-se um grave problema para a enfermagem, pois, é frequentemente associado a deficientes cuidados de enfermagem, implicando, posteriormente, gastos em tempo e dinheiro para tratamento das lesões. Assim, investir na prevenção torna-se um desafio pertinente para a enfermagem e para a equipa multidisciplinar, na medida que possibilita reduzir os custos com recursos humanos e materiais necessários para a difícil cicatrização destas lesões, reduzindo, principalmente a dor, desconforto e melhorando a qualidade de vida do doente e sua família.

Dada a importância da temática, consideramos pertinente a intervenção nesta área, na medida em que se relaciona com as boas práticas de cuidados de enfermagem no serviço de urgência do CHMST, EPE, que irão contribuir para ganhos em saúde.

A sistematização de um procedimento, que orienta para as práticas gerais dos profissionais de enfermagem de um Hospital da Margem Sul do Tejo, no que concerne à avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, está definido institucionalmente. Existe, inclusive, um processo definido, de auditoria interna à qualidade dos registos de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, que é remetido para a coordenadora do grupo institucional das úlceras de pressão e que por sua vez definiram indicadores de processo, epidemiológico e de resultado, a serem trabalhados semestral e anualmente.

Através das auditorias internas é avaliada a conformidade dos registos, independentemente do número de registos efetuados.

No que concerne ao número de registos efetuados, em 2010, o número de registo foi reduzido (cerca de 3,3%). Contudo, verificou-se que os registos, quando realizados, são completos e em conformidade com o definido nas orientações do procedimento geral.

É de salientar que anualmente os serviços contratualizam com a direção de enfermagem do CHMST, EPE o indicador de qualidade a atingir, tendo o SUG contratualizado uma percentagem de conformidade dos registos sobre a avaliação de úlceras de pressão de 70%.

Aquando o nosso exercício profissional no serviço de urgência, já tínhamos constatado que nem todos os enfermeiros procediam à avaliação/registo do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, assim face aos resultados apresentados, e dado ao facto de ser um tema de interesse particular e porque ia de encontro a um dos objetivos do serviço decidimos incidir o nosso PIS nesta área temática.

Com o objetivo de conhecermos a opinião da Enf.<sup>a</sup> Coordenadora do SUG e do elemento do serviço pertencente ao grupo de trabalho da instituição "Projeto Úlceras de Pressão – avaliação do risco, registo e intervenção", face à

nossa intenção em desenvolver um PIS nesta área realizámos uma entrevista não estruturada.

No decorrer desta entrevista, as mesmas demonstraram interesse pelo PIS, e foi sugerida a nossa integração no grupo de trabalho sobre úlceras de pressão do serviço.

Assim, como elementos dinamizadores no serviço dos padrões de qualidade propusemo-nos averiguar qual o motivo desta situação e perceber a importância que os enfermeiros atribuem à utilização da escala para prevenção das úlceras de pressão, bem como estratégias que contribuam para a adequada avaliação e registo de desenvolvimento de úlceras de pressão e qualidade na prevenção das mesmas.

Num serviço de urgência, devido à sua situação de doença, a pessoa encontra-se muitas vezes dependente, parcial ou totalmente, dos cuidados dos profissionais de saúde, sendo a mobilização no leito referida como uma dessas dependências. Embora conscientes de que os posicionamentos, a alternância de decúbitos, os cuidados com a pele, sua hidratação, limpeza e vigilância são de extrema importância são atividades autónomas de enfermagem, muitas vezes estas são realizados em número inferior ao desejável, podendo contribuir para o aparecimento de úlceras de pressão a curto e médio prazo, pelo que decidimos desenvolver um PIS nesta área.

Para tal construímos um questionário, composto por dezasseis perguntas fechadas, constituído por três partes; a primeira parte pretendia caracterizar a equipa de enfermagem, a segunda conhecer os níveis de formação da equipa de enfermagem relativamente à temática e a última parte pretendia auscultar a opinião dos enfermeiros relativamente ao procedimento geral em vigor no serviço.

Nesta linha de ação, após autorização da S.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Coordenadora do SUG, do CHMST, EPE depois de realizado um pré-teste, aplicando o questionário a 5 enfermeiros que concordaram cooperar, excluímos duas perguntas, uma por não ter sido obtida qualquer resposta por parte dos 5 enfermeiros e outra por terem considerado muito semelhante a outra questão colocada. Houve necessidade de reformular outra questão, pois os inquiridos consideraram a questão ambígua, podendo condicionar a resposta. Após as alterações efetuadas, o questionário foi posteriormente aplicada a outros 4 enfermeiros não se tendo verificado quaisquer dúvidas relacionadas com as questões apresentadas foi aplicado à restante equipa, no período de 12 a 14 de Janeiro de 2012, salvaguardando todas as questões éticas inerentes a uma investigação em que cada enfermeiro assinou um consentimento informado a autorizar participar no estudo em questão.

A população de enfermeiros considerada para o presente estudo foi de 61 enfermeiros da Urgência Geral de um Hospital da Margem Sul do Tejo, tendo ficado excluída do estudo a Enfermeira Coordenadora do serviço, por realizar funções na área da gestão e o responsável pelo estudo. Dos 61 questionários distribuídos apenas 48 responderam ao questionário, na medida que oito enfermeiros não o entregaram e 3 encontravam-se ausentes por doença ou férias.

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento dos mesmos, através do programa informático Microsoft Office Excel 2007.

Assim dos dados obtidos podemos constatar que 71% dos inquiridos respondeu ter formação na área, mas destes

31% respondeu que a realizaram há mais de 5 anos e 31% há 3 anos.

Quando questionados sobre a possibilidade de realizarem nova formação sobre a prevenção de úlceras de pressão, 56% consideraram bastante importante e 25% muito importante.

No que se relacionava com a possibilidade de realização de nova formação referente à avaliação de úlceras de pressão 53% referiu que era bastante importante e 29% muito importante.

Quando colocada a questão “realiza uma avaliação do risco de úlceras de pressão, segundo a escala de Braden, e condição da pele aos doentes” 65% dos enfermeiros referiram às vezes e 25% raramente, tendo apenas sido referido por 2% que realizavam a avaliação sempre.

Dos fatores que contribuíam para a não avaliação de risco das úlceras de pressão, o mais apontado foi a sobrecarga de trabalho (73%), seguindo-se a desmotivação (27%).

Quando questionados se não realizam a avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque não valorizam a avaliação de risco das úlceras de pressão, dos resultados podemos inferir que só 8% dos inquiridos é que não valorizam a avaliação.

Ainda relativamente à questão “quais os fatores que podem contribuir para a não avaliação sistemática da folha”, 18% referiu que a falta de formação é um fator muito relevante para a não avaliação e 31% como relevante.

A dificuldade em aplicar a escala de Braden era apontada pela maioria dos inquiridos como uma das principais causas para a não avaliação do risco de úlceras de pressão.

Quando questionados se efetuavam os registos de avaliação de úlcera de pressão, 56% dos enfermeiros respondeu às vezes e 31% raramente.

Ao pretendermos conhecer quais os fatores que podiam contribuir para o registo inadequado da folha de Avaliação de Risco, era pedido aos enfermeiros que os classificassem de acordo com uma escala de grau de importância em que o 5 correspondia a bastante importante, o 4 ao muito importante, o 3 como importante, o 2 a pouco importante e o 1 a nada importante.

Assim, dos itens referidos, constatou-se que a sobrecarga de trabalho era apontada por 73% dos inquiridos como uma das maiores causas, seguindo-se a desmotivação que foi apontada por 17% dos inquiridos.

Dos dados obtidos podemos ainda inferir que só 2% é que não valorizavam a avaliação das úlceras de pressão como bastante importante.

Dos inquiridos, 40% apontavam a falta de formação como uma causa importante para o não registo da avaliação do risco de úlceras de pressão, 19% como muito importante e 4% como bastante importante.

A dificuldade em aplicar a escala de Braden foi apontada por 42% dos inquiridos como um fator importante para o não registo da avaliação do risco de úlceras de pressão, tendo o item folha de registo desadequada ou complexa,

sido apontado por 40% dos inquiridos como pouco importante.

Quando questionados sobre a inclusão dos impressos de avaliação de risco no processo clínico do cliente, 87% dos inquiridos considerou que facilitaria o registo sistematizado.

Relativamente ao registo de intervenções de enfermagem sempre que existia alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, 71% dos enfermeiros referiu que o efetuava.

No sentido de percebermos a viabilidade do PIS elaborámos uma análise SWOT. Assim como pontos fortes havia a salientar o facto de o projeto ir de encontro aos projetos internos da própria Instituição onde se desenvolveu o PIS, ser do interesse da própria chefia e ser um indicador de qualidade. Como oportunidades havia a destacar a possibilidade de formar a equipa de enfermagem na área, bem como a reestruturação dos impressos de auditoria.

Como fraquezas, havia a salientar o reduzido número de registos efetuados e não inclusão dos impressos da Avaliação do Risco e das intervenções de enfermagem na organização do processo clínico do doente internado. Relativamente às oportunidades apontamos a existência de novos elementos no Serviço; formar a equipa na área temática das UP e reestruturar os impressos de auditoria aos registos sobre o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão interna. Como ameaças foi considerado o elevado número de doentes internados no serviço; resistência por parte da equipa de enfermagem relativamente ao preenchimento do impresso; sobrecarga de trabalho e desmotivação da equipa de enfermagem.

**Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras):**

- Falta de formação na área (dificuldade em aplicar a Escala de Braden);
- Pouca aderência aos registos de enfermagem aos registos de enfermagem relacionados com o risco de desenvolvimento de risco de úlceras de pressão;

**Determinação de prioridades**

- Pesquisa bibliográfica sobre o tema;
- Realizar reunião com os chefes de equipa de enfermagem e responsáveis pelo projeto;
- Formar/treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão e aplicação da Escala de Braden

**Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema.** Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

**OBJETIVO GERAL**

- Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente/família a em risco de desenvolver úlceras de pressão ou com úlceras de pressão, no SUG do CHMST, EPE.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Formar/treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão e aplicação da Escala de Braden;
- Atualizar/ reformular a folha de auditoria interna do SUG.

**Referências Bibliográficas** (Norma Portuguesa):

- DGS, Orientação nº 17/2011 de 19 de Maio 2011 da Direção Geral de Saúde – Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q);
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
- FERREIRA, et al. Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – implementação nacional da escala de Braden. Lusociência. Loures. 2007. ISBN:978-972-8930-37-0;
- GOULD, D. et al. Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales : a replication study. *Internacional. Journal of Nursing Studies* 2004;volume 41:pag.331-339
- GOUVEIA, João; MIGUÉNS, Cristina – IMPRESSÃO: um instrumento para a prevenção de úlceras de pressão. *Revista Nursing-Suplemento*. ISSN: 0871-6196. Ano 21, nº 245 (2009)
- MORISON, Moya J. (2004). Prevenção e tratamento de úlceras de pressão .Lusociência. Loures. ISBN:972-8383-68-1;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Edição OE; Dezembro 2001
- YOUNG, T. Classificação das úlceras de pressão. *Nursing*, vol.9, nº107,p.21; Janeiro 1997
- CIPE® 2, [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt), consultado em 2011/12/28);
- Guia de referência rápida, [www.epuap.org](http://www.epuap.org), consultado em 1/1/2011;

Data:

Assinatura:



# **APÊNDICE II**

## **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**



À Coordenadora do Serviço de Urgência

Mónica Sofia Oliveira Veríssimo, a frequentar o 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde, no Instituto Politécnico de Setúbal, a realizar estágio no Serviço de Urgência, no período compreendido entre Outubro de 2011 e Fevereiro de 2012, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência. A aplicação deste questionário tem por objectivo recolher informação junto da equipa de enfermagem relativamente à avaliação/preenchimento sistemático do impresso - Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão e Condição da Pele.  
Para tal, junto em anexo o questionário supracitado.

Pede deferimento

Mónica Sofia Oliveira Veríssimo

Mónica Sofia Oliveira Veríssimo

*a realização do estudo de  
considera-se pertinente  
02/01/12  
E. F. Sanchez*



# **APÊNDICE III**

## **QUESTIONÁRIO**



## QUESTIONÁRIO

Eu, Mónica Sofia Oliveira Veríssimo, no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, a realizar estágio no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar MST, EPE durante o período de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012, pretendo desenvolver um Projecto de Intervenção na área temática de Úlceras de Pressão, com o tema Prevenção e avaliação do risco de Úlceras de Pressão – Papel do Enfermeiro no Serviço de Urgência.

Neste sentido solicito a vossa colaboração no preenchimento do seguinte questionário, que tem por objetivo auscultar a equipa de enfermagem relativamente à avaliação/preenchimento sistemático do procedimento geral - Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão e Condição da Pele, instituído no Serviço de Urgência. Por sua vez o questionário encontra-se dividido em três partes, uma primeira constituída por seis questões identificativas de dados gerais da equipa de enfermagem, uma segunda, constituída por uma questão relacionada com o nível de formação dos enfermeiros relativamente à temática atrás mencionada e por uma terceira, e última parte, constituída por nove questões, relacionada com os conhecimentos que os enfermeiros têm sobre o procedimento geral existente no serviço.

Desde já informo que a confidencialidade e a privacidade dos dados obtidos serão asseguradas pelo anonimato da identificação dos enfermeiros.

Caso esteja interessado poderão ser-lhe facultados os dados obtidos.

Grata pela colaboração despendida.

Atenciosamente,

Mónica Sofia Oliveira Veríssimo

## I - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA

As seguintes questões pretendem caracterizar a equipa de enfermagem, assinale com um X, de acordo com a sua situação:

1. Género:

Feminino

Masculino

2. Idade:

21-30	31-40	41-50	51-60	>60

3. Habilitações académicas:

Bacharelato em Enfermagem

Licenciatura em Enfermagem

Mestrado

Qual? \_\_\_\_\_

Doutoramento

Qual? \_\_\_\_\_

4. Outras habilitações:

Pós-Graduação

Qual? \_\_\_\_\_

Especialidade em Enfermagem

Qual? \_\_\_\_\_

5. Anos de experiência profissional: \_\_\_\_\_ Anos

6. Há quantos anos exerce funções no serviço de urgência: \_\_\_\_\_ Anos

## II - FORMAÇÃO REALIZADA SOBRE ÚLCERAS DE PRESSÃO

As seguintes questões pretendem conhecer o nível de formação dos enfermeiros relativo à temática.

1. Já frequentou formação sobre a temática de Úlceras de Pressão?

Sim   
Não

1.1 - Se respondeu sim, há quanto tempo?

< 1 ano       2 anos       3 anos       4 anos       > 4 anos

1.2 - E em que contexto?

No serviço   
Na instituição   
Seminários   
Congressos de Enfermagem   
Outros  Especifique: \_\_\_\_\_

1.3 - Em relação à formação que realizou, classifique os seguintes itens segundo o grau de satisfação, utilizando a escala abaixo indicada:

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Bastante satisfeito
1	2	3	4	5

Conteúdos

Número de horas

Ao nível do conhecimento do Formador

Aplicabilidade à realidade do seu serviço

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1.4– Na possibilidade de realizar nova formação nesta área temática, classifique os seguintes itens relativamente à importância de ser abordados, utilizando a escala abaixo indicada:

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Bastante importante
1	2	3	4	5

Prevenção de Úlceras de Pressão

Avaliação de Úlceras de Pressão

Tratamento de Úlceras de Pressão

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

### III - CONHECIMENTOS RELACIONADOS COM O PROCEDIMENTO GERAL

As seguintes perguntas têm como objetivo auscultar a sua opinião em relação à prevenção e avaliação e registo do risco de Úlceras de Pressão, pelo que deverá assinalar com um X a resposta adequada à sua opinião:

1. Conhece o procedimento geral – Úlceras de Pressão: avaliação do risco, registo e intervenção, existente no serviço?

Sim   
Não

2. O procedimento está disponível para consulta no serviço de urgência?

Sim   
Não

- 2.1 – Se respondeu sim assinale onde se encontra disponível:

Num dossier   
Em suporte informático   
Outro  Especifique: \_\_\_\_\_

3. Realiza uma avaliação do risco de úlceras de pressão, segundo a Escala de Braden, e condição da pele aos doentes?

Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Muitas vezes 4	Sempre 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Dos fatores que podem contribuir para a não avaliação sistemática da folha, abaixo indicados, classifique-os, de acordo com o grau de importância, utilizando a seguinte escala:

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Bastante importante
1	2	3	4	5

Sobrecarga de trabalho

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

Desmotivação

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

Não valoriza a avaliação

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

Falta de formação na área

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

Dificuldade em aplicar a escala de Braden

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

5. Efetua o registo da avaliação do risco de pressão, segundo a escala de Braden, e condições da pele aos clientes na folha de Avaliação de Risco?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1	2	3	4	5

6. Dos fatores que podem contribuir para o registo inadequado da folha de Avaliação de Risco, abaixo indicados, classifique-os, de acordo com o grau de importância, utilizando a seguinte escala:

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Bastante importante
1	2	3	4	5

Sobrecarga de trabalho

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

Desmotivação

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

Não valoriza a avaliação

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

Falta de formação na área

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

Dificuldade em aplicar a escala de Braden

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

Folha de registo desajustada ou complexa

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

7. Considera que a inclusão dos impressos da Avaliação do Risco e das intervenções de enfermagem na organização do processo clínico do cliente internado em UIPA, ou admitido em SO, facilitaria o registo sistematizado da avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e condição da pele?

Sim

Não

8. Regista intervenções de enfermagem sempre que existe alto risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão?

Sim

Não

9. Considera que existem produtos de apoio técnico em diversidade suficiente para prestar cuidados de enfermagem ao doente em risco de desenvolver úlceras de pressão?

Sim

Não

- 9.1 – Quando necessita de os utilizar, considera que estes estão disponíveis no Serviço de Urgência?

Sim

Não

- 9.2 – Que grau de importância atribui à necessidade de formação sobre produtos de apoio técnico?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Bastante importante
1	2	3	4	5

Muito obrigada pela participação!



**APÊNDICE IV**

**CONSENTIMENTO**

**INFORMADO**



## Consentimento informado

Eu, declaro que participo de forma voluntária no preenchimento do questionário relacionado com a prevenção e avaliação do risco de úlceras de pressão – papel do enfermeiro no Serviço de Urgência, do Centro Hospitalar MST,EPE.

Mais declaro que:

Fui informado sobre:

- O Autor, objetivo e âmbito do estudo.
- Qual a Instituição de ensino promotora.
- A garantia da confidencialidade dos dados, e que este é o único documento, onde consta a minha identificação.
- A possibilidade de conhecer os resultados obtidos, se assim o entender.

Autorizo a utilização dos resultados obtidos, no âmbito deste estudo.

Participo de forma voluntária e esclarecida.

Se entender posso abandonar o estudo em qualquer altura

Barreiro, , Janeiro de 2012

O participante:



# **APÊNDICE V**

## **TRATAMENTO DE DADOS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE SETUBAL**

**1º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA**

**TRATAMENTO DE DADOS**

Elaborado por: Mónica Veríssimo

Enf.<sup>a</sup> Orientadora: Teresa Lourenço

Prof.<sup>a</sup> Orientadora: Elsa Monteiro

Setembro 2012



# Índice

Introdução	7
Instrumento de colheita de dados	8
Caracterização da população	9
Validação do questionário	10
Considerações éticas	10
Tratamento dos dados	13
Conclusão	30



## Índice de Tabelas

Tabela 1- Análise de género da amostra recolhida	13
Tabela 2- Análise de idade da amostra recolhida	14
Tabela 3 – Análise das habilitações académicas da amostra recolhida	15
Tabela 4 – Análise de outras habilitações académicas da amostra recolhida	15
Tabela 5 – Formação sobre Úlceras de Pressão	17
Tabela 5.1 – Última Formação sobre Úlceras de Pressão	17
Tabela 5.2 – Contexto da Formação	18
Tabela 5.3 – Satisfação quanto à formação adquirida	19
Tabela 5.4 – Relevância quanto à realização de nova formação	20
Tabela 6 – Conhecimento do procedimento geral	21
Tabela 7 – Conhecimento da disponibilidade do procedimento geral	21
Tabela 7.1 – Conhecimento da localização do procedimento geral	22
Tabela 8 – Realização da avaliação risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	22
Tabela 9 – Fatores que contribuem para a não avaliação do desenvolvimento de úlceras de pressão	24
Tabela 10 – Realização do registo da avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	25
Tabela 11 – Fatores que contribuem para o registo inadequado da folha de avaliação	27
Tabela 12 – Importância da inclusão dos impressos da avaliação no processo clínico do cliente	28
Tabela 13 – Efetuação do registo de intervenções de enfermagem sempre que existe alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	28
Tabela 14 – Existência diversidade de produtos de apoio técnico	29
Tabela 14.1 – Disponibilidade de produtos de apoio técnico no Serviço	29
Tabela 14.2 – Importância atribuída à necessidade de formação sobre produtos de apoio técnico	29

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 – Género da amostra recolhida	13
Gráfico 2 – Idade da amostra recolhida	14
Gráfico 3 – Habilitações Académicas	15
Gráfico 4 – Experiência Profissional	16
Gráfico 5 – Anos em função no Serviço Urgência	16

## Introdução

A investigação é o instrumento principal do desenvolvimento científico. É a análise sistemática dos fenómenos e das relações entre estes, através do uso de uma metodologia adequada.

A metodologia de uma pesquisa procura explicar como a problemática foi investigada e a razão porque determinados métodos e técnicas foram utilizadas.

Segundo Fortin (1999, p.372), a metodologia consiste no *“conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.”*

É necessário que o estudo a realizar seja dotado de pertinência, rigor, coerência e sobretudo que assente em bases científicas pois só através da investigação científica se consegue estabelecer *“uma ponte entre a disciplina, como campo de conhecimentos e a prática profissional como campo de intervenção”* (Fortin, 1999, P.20).

## **Instrumento de colheita de dados**

No exercício da Investigação temos necessidade de utilizar métodos de colheita de dados. Um dos mais utilizados é o Inquérito que, segundo a etimologia da palavra é um *“processo em que se tenta descobrir alguma coisa de forma sistemática”*.

Como dizem Ghiglione e Matalon (1993, p.2) *“realizar um inquérito é interrogar um determinado número de indivíduos, tendo em vista uma generalização”*, ou seja, *“consiste, portanto, em suscitar um conjunto de discursos individuais, em interpretá-los e generalizá-los.”*

O Inquérito, segundo Carmo e Ferreira (1998, p.123), é *“uma forma precisa para designar processos de recolha sistematizada, no terreno, de dados suscetíveis de poder ser comparados”* e pode ser subdividido em dois grandes grupos: Entrevista e Questionário. A grande diferença entre os dois é no ato da inquirição. Na Entrevista o investigador está presente e no Questionário está ausente. Em qualquer um deles o Inquérito pode ser pouco ou muito estruturado, dependendo do objetivo do estudo e preferências do investigador.

Escolheu-se utilizar o Questionário como instrumento pois constitui uma técnica de utilização simples e adequada ao nosso estudo, garante o anonimato e evita a interferência do investigador na obtenção dos dados.

Como refere Polit (2004, p.256) *“os questionários têm menos custos e exigem menos tempo e esforço para administrar”* e também *“oferecem a possibilidade de anonimato completo”*.

Segundo Ghiglione e Matalon (1993, p.119), *“a construção do questionário e a formulação das questões constituem (...) uma fase crucial do desenvolvimento de um inquérito.”*. Dada a nossa inexperiência neste tipo de tarefas e dado que *“a redação do questionário continua dependente do saber-fazer e da experiência do investigador. Atualmente, não é possível enunciar as regras de construção de um questionário e o modo de redação das questões.”*

Encontrava-se dividido em três partes: a primeira parte pretendia caracterizar a equipa de enfermagem, a segunda conhecer os níveis de formação da equipa de

enfermagem relativamente à temática úlceras de pressão e a última parte pretendia auscultar a opinião dos enfermeiros relativamente ao procedimento sectorial em vigor no Serviço de Urgência Geral. Por sua vez era constituído por dezasseis perguntas fechadas e foi aplicado no período de 12 a 14 de Janeiro de 2012.

De referir que foi aplicado o pré-teste, aplicando o questionário a 5 enfermeiros que concordaram cooperar. Após o preenchimento do pré-teste foi necessário excluir duas perguntas e de reformular outra. O questionário foi posteriormente aplicada a 4 enfermeiros não se tendo verificado quaisquer dúvidas relacionadas com as questões apresentadas, tendo sido aplicado a 11 de Janeiro de 2012.

### **Caracterização da população**

Uma população é constituída por um conjunto de indivíduos que tem em comum determinado número de características e obedecem a determinados critérios pré-seleccionados.

Fortin (1999, p.202) refere que “ *uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.*”

A população alvo é constituída pelos enfermeiros em exercício de funções no Serviço de Urgência Geral do CHMST, EPE. A população de enfermeiros considerados para o presente estudo é 61 enfermeiros, tendo ficado excluída do estudo a Enfermeira Coordenadora do serviço, por realizar funções na área da gestão e os responsáveis pela aplicação do questionário. Segundo Fortin (1999, p.202) “ *a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações*”.

Inicialmente a amostra inicial correspondia à população dos enfermeiros do Serviço de Urgência, entretanto, somente 48 enfermeiros responderam ao questionário. As limitações encontradas, para não se obter a totalidade da amostra, prendem-se com a

não entrega de oito questionários e a ausência de três enfermeiros por atestado e/ou férias.

## **Validação do questionário**

Após a elaboração do questionário, tornou-se necessário proceder ao pré-teste, que segundo Fortin (1999, p.253), “ *consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (...), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas*”. Realizou-se o pré-teste aplicando o questionário a 5 enfermeiros que concordaram cooperar. Após o preenchimento do pré-teste houve necessidade de excluir duas perguntas visto numa não ter sido obtida qualquer resposta por parte dos 5 enfermeiros e noutra por considerarem que estava muito semelhante a outra questão colocada. Houve necessidade de reformular outra questão no sentido em que os inquiridos consideraram a questão ambígua pelo que poderia condicionar a resposta. O questionário foi posteriormente aplicada a 4 enfermeiros não se tendo verificado quaisquer dúvidas relacionadas com as questões apresentadas, tendo sido aplicado à restante equipa de enfermagem entre 12 a 14 de Janeiro de 2012.

## **Considerações éticas**

Qualquer estudo de investigação deverá ter em conta questões éticas de base, pois Regan citado por Witt (1996, p. 105) “*define ética como o estudo da conduta, portanto, o comportamento humano de facto. A ética refere-se ao agir em termos inter-relacionais, ou seja, ao seu efeito no bem-estar alheio*”. Segundo Fortin (1999, p. 114), “*é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta*”. Neste sentido procedeu-se a um pedido de autorização, por carta, à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência Geral do CHMST, EPE, Unidade Barreiro, expondo o objetivo do

estudo, de modo a garantir a confidencialidade dos dados. Sendo de salientar que ao pedido foi anexado o respetivo instrumento a utilizar.

Segundo Fortin (1999, p.116), *“qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético e os valores de relacionamento humano deverão ser protegidos.”*

A investigação, quando aplicada a seres humanos, exige da parte do investigador, o respeito pelos cinco princípios determinados pelos códigos de ética, e que se revelam basilares para proteger a liberdade e os direitos dos sujeitos que participam nas investigações (Fortin, 1999).

Foram determinados pelos códigos de ética cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos nos protocolos de investigação, tais como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

O direito à autodeterminação “ (...) baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela (...)” (Fortin, 1999;116). Este direito está relacionado com o fato do sujeito escolher voluntariamente participar ou não numa investigação para a qual foi convidado. Segundo o artigo 9º do código de Nuremberga, o sujeito deve ser informado do seu direito de se retirar, em qualquer momento, do estudo que consentiu previamente. Na aplicação do questionário, este princípio foi tido em conta, pois informámos os enfermeiros do seu direito de se retirarem a qualquer momento, bem como o de respeitar a sua decisão de participar ou não.

No que se refere ao direito à intimidade, este faz referência à proteção da intimidade dos sujeitos. Está relacionado com o anonimato e a confidencialidade dos dados, empenhando-se o investigador em proteger o sujeito ao longo do estudo, inclusive na divulgação dos resultados.

O direito ao anonimato e à confidencialidade, relaciona-se com o direito que o sujeito tem de não ser associado às suas respostas individuais nem mesmo pelo próprio investigador. Ao ser aplicado o questionário este tinha anexado um consentimento informado onde é expressa que a confidencialidade e anonimato serão assegurados.

De acordo com Fortin (1999, p.118), o direito relacionada com a proteção contra o desconforto e o prejuízo “ (...) *corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.*”

O direito a um tratamento justo e equitativo está contemplado no direito em ser informado sobre a natureza, a finalidade, a duração e os métodos utilizados na investigação. Este direito refere-se ainda ao tratamento equitativo dos sujeitos e invoca a escolha dos indivíduos, por estarem ligados ao problema de investigação, e não por conveniência ou disponibilidade, bem como deve ser contemplada a ausência de prejuízo para os sujeitos que desistam durante o decurso do estudo.

Analisando a relação risco benefício para os enfermeiros inquiridos, concluímos que os benefícios para os sujeitos devem sobrepor-se aos riscos, uma vez que, pela sua participação, o sujeito irá contribuir para o avanço dos conhecimentos, permitindo um aumento na qualidade dos cuidados prestados.

## Tratamento dos dados

Após a colheita de dados procedeu-se à análise dos mesmos através do programa informático Microsoft Office Excel 2007, que por sua vez iremos passar a descrever.

### I - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA

#### 1. Género:

Do tratamento de dados podemos inferir que a amostra era predominantemente do sexo feminino (79%) e somente 21% do sexo masculino, como se observa no gráfico seguinte.

Tabela 1- Análise de género da amostra recolhida

Feminino	38
Masculino	10

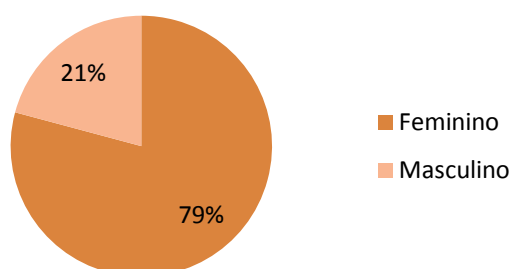


Gráfico 1 – Género da amostra recolhida

## 2. Idade:

Os enfermeiros situam-se, em relação à idade, numa faixa etária jovem, 34% apresenta idade compreendida entre os 21 e 30 anos e 29 % com idade compreendida entre os 31 e 40 anos. Existe no entanto 31 % de enfermeiros com idade entre os 41 e 50 anos e apenas 6 % com idade entre 51 e 60 anos, como se observa no gráfico seguinte.

Tabela 2- Análise de idade da amostra recolhida

21 – 30	16
31 – 40	14
41 – 50	15
51 – 60	3
> 60	0

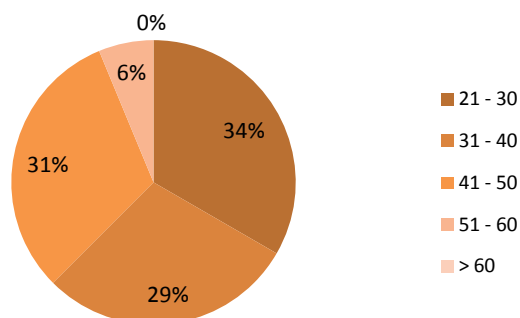


Gráfico 2 – Idade da amostra recolhida

## 3. Habilitações académicas:

No que refere às habilitações académicas destaca-se a Licenciatura em Enfermagem com 81% e 4% (2) são detentores de mestrado na área de comunicação em saúde. Existem ainda cerca de 10% dos enfermeiros sem grau de licenciatura.

Tabela 3 – Análise das habilitações académicas da amostra recolhida

Bacharelato em Enfermagem	5
Licenciatura em Enfermagem	41
Mestrado	2
Doutoramento	0

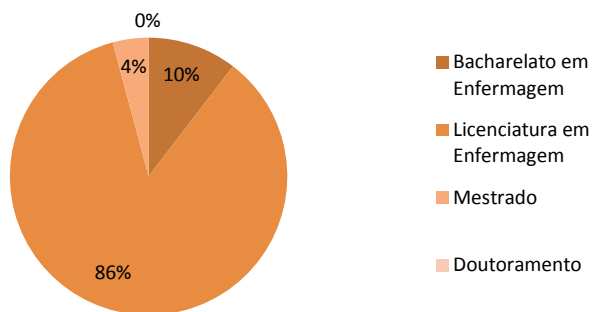


Gráfico 3 – Habilitações Académicas

#### 4. Outras habilitações:

Existem 5 (10%) enfermeiros detentores de pós graduações e dois (4%) com especialidade em enfermagem.

Tabela 4 – Análise de outras habilitações académicas da amostra recolhida

Pós-Graduação	5
Especialidade em Enfermagem	2

5. Anos de experiência profissional: **13,9 anos (média)**

Do gráfico apresentado verifica-se que a maior parcela dos enfermeiros possui entre 0 e 10 anos de experiência profissional, existindo também um conjunto significativo de enfermeiros com 11 a 20 de experiência profissional, e um pouco menos entre os 21 e os 30. A amostra recolhida conta com uma média de 13,9 anos.

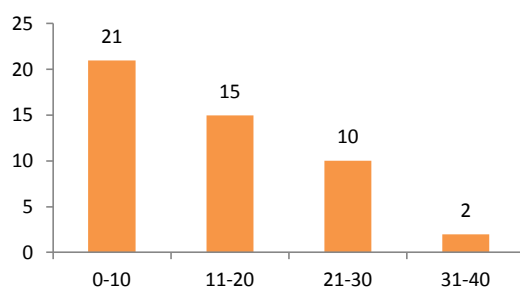


Gráfico 4 – Experiência Profissional

6. Há quantos anos exerce funções no serviço de urgência: **9,8 anos (média)**

Do gráfico apresentado verifica-se que a maior parte dos enfermeiros têm até 10 anos de função no serviço de urgência, podendo ser considerada uma equipa jovem.

Do tratamento de dados concluímos que os enfermeiros que constituem a amostra tem em média 9,8 anos de exercício profissional no serviço de urgência.

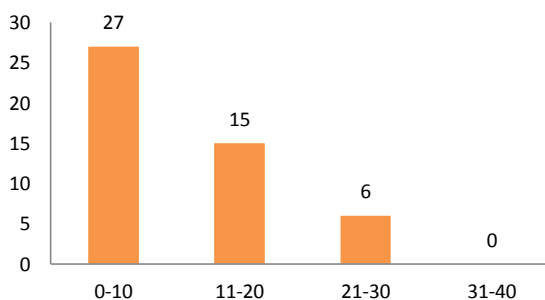


Gráfico 5 – Anos em função no Serviço Urgência

## II - FORMAÇÃO REALIZADA SOBRE ÚLCERAS DE PRESSÃO

### 1. Já frequentou formação sobre a temática de Úlceras de Pressão?

Dos dados obtidos podemos constatar que 71% dos inquiridos respondeu ter formação na área, mas destes 31% respondeu que a realizaram há mais de 5 anos e 31% há 3 anos.

Quando questionados em que contexto, 31% referir que a realizaram em congressos de enfermagem e somente 27% respondeu na Instituição, 22% em contexto de serviço.

Tabela 5 – Formação sobre Úlceras de Pressão

Sim	34	71%
Não	14	29%

#### 1.1 - Se respondeu sim, há quanto tempo?

Tabela 5.1 – Última Formação sobre Úlceras de Pressão

< 1 ano	5	14%
2 anos	7	20%
3 anos	11	31%
4 anos	1	3%
> 5 anos	11	31%

## 1.2 - E em que contexto?

Tabela 5.2 – Contexto da Formação

No serviço	11	22%
Na instituição	13	27%
Seminários	5	10%
Congressos de Enfermagem	15	31%
Outros	5	10%

1.3 - Em relação à formação que realizou, classifique os seguintes itens segundo o grau de satisfação, utilizando a escala abaixo indicada:

Deste conjunto de respostas retira-se que os enfermeiros consideram – se satisfeitos com a formação que receberam e que a consideram com um elevado grau de aplicabilidade no serviço.

Tabela 5.3 – Satisfação quanto à formação adquirida

<b>Conteúdos</b>		
Muito Insatisfeito	0	0%
Insatisfeito	0	0%
Satisfeito	12	34%
Muito Satisfeito	13	37%
Bastante Satisfeito	10	29%
<b>Número de horas</b>		
Muito Insatisfeito	1	3%
Insatisfeito	1	3%
Satisfeito	18	51%
Muito Satisfeito	11	31%
Bastante Satisfeito	4	11%
<b>Ao nível do conhecimento do Formador</b>		
Muito Insatisfeito	0	0%
Insatisfeito	0	0%
Satisfeito	17	50%
Muito Satisfeito	7	21%
Bastante Satisfeito	10	29%
<b>Aplicabilidade à realidade do seu serviço</b>		
Muito Insatisfeito	2	6%
Insatisfeito	4	12%
Satisfeito	16	47%
Muito Satisfeito	5	15%
Bastante Satisfeito	7	21%

1.4– Na possibilidade de realizar nova formação nesta área temática, classifique os seguintes itens relativamente à importância de ser abordados, utilizando a escala abaixo indicada:

Quando questionados sobre a possibilidade de realizarem nova formação sobre a prevenção de úlceras de pressão, 56% consideraram bastante importante e 25% muito importante.

Também no que se relaciona com a possibilidade de realização de nova formação referente à avaliação de úlceras de pressão 53% considerou que era bastante importante e 29% consideraram muito importante a realização de formação nesta área.

Relativamente à possibilidade de realizar nova formação relacionada com o tratamento de úlceras de pressão, também foi referido pela maioria como bastante importante, tendo sido por 14% como muito importante.

Tabela 5.4 – Relevância quanto à realização de nova formação

<b>Prevenção de Úlceras de Pressão</b>		
Nada Importante	0	0%
Pouco Importante	3	6%
Importante	6	13%
Muito Importante	12	25%
Bastante Importante	27	56%
<b>Avaliação de Úlceras de Pressão</b>		
Nada Importante	0	0%
Pouco Importante	2	4%
Importante	7	14%
Muito Importante	14	29%
Bastante Importante	26	53%
<b>Tratamento de Úlceras de Pressão</b>		
Nada Importante	0	0%
Pouco Importante	1	2%
Importante	8	17%
Muito Importante	14	29%
Bastante Importante	25	52%

### III - CONHECIMENTOS RELACIONADOS COM O PROCEDIMENTO GERAL

As seguintes perguntas têm como objetivo auscultar a sua opinião em relação à prevenção e avaliação e registo do risco de Úlceras de Pressão, pelo que deverá assinalar com um X a resposta adequada à sua opinião:

1. Conhece o procedimento geral – Úlcera de Pressão: avaliação do risco, registo e intervenção, existente no serviço?

De acordo com os dados obtidos constatou-se que 98% dos inquiridos conhecem o procedimento geral e 100% sabe que este se encontra disponível para consulta no serviço de urgência geral.

Tabela 6 – Conhecimento do procedimento geral

Sim	47	98%
Não	1	2%

2. O procedimento está disponível para consulta no serviço de urgência?

Dos 98%, 58% responderam estar disponível em dossier e 53% em suporte informático. É necessário referir que existiram respostas múltiplas relativamente à questão relacionada com o local onde se encontra disponível o procedimento.

Tabela 7 – Conhecimento da disponibilidade do procedimento geral

Sim	48	100%
Não	0	0%

2.1 – Se respondeu sim assinale onde se encontra disponível:

Tabela 7.1 – Conhecimento da localização do procedimento geral

Num dossier	28	58%
Em suporte informático	25	52%
Outro	0	0%

3. Realiza uma avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, segundo a Escala de Braden, e condição da pele aos clientes?

Dos dados obtidos 65% dos enfermeiros referiram às vezes e 25% raramente, tendo apenas sido referido por 2% que realizavam a avaliação sempre.

Tabela 8 – Realização da avaliação risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

Nunca	0	0%
Raramente	12	25%
Às vezes	31	65%
Muitas vezes	4	8%
Sempre	1	2%

4. Dos fatores que podem contribuir para a não avaliação sistemática da folha, abaixo indicados, classifique-os, de acordo com o grau de importância, utilizando a seguinte escala:

Dos fatores que contribuem para a não avaliação de risco das úlceras de pressão o fator mais referido foi a sobrecarga de trabalho, em que é apontada por 73% dos

enfermeiros como bastante importante, tendo a desmotivação, sido referida por 29% como muito importante e 27% como importante.

Quando questionados se não realizam a avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque não valorizam a avaliação de risco das úlceras de pressão, podemos inferir que só 8% dos inquiridos é que não valorizam a avaliação.

Ainda relativamente à questão quais os fatores que podem contribuir para a não avaliação sistemática da folha, pelos resultados obtidos podemos inferir que só 4% é que aponta a falta de formação como uma das razões bastante importante para não avaliar o risco de úlceras de pressão, tendo 18% referido como muito importante e 31% como importante.

Relativamente à dificuldade em aplicar a escala de Braden é considerada por 10% como bastante importante, para 13% como muito importante, 29% como importante para a não avaliação do risco de úlceras de pressão, pelos enfermeiros inquiridos.

Tabela 9 – Fatores que contribuem para a não avaliação do desenvolvimento de úlceras de pressão

<b>Sobrecarga de trabalho</b>		
Nada Importante	0	0%
Pouco Importante	1	2%
Importante	3	6%
Muito Importante	9	19%
Bastante Importante	35	73%
<b>Desmotivação</b>		
Nada Importante	4	8%
Pouco Importante	7	15%
Importante	13	27%
Muito Importante	14	29%
Bastante Importante	10	21%
<b>Não valoriza a avaliação</b>		
Nada Importante	12	25%
Pouco Importante	12	25%
Importante	15	31%
Muito Importante	5	10%
Bastante Importante	4	8%
<b>Falta de formação na área</b>		
Nada Importante	8	16%
Pouco Importante	15	31%
Importante	15	31%
Muito Importante	9	18%
Bastante Importante	2	4%
<b>Dificuldade em aplicar a escala de Braden</b>		
Nada Importante	6	13%
Pouco Importante	17	35%
Importante	14	29%
Muito Importante	6	13%
Bastante Importante	5	10%

5. Efetua o registo da avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, segundo a escala de Braden, e condições da pele aos doentes na folha de Avaliação de Risco?

Observou-se que na resposta à questão sobre se é efetuado o registo da avaliação do risco de úlcera de pressão, 56% dos enfermeiros respondeu às vezes e 31% raramente.

Tabela 10 – Realização do registo da avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

Nunca	0	0%
Raramente	15	31%
Às vezes	27	56%
Muitas vezes	6	13%
Sempre	0	0%

6. Dos fatores que podem contribuir para o registo inadequado da folha de Avaliação de Risco, abaixo indicados, classifique-os, de acordo com o grau de importância, utilizando a seguinte escala:

Quando questionados sobre os fatores que podem contribuir para o registo inadequado da folha de Avaliação de Risco, era pedido aos enfermeiros que os classificassem de acordo com uma escala de grau de importância em que o 5 correspondia a bastante importante, o 4 ao muito importante, o 3 como importante, o 2 a pouco importante e o 1 a nada importante.

Assim, dos itens referidos que podem contribuir para o não registo da avaliação, constatou-se que a sobrecarga de trabalho é apontada por 73% dos inquiridos como bastante importante, tendo a desmotivação sido referida, por 17% como bastante importante e 33% como muito importante.

Relativamente à não valorização da avaliação somente 2% é que a apontam como bastante importante, pelo que podemos mais uma vez inferir que os enfermeiros valorizam a avaliação das úlceras de pressão.

No que concerne à falta de formação na área é considerada por 40% dos inquiridos como importante, por 19% como muito importante e por 4% como bastante importante para o não registo da avaliação.

Relativamente ao item, dificuldade em aplicar a escala de Braden foi apontada por 42% dos enfermeiros como importante para o não registo da avaliação, tendo o item folha de registo desadequada ou complexa, sido apontado por 40% dos inquiridos como pouco importante.

Tabela 11 – Fatores que contribuem para o registo inadequado da folha de avaliação

<b>Sobrecarga de trabalho</b>		
Nada Importante	0	0%
Pouco Importante	1	2%
Importante	3	6%
Muito Importante	9	19%
Bastante Importante	35	73%
<b>Desmotivação</b>		
Nada Importante	4	8%
Pouco Importante	6	13%
Importante	14	29%
Muito Importante	16	33%
Bastante Importante	8	17%
<b>Não valoriza a avaliação</b>		
Nada Importante	10	21%
Pouco Importante	18	38%
Importante	13	27%
Muito Importante	6	13%
Bastante Importante	1	2%
<b>Falta de formação na área</b>		
Nada Importante	5	10%
Pouco Importante	13	27%
Importante	19	40%
Muito Importante	9	19%
Bastante Importante	2	4%
<b>Dificuldade em aplicar a escala de Braden</b>		
Nada Importante	3	6%
Pouco Importante	16	33%
Importante	20	42%
Muito Importante	6	13%
Bastante Importante	3	6%
<b>Folha de Registo desajustada ou complexa</b>		
Nada Importante	4	8%
Pouco Importante	19	40%
Importante	12	25%
Muito Importante	8	17%
Bastante Importante	5	10%

7. Considera que a inclusão dos impressos da Avaliação do Risco e das intervenções de enfermagem na organização do processo clínico do doente internado em UIPA, ou admitido em SO, facilitaria o registo sistematizado da avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e condição da pele?

Quando questionados sobre a inclusão dos impressos de avaliação de risco no processo clínico do doente, 87% dos inquiridos considerou que facilitaria o registo sistematizado.

Tabela 12 – Importância da inclusão dos impressos da avaliação no processo clínico do doente

Sim	41	87%
Não	6	13%

8. Regista intervenções de enfermagem sempre que existe alto risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão?

Relativamente ao registo de intervenções de enfermagem sempre que existe alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, 71% dos enfermeiros refere que o efetua.

Tabela 13 – Efetuação do registo de intervenções de enfermagem sempre que existe alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

Sim	34	71%
Não	14	29%

9. Considera que existem produtos de apoio técnico em diversidade suficiente para prestar cuidados de enfermagem ao doente em risco de desenvolver úlceras de pressão?

10. Tabela 14 – Existência diversidade de produtos de apoio técnico

Sim	12	25%
Não	36	75%

- 9.1 – Quando necessita de os utilizar, considera que estes estão disponíveis no Serviço de Urgência?

Tabela 14.1 – Disponibilidade de produtos de apoio técnico no Serviço

Sim	11	23%
Não	37	77%

- 9.2 – Que grau de importância atribui à necessidade de formação sobre produtos de apoio técnico?

Verificou-se que 75% dos enfermeiros respondeu que não existem em diversidade suficiente e 77% considera que não estão disponíveis no serviço de urgência quando necessitam de os utilizar, contudo 63% considera bastante importante a necessidade de formação sobre produtos de apoio técnico e 27% como muito importante.

Tabela 14.2 – Importância atribuída à necessidade de formação sobre produtos de apoio técnico

Nada Importante	0	0%
Pouco Importante	2	4%
Importante	3	6%
Muito Importante	13	27%
Bastante Importante	30	63%

## Conclusão

Os resultados deste inquérito demonstram a necessidade que os enfermeiros do Serviço de Urgência sentem quanto à realização de ações de formação sobre a temática das Úlceras de Pressão.

É do conhecimento de 98% dos inquiridos o procedimento geral instituído e 100% sabe que este se encontra disponível para consulta no serviço de urgência geral.

Contudo, dos dados obtidos 65% dos enfermeiros referiram às vezes e 25% raramente, tendo apenas sido referido por 2% que realizavam a avaliação sempre do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Apesar de os enfermeiros admitirem que não realizam a avaliação e registo do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão, tal como preconizado no Procedimento Geral, consideram ser importante a sua realização, tendo sido também recolhidos os motivos que conduzem a esta situação.

Existem um número elevado (77%) que refere também que realiza o registo de intervenções de enfermagem sempre que existe alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, contudo tal não coincide com os dados obtidos pelas auditorias do ano 2010.

De referir que no que se relaciona com a prestação de cuidados de enfermagem ao doente em risco de desenvolver úlceras de pressão a maioria dos inquiridos respondeu que não existem em diversidade suficiente e que é difícil a sua disponibilidade nos variados setores do SUG, o que vai de encontro ao praticado, na medida que muitos destes materiais estão guardados em armários localizados numa área um pouco distante dos vários setores de trabalho.

Também relacionado com os materiais de apoio técnico 63% dos inquiridos considera bastante importante a necessidade de formação sobre produtos de apoio técnico e 27% como muito importante.

# **APÊNDICE VI**

## **ANÁLISE SWOT**



## Análise SWOT

<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>
Constituir um projeto interno do Hospital; Colaboração/envolvimento da enfermeira coordenadora do serviço; Conformidade nos poucos registos efetuados. Investimento económico baixo; Indicador de Cuidados de Saúde	Reduzido número de registos efetuados; Não inclusão dos impressos da Avaliação do Risco e das intervenções de enfermagem na organização do processo clínico do cliente internado
<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
Novos elementos no Serviço; Formar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão; Reestruturar os impressos de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	Elevado número de doentes internados no serviço; Resistência por parte da equipa de enfermagem relativamente ao preenchimento do impresso; Sobrecarga de trabalho; Desmotivação da equipa de enfermagem



# **APÊNDICE VII**

## **PLANEAMENTO DO PROJETO**



## Planeamento do Projecto

<b>Estudante:</b> Mónica Sofia Oliveira Veríssimo	<b>Orientador:</b> Sr.ª Enfermeira Especialista T. L.
<b>Instituição:</b> Centro Hospitalar MST, EPE	<b>Serviço:</b> Urgência Geral
<b>Título do Projecto:</b> Avaliação e Prevenção do risco de úlceras de Pressão - Papel do Enfermeiro no Serviço de Urgência	
<b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u> ):	
<b><u>OBJETIVO GERAL</u></b> Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente/família a em risco de desenvolver úlceras de pressão ou com úlceras de pressão, no SUG do CHMST, EPE.	
<b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></b>	
- Formar/treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão e aplicação da Escala de Braden;	
- Atualizar /reformular a folha de auditoria interna do SUG	
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b> (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<b>Enfermeira Orientadora</b> (Sr.ª Enf.ª Especialista T. L.), <b>Enfermeira Responsável pelo SUG</b> (Sr.ª Enf.ª Especialista F. S.), <b>Enfermeiras Responsáveis pela Formação em Serviço do SUG</b> (Sr.ª Enf.ª Especialista D. P., Sr.ª Enf.ª Especialista N. P. e Sr.ª Enf.ª Especialista P. M.), <b>Equipa de enfermagem do SUG</b>	
<b>Data:</b> _____ / _____ / _____ <b>Assinatura:</b> _____	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Formar/treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão e aplicação da Escala de Braden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa de bibliografia atualizada sobre o tema;</li> <li>- Elaboração de dossier temático sobre úlceras de pressão;</li> <li>- Elaboração de slides;</li> <li>- Discussão dos slides com as Enfermeiras orientadora, co-orientadora e grupo de trabalho sobre úlceras de pressão;</li> <li>- Proceder às alterações, se necessário;</li> <li>- Marcação da data de ação de formação;</li> <li>- Elaboração do plano da ação;</li> <li>- Divulgação da ação de formação;</li> <li>- Realização da ação de formação;</li> <li>- Avaliação da ação de formação;</li> </ul>	<p>Enf.<sup>a</sup> F. S.</p> <p>Grupo de trabalho do SU sobre úlceras de pressão</p> <p>Enf.<sup>a</sup> T. L.</p> <p>Equipa de enfermagem</p>	<p>Livros;</p> <p>Revistas;</p> <p>Suporte informático;</p> <p>Sala de Reunião do SUG</p>	100h	<p>Dossier temático sobre a temática úlceras de pressão</p> <p>Conjunto de slides</p> <p>Plano da sessão</p> <p>Cartaz de divulgação da ação de formação</p>
Atualizar /reformular a folha de auditoria interna do SUG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre auditorias;</li> <li>- Atualização da folha de auditorias de avaliação interna do SUG;</li> <li>- Reunião com a enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência Geral, Enfermeira Orientadora e grupo de trabalho das úlceras de pressão a fim de apresentar as alterações propostas à folha de auditoria;</li> <li>- Proceder às alterações sugeridas, se necessário;</li> <li>- Submeter a aprovação da nova folha de auditoria interna à enfermeira coordenadora do SUG;</li> <li>- Redigir relatório semestral do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;</li> <li>- Divulgação à equipa de enfermagem os resultados das auditorias realizadas;</li> </ul>	<p>Enf.<sup>a</sup> F. S.</p> <p>Enf.<sup>a</sup> T. L.</p> <p>Prof. E. M.</p> <p>Equipa de enfermagem</p>	<p>Suporte informático;</p> <p>Sala de Reunião do SUG</p>	60h	<p>Relatório semestral do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;</p> <p>Folha de auditorias de avaliação interna do SUG;</p> <p>Divulgação das auditorias à equipa de enfermagem;</p>

**Orçamento:**

Recursos Humanos: Não se preveem gastos suplementares

Recursos Materiais: Não se preveem gastos suplementares

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

**Previsões de constrangimentos:**

- Dificuldade em concretizar todas as atividades em tempo útil
- Pouca motivação da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral para participar em novos projetos

**Forma de os ultrapassar:**

- Gerir com rigor o tempo disponível
- Apresentar os objetivos do projeto
- Acolher sugestões da equipa de enfermagem sobre a implementação do projeto

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Docente: \_\_\_\_\_



# **APÊNDICE VIII**

## **CRONOGRAMA INICIAL PIS**







# **APÊNDICE IX**

## **DOSSIER TEMÁTICO SOBRE ÚLCERAS DE PRESSÃO**

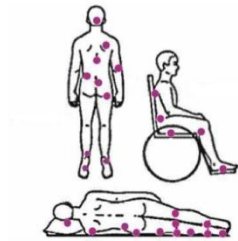




**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE SETUBAL**

**1º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA**

## **DOSSIER TEMÁTICO SOBRE ÚLCERAS DE PRESSÃO**



**Elaborado por: Mónica Sofia Oliveira Veríssimo**

**Orientador: Enf.ª Especialista Teresa Lourenço**

**Tutor: Prof. Elsa Monteiro**

**Setúbal**

**Junho, 2012**

# ÍNDICE

## 0-INTRODUÇÃO

## 1-ORIENTAÇÕES NORMATIVAS

1.1-Ficha nº 1-Orientação normativa nº017/2011 da DGS

## 2-PROCEDIMENTO GERAL

2.1- Ficha nº2- Procedimento geral: úlceras de pressão: avaliação do risco, registo e intervenção

## 3-GUIA CONSULTIVO

3.1-Ficha nº 3- Prevenção de úlceras de pressão- guia de consulta rápido elaborado pela EPUAP

## 4-ARTIGOS CIENTÍFICOS

4.1- Ficha nº 4- Escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

4.2- Ficha nº5- O material de alívio de pressão como adjuvante nos cuidados de prevenção de úlceras de pressão

4.3- Ficha nº 6- Será possível prevenir úlceras de pressão melhorando os cuidados de higiene?

4.4-Ficha nº 7- A massagem como método de prevenção de úlceras de pressão: sim ou não?

4.5-Ficha nº 8- Abordagem da úlcera de pressão: processos fisiopatológicos

4.6- Ficha nº 9- Abordagem da úlcera de pressão: plano preventivo

4.7-Ficha nº10- Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - intervenções baseadas na evidência

## 5- AÇÃO DE FORMAÇÃO

5.1-Ficha nº 11- Ação de formação: Avaliação e prevenção de úlceras de pressão- papel do enfermeiro no serviço de urgência

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Mestrado de Enfermagem Médico – cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e a realizar estágio no SUG do EPE, estou a desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço na área temática úlceras de Pressão.

Sendo uma área com muita informação publicada considereei ser pertinente a elaboração deste dossier de modo a facultar aos enfermeiros que aqui exercem funções documentação sobre a informação e práticas mais adequadas e que podem contribuir para melhorar os cuidados de enfermagem prestados.

São aqui apresentados documentos como a última orientação emanada pela DGS, em que é recomendada a importância de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão através da utilização de dois instrumentos que são a Escala de Braden e a avaliação do estado de pele.

É apresentado também o procedimento geral do EPE, que tem como objetivo uniformizar critérios e definir suportes documentais para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, bem como as intervenções de enfermagem a adotar pelos enfermeiros do EPE.

Apresenta-se também o guia de orientações para a prevenção de úlceras de pressão emitido pela EPUAP/NPUAP, este serve de referência rápida e sumariza as linhas de orientação baseadas na evidência de prevenção e tratamento das úlceras de pressão.

São também apresentados alguns artigos onde são referidas medidas preventivas e são apresentados alguns estudos que vêm reforçar a necessidade destas medidas.

**FICHA Nº 1**  
**IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA**

**AUTORES:** DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

**TÍTULO:** Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011

**EDIÇÃO:** DGS

**EDITORA:**

**CIDADE:** Lisboa

**DATA:** 19/05/ 2011

**ISBN:**

**PÁG.:** 1-10

**PALAVRAS-CHAVE:** úlceras de pressão; Escala de Braden; Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

**RESUMO:** Esta orientação destina-se aos enfermeiros e médicos de SNS e refere a importância de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão através da utilização de dois instrumentos que são a Escala de Braden e a avaliação do estado de pele.

**FICHA Nº 2**  
**IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA**

**AUTORES:** CENTRO HOSPITALAR

**TÍTULO:** Procedimento Geral – Avaliação e Monitorização do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão do Centro Hospitalar EPE

**EDIÇÃO:**

**EDITORA:**

**CIDADE:** Barreiro

**DATA:** 2008

**ISBN:**

**PÁG.:**1- 16

**PALAVRAS-CHAVE:** úlceras de pressão; regras de avaliação e registo; formulação de diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem

**RESUMO:** Este documento contribui para uniformizar critérios e definir suportes documentais para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, bem como as intervenções de enfermagem a adotar pelos enfermeiros

**FICHA Nº 3**  
**IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA**

**AUTORES:** EPUAP/ NPUAP

**TÍTULO:** Guideline na Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão- Guia de consulta rápida

**EDIÇÃO:**

**EDITORA:**

**CIDADE:**

**DATA:** 2009

**ISBN:**

**PÁG.:** 1-25

**PALAVRAS-CHAVE:** úlceras de pressão; medidas preventivas baseadas em evidência

**RESUMO:** Este Guia de consulta rápido sumariza as linhas de orientação baseadas na evidência para a Prevenção e Tratamento das Úlceras de Pressão. Foi desenvolvido ao longo de quatro anos de colaboração entre o European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).

**FICHA Nº 4**  
**IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA**

**AUTORES:** FURTADO, Kátia; TORRA I BOU, Joan- Enric; FERNANDEZ, Francisco; HIDALGOA, Pedro

**TÍTULO:** Escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

**EDIÇÃO:** 231

**EDITORA:** revista nursing - suplemento feridas

**CIDADE:** Lisboa

**DATA:** Março 2008

**ISSN:** 0871-6196

**PÁG.:**4-10

**PALAVRAS-CHAVE:** Escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, evidência científica

**RESUMO:** Neste artigo apresenta-se uma revisão das diferentes escalas utilizadas e da evidência científica sobre a utilização das mesmas na avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

**FICHA Nº 5**  
**IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA**

**AUTORES:** GOUVEIA, João et al

**TÍTULO:** O material de alívio de pressão como adjuvante nos cuidados de prevenção de úlceras de pressão

**EDIÇÃO:** 233

**EDITORA:** revista nursing- suplemento feridas

**CIDADE:** Lisboa

**DATA:** Maio de 2008

**ISSN:** 0871-6196

**PÁG.:**6-12

**PALAVRAS-CHAVE:** úlceras de pressão, prevenção, material de alívio de pressão

**RESUMO:** Neste artigo pretende-se avaliar de que forma os diferentes materiais de alívio de pressão contribuem para prevenir úlceras de pressão e apresenta-se um estudo sobre a vantagem da utilização dos mesmos de acordo com o grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

**FICHA Nº 6**  
**IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA**

**AUTORES:** GOUVEIA, João

**TÍTULO:** Será possível prevenir úlceras de pressão melhorando os cuidados de higiene?

**EDIÇÃO:** 213

**EDITORA:** revista nursing- suplemento feridas

**CIDADE:** Lisboa

**DATA:** Setembro de 2006

**ISSN:** 0871-6196

**PÁG.:** 20- 25

**PALAVRAS-CHAVE:** pele, cuidados de higiene, prevenção de úlceras de pressão

**RESUMO:** Neste documento é abordada a função da pele e a importância de a manter protegida e íntegra. É apresentado um estudo prospetivo, descritivo, de seleção aleatória realizado em 2005, em que se pretendia comparar o estado da pele dos sujeitos em função dos produtos utilizados e a efetividade destes.

**FICHA Nº 7**  
**IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA**

**AUTORES:** MOTA, Rui; MOTA, Filomena; ALVES, Paulo

**TÍTULO:** A massagem como método de prevenção de úlceras de pressão: sim ou não?

**EDIÇÃO:**260

**EDITORA:** Revista nursing- suplemento feridas

**CIDADE:** Lisboa

**DATA:** Agosto de 2010

**ISSN:** 0871-6196

**PÁG.:**2-7

**PALAVRAS-CHAVE:** úlceras de pressão, prevenção de úlceras de pressão, massagem.

**RESUMO:** Este artigo aborda uma das medidas preventivas de úlceras de pressão (massagem) e apresenta em estudo onde se pretende avaliar a eficácia desta na prevenção.

**FICHA Nº 8**  
**IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA**

**AUTORES:** MENOITA, Elsa et al

**TÍTULO:** Abordagem da úlcera de pressão: processos fisiopatológicos

**EDIÇÃO:** 92

**EDITORA:** Revista sinais vitais

**CIDADE:** Coimbra

**DATA:** Setembro de 2010

**ISSN:**0872-8844

**PÁG.:**26-31

**PALAVRAS-CHAVE:** úlcera de pressão, pressão, fricção, cisalhamento, eritema, necrose oculta, necrose seca

**RESUMO:** Este artigo aborda a temática da fisiopatologia e os fatores extrínsecos relacionados com as úlceras de pressão. São abordados outros conceitos como localizações e classificação de úlceras de pressão.

**FICHA Nº 9**  
**IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA**

**AUTORES:** MENOITA, Elsa et al

**TÍTULO:** Abordagem da úlcera de pressão: plano preventivo

**EDIÇÃO:** 93

**EDITORA:** Revista sinais vitais

**CIDADE:** Coimbra

**DATA:** Dezembro de 2010

**ISSN:** 0872- 8844

**PÁG.:** 24- 29

**PALAVRAS-CHAVE:** úlceras de pressão, plano preventivo, superfície de apoio, estática, dinâmica, espuma de poliuretano, microcânulas de silicone, ácidos gordos hiperoxigenados

**RESUMO:** Neste artigo aborda-se as medidas preventivas nas úlceras de pressão que visam manter a integridade tecidual e proteger a pele contra efeitos adversos de forças externas.

**FICHA Nº 10**  
**IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA**

**AUTORES:** ROCHA, J. A. et al

**TÍTULO:** Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - intervenções baseadas na evidência

**EDIÇÃO:** 19

**EDITORA:** Revista Acta Médica Portuguesa

**CIDADE:** Lisboa

**DATA:** 2006

**ISSN:** 0870 – 399X

**PÁG.:** 29-38

**PALAVRAS-CHAVE:** úlceras de pressão, prevenção de úlceras de pressão, tratamento de úlceras de pressão, revestimentos

**RESUMO:** Este artigo resulta de uma exaustiva pesquisa bibliográfica, fundamentado de acordo com as evidências atuais, onde são apresentados dados epidemiológicos das úlceras de pressão e fornecidas informações que sirvam como base diretiva para a prevenção e tratamento das úlceras de pressão em doentes de alto risco.

**FICHA Nº 11**  
**IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA**

**AUTORES:** VERÍSSIMO, Mónica

**TÍTULO:** Avaliação e Prevenção do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Papel do enfermeiro no SUG

**EDIÇÃO:**

**EDITORA:**

**CIDADE:** Barreiro

**DATA:** 2012

**ISSN:**

**PÁG.:**

**PALAVRAS-CHAVE:** úlceras de pressão, prevenção de úlceras de pressão, medidas preventivas; auditorias

**RESUMO:** Com esta ação formativa foram abordados os seguintes conteúdos: Implicação das UP para os doentes e sistema de saúde, apresentação do Projecto UP no CHBM, EPE e do Procedimento Geral "Úlceras de Pressão – avaliação do risco, registo e intervenção", dar a conhecer o Projeto de Intervenção em Serviço e apresentação de dados obtidos das auditorias em 2010 e 2012, divulgação dos dados do questionário aplicado, apresentação de como efetuar a avaliação do risco de desenvolvimento de UP no SUG e das alterações propostas ao impresso de avaliação de risco de desenvolvimento de UP em vigor no SUG do CHBM, EPE, apresentação da Escala de Braden, definição de UP; Etiopatologia e Classificação, importância da prevenção de úlceras de pressão, Estratégias de Prevenção das úlceras de pressão e Desenvolvimento das Estratégias de Prevenção das úlceras de pressão.



# **APÊNDICE X**

## **AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE ÚLCERAS DE PRESSÃO**



MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRÚRGICA

**ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Avaliação e Prevenção do risco de Úlceras de Pressão –  
Papel do enfermeiro no Serviço de Urgência

Realizado por Mónica Veríssimo  
Soborientação de:  
Enf.ª Orientadora Teresa Lourenço  
Professora: Elsa Monteiro

Julho, 2012

**OBJECTIVO GERAL**

Sensibilizar a equipa de enfermagem do SUG do CHRM. EPE para a importância da avaliação e registístico das úlceras de pressão enquanto indicador de qualidade

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar o relatório de auditoria relativamente aos registos da avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão do SUG do CHRM. EPE relativos a 2010 e 1º semestre de 2012
- Dar a conhecer o Projecto de Intervenção em Serviço
- Transmitir conhecimentos sobre avaliação e registo sistemático das úlceras de pressão
- Apresentar as alterações efetuadas ao impresso de avaliação de risco de desenvolvimento de UP em vigor no SUG do CHRM. EPE

**ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Sofrimento de doentes e familiares

Prolongam tempo de internamento

Aumentam custos associados

(Ferreira et al., 2007)

**ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Indicador da qualidade dos Cuidados (OMS)

Monitorização e documentação

Medidas Preventivas eficazes

(Ferreira et al., 2007)

**ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Incidência :

- 9,7% Canadá
- 4,4% Japão
- 4,03% Reino Unido
- 6,3%-12,9% Portugal

(Ferreira et al., 2007)

**ÚLCERAS DE PRESSÃO**

EPE, aderiu ao Programa de Melhoria de Qualidade (2008)

Projeto Úlceras de Pressão

Procedimento Geral - "Úlceras de Pressão - avaliação do risco, registo e intervenção"

(PG-UP,AM) (2008)

**ÚLCERAS DE PRESSÃO**

**Procedimento Geral**

- Escala de Braden
- Condições da Pele
- Intervenções de Enfermagem


(PG-UP,AM) (2008)



- ## ÚLCERAS DE PRESSÃO
- Implementação inicial:**
- Medicina Interna e UFPGN
  - Ortopedia
  - Serviço de Urgência
  - Unidade de Cuidados intensivos

- ## ÚLCERAS DE PRESSÃO
- Projecto de Intervenção no Serviço (PIS)
  - Necessidade do serviço

## PROBLEMA



Déficé de sistematização na avaliação e registo do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, pela equipa de enfermagem do SUG,

## ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nº registos sistemáticos reduzidos

↓

3,3 % - 2010

(Avaliação do SUG, 2010)



## DADOS DO QUESTIONÁRIO

Tabela 1 - resposta à pergunta "Na possibilidade de realizar nova formação nesta área temática, classifique os seguintes itens relativamente à importância de ser abordados"

Prevenção de Úlceras de Pressão		
Nada importante	0	0%
Pouco importante	3	6%
Importante	6	13%
Muito importante	14	29%
Bastante importante	27	56%

Janeiro, 2012

## DADOS DO QUESTIONÁRIO

Tabela 2 - resposta à questão "Na possibilidade de realizar nova formação nesta área temática, classifique os seguintes itens relativamente à importância de ser abordados"

Avaliação de Úlceras de Pressão		
Nada importante	0	0%
Pouco importante	2	4%
Importante	7	14%
Muito importante	14	29%
Bastante importante	26	53%

Janeiro, 2012

## DADOS DO QUESTIONÁRIO

Tabela 3 - resposta à questão "Realiza uma avaliação do risco de úlceras de pressão, segundo a Escala de Braden, e condição da pele aos clientes?"

Nunca	0	0%
Raramente	12	25%
As vezes	31	65%
Muitas vezes	4	8%
Sempre	1	2%

Janeiro, 2012

## DADOS DO QUESTIONÁRIO

Tabela 4 - resposta à questão "É feita o registro da avaliação do risco de pressão, segundo a escala de Braden, e condições da pele aos clientes na folha de Avaliação de Risco?"

Nunca	0	0%
Raramente	15	31%
As vezes	27	56%
Muitas vezes	6	13%
Sempre	0	0%

Janeiro, 2012

## DADOS DAS AUDITÓRIAS

1º Semestre 2012 do SUG do CHBM, EPE

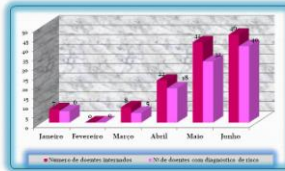


Gráfico 1- Dados relativos ao nº de doentes internados e doentes com diagnóstico de risco

## DADOS DAS AUDITÓRIAS

1º Semestre 2012 do SUG do CHBM, EPE

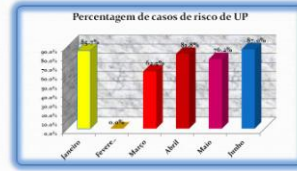


Gráfico 2- Percentagem de casos de risco de UP

## DADOS DAS AUDITÓRIAS

1º Semestre 2012 do SUG do CHBM, EPE

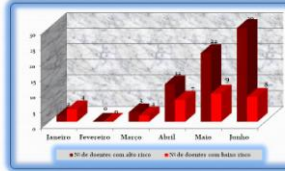


Gráfico 3- Doentes com diagnóstico de alto e baixo risco

## DADOS DAS AUDITÓRIAS

1º Semestre 2012 do SUG do CHBM, EPE

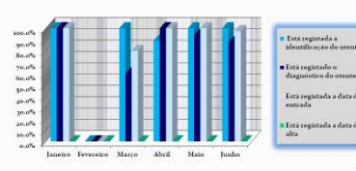


Gráfico 4- Dados relacionados com a avaliação do risco de UP

## DADOS DAS AUDITÓRIAS

1º Semestre 2012 do SUG do CHBM, EPE

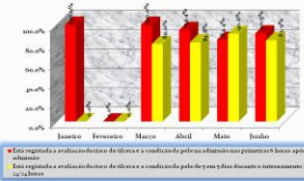


Gráfico 5- Dados relacionados com a avaliação do risco de UP

## DADOS DAS AUDITÓRIAS

1º Semestre 2012 do SUG do CHBM, EPE

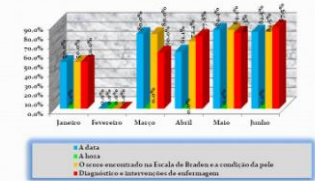


Gráfico 6- Dados relacionados com o registo para o risco de UP

## DADOS DAS AUDITORIAS

1º Semestre 2012 do SUG do CHBM, EPE

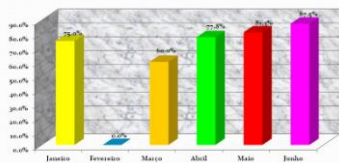


Gráfico 7: Taxa de conformidade nos registos

## INDICADORES DE QUALIDADE DO SU

- Taxa de conformidade de registos

- Percentagem de casos de risco de UP -2012

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com diagnóstico de enf. de risco de UP}}{\text{Total de utentes internados no período a quem foi aplicado a escala de risco}} \times 100$

## ÚLCERAS DE PRESSÃO

O QUE SE PRETENDE?

- Avaliação do risco de desenvolvimento de UP aos doentes na UIPA (8 camas) e SO (7 camas)
- A primeira avaliação deverá ser nas primeiras 6h
- Avaliação de 24h/24h, e sempre que se verifique alterações no estado do doente
- Que a avaliação diária seja preferencialmente de manhã

## PROPOSTA DE ALTERAÇÃO

## ESCALA DE BRADEN

- Foi elaborada em 1987, por Barbara Braden e Nancy Bergstrom
- EPUAP recomenda a utilização da Escala de Braden como sendo aquela que apresenta maior fiabilidade, viabilidade, aceitabilidade, segurança, simplicidade e menor custo
- A nível nacional esta escala foi validada em 2001, pelo Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) (Ferreira et al., 2007)
- Recomendada pela DGS (orientação n.º 017/2011)

## ESCALA DE BRADEN

É composta por seis dimensões:

- percepção sensorial,
- humidade,
- atividade,
- mobilidade,
- nutrição,
- fricção e forças de deslizamento

(Ferreira et al., 2007)

## ESCALA DE BRADEN

- Seis subescalas ponderadas de 1 a 4 com exceção à subescala fricção e forças de deslizamento que se encontra pontuada de 1 a 3
- A pontuação total pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco), trata-se de uma **escala negativa**

(Ferreira et al., 2007)

## ESCALA DE BRADEN



(Ferreira et al., 2007)

## ESCALA DE BRADEN

- Recomenda-se que cada uma das sub escalas seja analisada individualmente, com a finalidade de implementar medidas preventivas para cada uma
- Juntamente com esta escala é aconselhada a avaliação e o registo do estado da pele e da sua integridade

(Ferreira et al., 2007)

## ÚLCERA DE PRESSÃO

“Lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.”

(EPUAP, 2009, p.7)

## ETIOPATOLOGIA

### Fatores intrínsecos:

- idade,
- insuficiência vasomotora e pressão arterial baixa,
- limitação da mobilidade,
- diabetes,
- desnutrição/ desidratação,
- vasoconstrição periférica e alterações endoteliais,
- condição física

(Ferreira et al., 2007)

## ETIOPATOLOGIA

### Fatores extrínsecos:

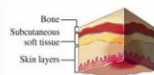
- pressão,
- fricção,
- forças de deslizamento,
- superfícies de apoio,
- humidade,
- medicação

(Ferreira et al., 2007)

## CLASSIFICAÇÃO

### • Categoria I: Eritema não branqueável

Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. (EPUAP, 2009)



Fonte: <http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1952012/>

## CLASSIFICAÇÃO

### • Categoria II: Perda parcial da espessura da pele

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. (EPUAP, 2009)

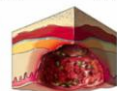


Fonte: <http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1952012/>

## CLASSIFICAÇÃO

### • Categoria III: Perda total da espessura da pele

Perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. (EPUAP, 2009)

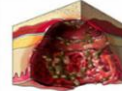


Fonte: <http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1952012/>

## CLASSIFICAÇÃO

### • Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. (EPUAP, 2009)



Fonte: <http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1952012/>

## PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Presentemente, considera-se que a maioria, das úlceras por pressão são evitáveis, através de cuidados e utilização de dispositivos adequados, pelo que é importante desenvolver estratégias de educação e prevenção.

(Matison, 2004)

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

- Escalas de avaliação de risco
- Cuidados com a pele e tratamento precoce
- Avaliação nutricional
- Educação do cliente e cuidador informal

(Matison, 2004)

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

### ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

- Aumentar a atenção aos fatores de risco;
- Fornecem um padrão mínimo de avaliação de risco;
- Fornecem um motivo para a avaliação de risco;
- Melhoram os registos;
- Fornecem uma base de trabalho para a prestação de cuidados;
- Fornecem um indicador bruto de risco

(Margouh e Nixon, 2004)

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

### CUIDADOS COM A PELE E TRATAMENTO PRECOCE

É essencial promover uma higiene cuidada que permita manter a pele limpa, seca, hidratada e protegida

(Brazowski e Ayello, 2004)

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

### CUIDADOS COM A PELE E TRATAMENTO PRECOCE

- Examinar diariamente o estado da pele
- Manter a pele limpa e seca
- Lavar a pele com água morna e sabão com pH equilibrado (5,5)
- Limpar a pele sem fricção
- Utilizar emolientes para hidratar a pele
- Não massajar proeminências ósseas
- Utilização de produtos de proteção da pele de forças externas

(Bahr, 2006)

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

### CUIDADOS COM A PELE E TRATAMENTO PRECOCE

#### PARA ALÍVIO DA PRESSÃO

- Posicionamento e alternância de decúbitos, com frequência variável, de acordo com as situações (pelo menos de 2h/2h)
- Manter o alinhamento corporal, a distribuição do peso e o equilíbrio do doente
- Decúbitos laterais de 30° (diminui pressão sobre o trocanter)
- Cabeceira da cama inferior a 30° (diminui a tração da área sacrococcigea)

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

### CUIDADOS COM A PELE E TRATAMENTO PRECOCE

#### PARA ALÍVIO DA PRESSÃO

- Uso de almofadas ou cunhas em espuma - superfícies ósseas
- Usar dispositivos de transferência, evitando arrastar o doente
- Uso de almofadas- elevação dos calcâneos
- Utilização de superfícies de controlo de pressão

(EPU/AP, 2006)

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

### AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

- Desnutrição
- Alimentação adequada
- Suplementos nutricionais
- Outra vias

(EPU/AP, 2006)

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

### EDUCAÇÃO CLIENTE E DO CUIDADOR INFORMAL

- parte integrante na prevenção e tratamento das UP
- garantir a continuidade dos cuidados de prevenção
- avaliar os conhecimentos destes sobre UP

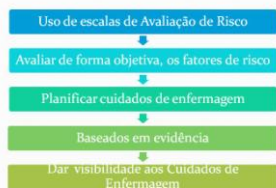
## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

### EDUCAÇÃO CLIENTE E DO CUIDADOR INFORMAL

- Ensinar, instruir e treinar sobre:
  - avaliação e cuidados com a pele
  - posicionamentos e mobilização
  - nutrição
  - superfícies especiais de controlo da pressão

(Morrison, 2004)

## SÍNTESE



## BIBLIOGRAFIA

- AYELLO, et al. (2006)- *O essencial sobre o tratamento de feridas. Princípios práticos*. Loures: Lusodidacta. P.279-314
- BALE, S. et al (2006).Skin care. In Romanelli, Marco.Ed. *Science and pratique of pressure ulcer management*. P. 75-84.London: Springer
- DGS, Orientação n.º 17/2011 de 19 de Maio 2011 da Direcção Geral de Saúde – Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q);

## BIBLIOGRAFIA

- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
- FERREIRA, et al. *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – implementação nacional da escala de Braden*.Lusociência. Loures.2007. ISBN:978-972-8930-37-0;

## BIBLIOGRAFIA

- MORISON, Moya J. (2004)- *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Lusociência. Loures. ISBN:972-8383-68-1;
- NIXON, Jane; MCGOUGH, Amanda – Princípios de avaliação do paciente: rastreio das úlceras e risco potencial. IN: MORISON, Moya – *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-68-1. P.59-80

## BIBLIOGRAFIA

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Edição OE; Dezembro 2001
- Procedimento Geral do EPE: *úlceras de pressão – avaliação do risco, registo e Intervenção*. 2008



# **APÊNDICE XI**

## **PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE ÚLCERAS DE PRESSÃO**



## ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

### PLANO DE SESSÃO

<b>Curso</b>	1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
<b>Módulo</b>	Estágio III
<b>Tema da Sessão</b>	Úlceras de pressão – Papel do enfermeiro no Serviço de Urgência
<b>Professora Orientadora</b>	Elsa Monteiro
<b>Enfermeira Orientador</b>	Teresa Lourenço
<b>Formadora</b>	Mónica Veríssimo
<b>População Alvo</b>	Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHMST, EPE

<b>Data</b>	<b>3 de Julho 2012</b>
<b>Local</b>	<b>Sala do Serviço de Urgência Geral</b>
<b>Duração</b>	<b>1 hora e 15 minutos</b>

<b>Objetivo Geral</b>	Sensibilizar a equipa de enfermagem do SUG do CHMST, EPE para a importância da avaliação e registo sistemático do risco de desenvolvimento das úlceras de pressão enquanto indicador de qualidade
<b>Objetivos Específicos</b>	<p>1) Apresentar dos dados obtidos da auditoria relativamente aos registos da avaliação das úlceras de pressão do SU do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE relativos a 2010e 2012</p> <p>2) Dar a conhecer o Projecto de Intervenção em Serviço</p> <p>3) Transmitir conhecimentos sobre avaliação e registo sistemático das úlceras de pressão</p>

<b>Etapas</b>	<b>Atividades Didáticas</b>	<b>Métodos e Técnicas Pedagógicas</b>	<b>Equipamentos Didáticos</b>	<b>Tempo (min)</b>
Introdução	Apresentação da Sessão	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
	Objetivos	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
Desenvolvimento	Implicação das UP para os doentes e sistema de saúde	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	2 min
	Apresentação do Projecto UP no CHBM, EPE e do Procedimento Geral “Úlceras de Pressão – avaliação do risco, registo e intervenção”	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	10 min

	Dar a conhecer o Projeto de Intervenção em Serviço e apresentação de dados obtidos das auditorias em 2010 e 2012	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Divulgação dos dados do questionário	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Apresentação de como efetuar a avaliação do risco de desenvolvimento de UP no SUG	Expositivo e Participativo	Portátil Power Point Data Show	10 min
	Apresentação da Escala de Braden	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Definição de UP; Etiopatologia e Classificação	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Importância da Prevenção de UP	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	2 min
	Estratégias de Prevenção	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	3 min
	Desenvolvimento das Estratégias de Prevenção	Expositivo e Participativo	Portátil Power Point Data Show	12 min
Conclusão	Síntese dos aspetos mais significativos  Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e Participativo	Portátil Power Point Data Show	10min

<b>Etapas</b>	<b>Atividades Didáticas</b>	<b>Métodos e Técnicas Pedagógicas</b>	<b>Equipamentos Didáticos</b>	<b>Tempo (min)</b>
Avaliação da Sessão	Distribuição Folha Avaliação da Sessão	-	Folhas de Avaliação	30 s
	Preenchimento Folhas Avaliação da Sessão	Escala de Likert	Folhas de Avaliação Esferográficas	3 min
	Recolha das Folhas de Avaliação da sessão	-	-	30 s

# **APÊNDICE XII**

## **DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE ÚLCERAS DE PRESSÃO**







# **APÊNDICE XIII**

## **PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DA FOLHA DE AUDITORIA INTERNA**



	PROCEDIMENTO GERAL ADAPTADO AO SERVIÇO DE URGENCIA DO CHMST, EPE
	Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão, Registo, Intervenção e Monitorização

## Instrumento de Auditoria aos Registos

Sete de _____	Auditoria de _____	Enfermeiro Auditor _____	Processo n.º _____	UTPA	SO
Data ____/____/____					

Cod.	Crítérios	Sim	Não	Não aplicável
	NA FOLHA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO:			
1	Está registado a identificação do doente (etiqueta de identificação do doente)			
2	Está registado o diagnóstico do doente			
3	Está registada a data de entrada			
4	Está registada a data de alta			
5	Está registada a avaliação do risco de úlcera e a condição da pele na admissão nas primeiras 6 horas após a admissão			
6	Está registada a avaliação do risco de úlcera e a condição da pele de 48 em 48 horas durante o <u>internamento e unidades de cuidados continuados e paliativos</u>			
7	Está registada a avaliação do risco de úlcera e a condição da pele de 24 em 24 horas nos <u>serviços de urgência e cuidados intensivos</u>			
8	Está registada a avaliação do risco de úlcera sempre que se verifiquem alterações do estado geral do doente			
9	Está registada a avaliação do risco de úlcera e a condição da pele no momento da alta			
	O REGISTO PARA O RISCO DE ÚLCERA MENCIONA:			
10	A Data			
11	A Hora			
12	O score encontrado na escala de Braden e a condição da pele			
13	Diagnósticos e intervenções de enfermagem			
OBSERVAÇÕES				

14	Diagnóstico de <u>alto</u> risco de úlcera		18	Desenvolveu úlcera durante o internamento	
15	Diagnóstico de <u>baixo</u> risco de úlcera		19	Diagnóstico de <u>alto</u> risco <u>passou</u> a <u>baixo</u> risco	
16	Com úlcera à entrada		20	Diagnóstico de <u>baixo</u> risco <u>passou</u> a <u>alto</u> risco	
17	Sem úlcera à entrada				



# **APÊNDICE XIV**

## **RELATÓRIO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE**



	<b>RELATÓRIO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>2012</b>
	<b>Título do projeto: A avaliação e prevenção do risco de Úlceras de pressão- papel do enfermeiro do SU</b>	

**Serviço:** Urgência Geral

**Enfº Chefe/Coordenador** \_\_\_\_\_

**Data**

/ 07 / 2012

### **Fundamentação**

As úlceras por pressão são um problema de saúde que afeta muitos doentes, principalmente pessoas com pouca mobilidade, alterações do estado de consciência, idade avançada, deficiências nutricionais e outras patologias associadas (Morison, 2004), constituindo assim uma importante preocupação pois, comportam custos consideráveis no consumo de recursos económicos e humanos em cuidados de saúde, além de trazerem um enorme sofrimento para os doentes e seus familiares, quer a nível físico quer psicológico.

A prevenção de úlceras de pressão melhora a qualidade de vida dos doentes e seus familiares, reduz o sofrimento e os custos são menores quando comparados com o seu tratamento. (Gouveia e Miguéns, 2009)

Não obstante a esta problemática, de acordo com a orientação nº 17/2011 de 19 de Maio da Direção Geral de Saúde, as úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, pelo que a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento, tendo como recomendação para os serviços de urgência a sua avaliação diária.

Inserido no programa de melhoria contínua da qualidade, em 2006, no CHMST, EPE, foi criado um grupo de trabalho (Projecto Úlceras de Pressão) que implementou, em 2008, um procedimento geral denominado “úlceras de pressão – avaliação do risco, registo e intervenção”, baseada na Escala de Braden e na avaliação das condições da pele, de modo a uniformizar critérios de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e respetivos suportes documentais, e definir qual o conjunto de intervenções necessárias para prevenir o seu desenvolvimento. A Escala

de Braden foi desenvolvida por Barbara Braden e Nancy Bergstrom em 1987 nos Estados Unidos.

A EPUAP recomenda a utilização da Escala de Braden como sendo aquela que apresenta maior fiabilidade, viabilidade, aceitabilidade, segurança, simplicidade e menor custo.

É composta por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas elas para o desenvolvimento de úlceras de pressão, pelo que nenhuma destas dimensões deve ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra.

As seis subescalas estão ponderadas de 1 a 4 com exceção à subescala fricção e forças de deslizamento que se encontra pontuada de 1 a 3, sendo cada uma delas operacionalizada por critérios predefinidos. A pontuação total pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco), trata-se de uma escala negativa, porque quanto menor for a pontuação maior será o comprometimento apresentado e, por conseguinte, maior será o risco para desenvolver uma úlcera de pressão.

É considerado de alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, todo o indivíduo que apresente uma pontuação total inferior ou igual a 16; com uma pontuação total de superior ou igual a 17, serão considerados como indivíduos em baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Conforme o Procedimento Geral da Avaliação do Risco para o Desenvolvimento de Úlceras de Pressão (CHMST, EPE, 2008), a avaliação e registo do risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão é efetuada através da avaliação da Escala de Braden e Avaliação da Pele, nos seguintes momentos:

1. No ato da admissão no serviço de urgência, e senão for efetuado, deve ser realizado pelo serviço que o recebe;
2. Sempre que se verificarem alterações no estado geral do doente;
3. Ao quinto dia de internamento;
4. Após o quinto dia, de 5 em 5 dias durante todo o internamento;
5. No momento da alta

A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão deverá ser realizada a doentes que apresentam um dos seguintes critérios:

- Restrição da mobilidade/atividade;
- Idade igual ou superior a 75 anos;
- Exposição da pele à humidade;
- Restrição nutricional;
- Limitação da perceção.

No entanto, no serviço de urgência geral os enfermeiros não efetuam os registos de avaliação do risco de úlceras de pressão de forma sistemática. Em 2010, o número de registo efetuado foi reduzido (cerca de 3,3% de acordo com a estimativa realizada e fornecida pela enfermeira coordenadora do serviço de urgência). Contudo, verificou-se que os registos, quando realizados, são completos e em conformidade com o definido nas orientações do procedimento geral (94,46%, segundo as auditorias internas, onde é avaliada a conformidade dos registos). No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem onde se avaliaram alguns dos motivos que contribuíam para reduzida avaliação. Dos resultados apurados verificou-se que mais de 90% enfermeiros do SUG consideraram de importante a bastante importante a realização de ações de formação sobre avaliação e prevenção de úlceras de pressão.

Perante estes factos e de modo a promover a excelência dos cuidados de enfermagem prestados no SUG e simultaneamente contribuir para uma redução de custos consideramos ser muito pertinente a introdução deste projeto no nosso serviço.

### **Objetivos**

Objetivo geral:

Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes com risco de desenvolvimento de úlceras ou com presença de úlceras de pressão, no SUG

Objetivo específico:

Melhorar o número de registos efetuados sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

### **Indicadores**

Taxa de conformidade dos registos - 76,32 %

Percentagem de casos com diagnóstico de risco de úlceras de pressão - 78,64%

**Fórmula**

Percentagem de casos com diagnóstico de risco de UP

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com diagnóstico de enf.}^{\text{em}} \text{ de risco de UP}}{\text{Total de utentes internados no período a quem foi aplicado}} \times 100$$

Total de utentes internados no período a quem foi aplicado

a escala de risco

**Instrumentos de monitorização**

Análise dos registos efetuados pelos enfermeiros

Elaboração de um instrumento de trabalho para se tratar os dados obtidos

Alteração folha de auditoria interna

**Resultados Obtidos**

<b>Atividades e datas</b>	<b>Resultados</b>
Reuniões com o grupo nos dias 16-03-12 04-04-12 05-06-12 11-06-12 27-06-12	Com a realização das reuniões foi possível definir estratégias e reestruturar o documento de auditoria do procedimento geral de modo ser possível de modo a ser possível a obtenção de novos dados que poderão contribuir para definição de novos indicadores.  Foi definido um novo indicador de qualidade para este ano (taxa de diagnóstico de risco de UP).
Elaboração instrumento de trabalho (folha em Excel)	Realizadas auditorias mensais ficando

<p>para tratamento de dados</p> <p>Elaboração de auditorias mensais relacionadas com a conformidade e sistematização dos registos efetuados pelos enfermeiros do SUG do Procedimento Geral da Avaliação do Risco de Desenvolvimento de UP</p> <p>Realização de ação de formação à equipa de enfermagem relativamente a medidas de avaliação e prevenção de UP, apresentação do Projeto de Intervenção no Serviço (no âmbito do mestrado), divulgar as auditorias realizadas no 1º semestre de 2012</p>	<p>um elemento do grupo responsável por cada semana para realizar auditorias, de modo a obter uma amostra maior</p> <p>Realizada a 3 de Julho de 2012</p>
--	---

**Melhorias a Introduzir**

Replicar a sessão de formação realizada no final do mês de Julho e ao longo do ano;

Divulgar semestralmente o resultado das auditorias realizadas;

Definir outro indicador de qualidade para o ano



# **APÊNDICE XV**

## **CRONOGRAMA FINAL DO PIS**





	Elaboração do plano da ação									6	
	Realização da ação de formação										3
	Avaliação da ação de formação										3
Atualizar /reformular a folha de auditoria interna do SUG	Pesquisa bibliográfica sobre auditorias										
	Atualização da folha de auditorias de avaliação interna do SUG						9-14				
	Reunião com a enfermeira coordenadora do SUG, enfermeira orientadora, enfermeira co-orientadora e grupo de trabalho das úlceras de pressão a fim de apresentar as alterações propostas à folha de auditoria						16	4			
	Proceder às alterações sugeridas, se necessário							12-15			





# **APÊNDICE XVI**

## **PLANEAMENTO DO PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS**



**K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	UNIDADES DE COMPETÊNCIAS
<p>Formar/treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão e aplicação da Escala de Braden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pesquisa de bibliografia atualizada sobre o tema;</li> <li>- Elaboração de dossier temático sobre úlceras de pressão;</li> <li>- Elaboração de slides;</li> <li>- Discussão dos slides com as Enfermeiras orientadora e co-orientadora e grupo de trabalho sobre úlceras de pressão;</li> <li>-Proceder às alterações, se necessário;</li> <li>- Marcação da data de sessão de formação;</li> <li>- Elaboração do plano da sessão;</li> <li>-Divulgação da ação de formação;</li> <li>- Realização da ação de formação;</li> <li>- Avaliação da ação de formação</li> </ul>	<p>Dossier temático sobre a temática úlceras de pressão</p> <p>Conjunto de slides</p> <p>Plano da sessão</p> <p>Cartaz de divulgação da ação de formação</p>	<p>K1.2</p>
<p>Atualizar/reformular a folha de auditoria interna do SUG</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pesquisa bibliográfica sobre auditorias;</li> <li>- Atualização da folha de auditorias de avaliação interna do SUG;</li> <li>- Reunião com a enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência Geral, Enfermeira Orientadora e grupo de trabalho das úlceras de pressão a fim de apresentar as alterações propostas à folha de auditoria;</li> <li>- Proceder às alterações sugeridas, se necessário;</li> <li>-Submeter a aprovação da nova folha de auditoria interna à enfermeira coordenadora do SUG;</li> <li>- Redigir relatório semestral do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;</li> <li>- Divulgação à equipa de enfermagem das auditorias realizadas</li> </ul>	<p>Relatório semestral do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;</p> <p>Folha de auditorias de avaliação interna do SUG;</p> <p>Divulgação das auditorias à equipa de enfermagem</p>	<p>K1.2</p>

**K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	UNIDADES DE COMPETÊNCIAS
Realizar dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre produtos tóxicos existentes no SUG, EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema;</li> <li>- Realização estágio no Gabinete de Gestão de Risco do Centro Hospitalar MST, EPE;</li> <li>- Realização de dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre produtos tóxicos existentes no SU;</li> <li>- Apresentação e discussão das fichas técnicas de segurança com a enfermeira coordenadora do SUG e com o enfermeiro responsável pelo Gabinete de Gestão de Risco do CHMST, EPE;</li> <li>- Realização das alterações propostas, se necessário;</li> <li>- Divulgação do dossier temático com as fichas técnicas de segurança, através de uma pasta partilhada no computador na sala de reuniões da equipa de enfermagem</li> </ul>	<p>Relatório de estágio;</p> <p>Dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre produtos tóxicos existentes no SUG, EPE</p>	<p>K2.1</p> <p>K2.2</p> <p>K2.3</p>
Elaboração de grelha de auditoria sobre o adequado acondicionamento de produtos tóxicos existentes no SUG, EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema;</li> <li>- Realização estágio no Gabinete de Gestão de Risco do Centro Hospitalar MST, EPE;</li> <li>- Elaboração de grelha de auditoria sobre o adequado acondicionamento de produtos tóxicos existentes no SU;</li> <li>- Apresentação e discussão da grelha de auditoria com a enfermeira coordenadora do SUG e com o enfermeiro responsável pelo Gabinete de Gestão de Risco do CHMST, EPE;</li> <li>- Realização das alterações propostas, se necessário;</li> <li>- Divulgação da grelha de auditoria à equipa de enfermagem</li> </ul>	<p>Relatório de estágio;</p> <p>Grelha de auditoria</p>	<p>K2.1</p> <p>K2.2</p> <p>K2.3</p>

**K3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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.**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	UNIDADES DE COMPETÊNCIAS
<p>Atualizar o procedimento setorial sobre a drenagem torácica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre o tema;</li> <li>- Realização de estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Centro Hospitalar MST, EPE;</li> <li>- Atualização do procedimento setorial sobre a drenagem torácica;</li> <li>- Apresentação e discussão do procedimento setorial com a enfermeira da CCIH, enfermeira orientadora e enfermeira coordenadora do SUG, EPE;</li> <li>- Proceder às alterações sugeridas, se necessário;</li> <li>- Apresentação do procedimento setorial à equipa de enfermagem, através de uma reunião com os chefes de equipa de enfermagem, que posteriormente transmitiram a informação aos restantes elementos</li> </ul>	<p>Relatório de estágio;</p> <p>Procedimento setorial</p>	<p>K3.1 K3.2</p>
<p>Formar as assistentes operacionais relativamente à lavagem e desinfeção do balão ressuscitador (tipo ambu)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, descontaminação de materiais, lavagem e desinfeção do balão ressuscitador;</li> <li>- Realização estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Centro Hospitalar MST;</li> <li>- Elaboração de slides;</li> <li>- Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e co-orientadora;</li> <li>- Procede às alterações propostas, se necessário;</li> <li>- Marcação da sessão de formação;</li> <li>- Elaboração de um plano de sessão;</li> <li>- Divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros;</li> <li>- Realização da formação;</li> <li>- Avaliação da formação</li> </ul>	<p>Relatório de estágio;</p> <p>Conjunto de slides;</p> <p>Cartaz de divulgação da ação de formação;</p> <p>Plano de sessão</p>	<p>K3.1 K3.2</p>



# **APÊNDICE XVII**

## **CRONOGRAMA INICIAL DO PAC**



### CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>	<b>OUTUBRO</b>	<b>NOVEMBRO</b>	<b>DEZEMBRO</b>	<b>JANEIRO</b>	<b>FEVEREIRO</b>	<b>MARÇO</b>	<b>ABRIL</b>	<b>MAIO</b>	<b>JUNHO</b>	<b>JULHO</b>
Realizar dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre produtos tóxicos existentes no SUG	Realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema										
	Realização estágio no Gabinete de Gestão de Risco do Centro Hospitalar MST, EPE										
	Realização de dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre produtos tóxicos existentes no SU										

	<p>Apresentação e discussão das fichas técnicas de segurança com a enfermeira coordenadora do SUG e com o enfermeiro responsável pelo Gabinete de Gestão de Risco do CHMST, EPE</p>										
	<p>Realização das alterações propostas, se necessário</p>										
	<p>Divulgação do dossier temático com as fichas técnicas de segurança, através de uma pasta partilhada no computador na sala de reuniões da equipa de enfermagem</p>										









# **APÊNDICE XVIII**

## **ARTIGO CIENTÍFICO**



# Avaliação e Prevenção do risco de úlceras de pressão – Papel do enfermeiro no SUG

Elsa Monteiro<sup>1</sup>, Mónica Veríssimo<sup>2</sup>, Teresa Lourenço<sup>3</sup>

1 Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

2 Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

3 Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## RESUMO

O desenvolvimento de úlceras de pressão revela-se um grave problema para a enfermagem, pois, é frequentemente associado a deficientes cuidados de enfermagem, assim, investir na prevenção torna-se um desafio pertinente para a profissão e para a equipa multidisciplinar, na medida que possibilita reduzir os custos com recursos humanos e materiais necessários para a difícil cicatrização destas lesões, reduzindo, principalmente a dor, desconforto e melhorando a qualidade de vida do doente e sua família.

Nesta linha de ação, desenvolvemos um PIS de acordo com a metodologia de projeto.

O PIS teve por título “Avaliação e Prevenção do risco de Úlceras de Pressão – Papel do enfermeiro no Serviço de Urgência”, visto que durante o nosso exercício profissional no serviço de urgência geral, do CHMST, EPE, constava-se que nem todos os enfermeiros procediam à avaliação/registo do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, e nós pretendíamos conhecer quais os motivos que os levavam a adotarem esse comportamento.

**Palavras-chave:** Úlceras de pressão; avaliação das úlceras de pressão; registo de úlceras de pressão

**Keywords:** pressure ulcers; assessment of pressure ulcers; registration of pressure ulcers

## ABSTRACT

The development of pressure ulcers is a serious problem for nursing, therefore, is often associated with poor nursing care, thus, invest in prevention becomes a challenge relevant to the profession and to the multidisciplinary team, to the extent that enables lower costs with human and material resources needed for hard to heal these injuries, reducing, mainly pain, discomfort and improving the quality of life of the client and his family.

In this line of action, develop a PIS according to the design methodology.

The PIS had by title "risk assessment and Prevention of pressure ulcers – role of the nurse in the ER", since during our professional practice in the ER General, CHMST, EPE, was that not all nurses were the assessment/registration of the risk of developing pressure ulcers, and we wanted to know what are the reasons that led to adopt this behavior.

## INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão são um problema de saúde que afeta muitos doentes, principalmente pessoas com pouca mobilidade, alterações do estado de consciência, idade avançada, deficiências nutricionais e outras patologias associadas (Morison, 2004), constituindo assim uma importante preocupação pois, comportam custos consideráveis no consumo de recursos económicos e humanos em cuidados de saúde, além de trazerem um enorme sofrimento para os clientes e seus familiares, quer a nível físico quer psicológico.

Também Jorge, S. et al (2003, p.288) referem que “ *conhecer e entender o que são as úlceras de pressão, suas causas e os fatores de risco permite, não só ao enfermeiro como a toda a equipa envolvida, implementar ações efetivas de prevenção e tratamento.*”

Nesta linha de ação, desenvolvemos um PIS de acordo com a metodologia de projeto que segundo Ferrito, et al (2010; p.2) consiste *”num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”* e que *“através da pesquisa realizada, da análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.”*

O PIS teve por título “Avaliação e Prevenção do risco de Úlceras de Pressão – Papel do enfermeiro no Serviço de Urgência”, visto que durante o nosso exercício profissional no serviço de urgência geral, do CHMST, EPE, constava-se que nem todos os enfermeiros procediam à avaliação/registo do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, e nós pretendíamos conhecer quais os motivos que os levavam a adotarem esse comportamento.

Conhecidos os motivos que levavam os enfermeiros a tomarem tais atitudes, desenvolvemos uma série de atividades no sentido de implementar boas práticas de enfermagem no serviço acima citado.

Desta forma, com este artigo de acordo com as etapas de metodologia de projeto iremos explicar a forma como este foi desenvolvido.

## **ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

De acordo com Afonso et al (2006, p. 91) *“ as úlceras de pressão constituem um grave problema de saúde que afeta o indivíduo em todos os aspetos físicos, psíquicos e sócio-familiares.”*

Podem ser várias as causas das úlceras de pressão e compreendem fatores de natureza intrínseca e extrínseca. Nos fatores intrínsecos incluem-se a idade, insuficiência vasomotora e pressão arterial baixa, limitação da mobilidade, Diabetes, desnutrição/ desidratação, vasoconstrição periférica e alterações endoteliais, condição física. Relativamente aos fatores extrínsecos, estes são a pressão, fricção, forças de deslizamento, superfícies de apoio, humidade, medicação (Ferreira et al, 2007, p.28).

Também Furtado (2003) refere que é de extrema importância compreender a epidemiologia, prevalência, distribuição e o conjunto de

fatores que controlam a presença de úlceras de pressão. Este conhecimento será determinante no desenvolvimento de estratégias de prevenção. A ausência de uma abordagem holística pode ser também considerada como uma preocupação grave com implicações significativas na qualidade dos cuidados prestados como a nível dos custos.

Num serviço de urgência, devido à sua situação de doença, a pessoa encontra-se muitas vezes dependente, parcial ou totalmente, dos cuidados dos profissionais de saúde, sendo a mobilização no leito referida como uma dessas dependências. Conscientes de que os posicionamentos, a alternância de decúbitos, os cuidados com a pele, sua hidratação, limpeza e vigilância são de extrema importância e que são atividades autónomas de enfermagem, muitas vezes são realizados em número inferior ao desejável, podendo contribuir para o desenvolvimento de úlceras de pressão a curto e médio prazo.

A prevenção de úlceras de pressão melhora a qualidade de vida dos clientes e seus familiares, reduz o sofrimento e os custos são menores quando comparados com o seu tratamento (Gouveia e Miguéns, 2009).

Não obstante a esta problemática de acordo com a orientação nº 17/2011 de 19 de Maio da Direção Geral De Saúde, as úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, pelo que a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento, tendo como recomendação para os serviços de urgência a sua avaliação diária.

A utilização de Escalas de Avaliação do Grau do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão e sistemas de classificação de úlceras de pressão pelos profissionais de enfermagem, constituem ferramentas práticas e fáceis de usar, tornando-se num valioso instrumento de trabalho porque permitem que através da colheita de dados, interpretação dos mesmos se implemente intervenções mais adequadas, assentes em estudos realizados e baseados em evidência. Possibilitam uma avaliação ponderada e mensurável que permite a uniformização da avaliação entre a equipa multidisciplinar (Furtado et al, 2008).

A elaboração de *Guidelines* é direcionada aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados aos doentes e pessoas vulneráveis, que estão em risco de desenvolver úlceras de pressão e que se encontram quer em ambiente hospitalar, quer em cuidados continuados, em lares ou em outro lugar, independentemente do seu diagnóstico ou necessidades de cuidados de saúde. Nas *Guidelines* emanadas pela EPUAP (2009) são apresentadas linhas de orientação baseadas na evidência (escala de força da evidência a,b e c), relativos a avaliação do risco, avaliação da pele, nutrição, reposicionamento, superfícies de apoio, superfícies de apoio.

## **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Através da metodologia de projeto, pretendíamos dar resposta à problemática identificada que se relacionava com o facto de que nem todos os enfermeiros procediam à avaliação/registo do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Considerou-se pertinente a utilização de duas ferramentas de diagnóstico: um questionário e uma análise SWOT.

Relativamente ao questionário, este foi aplicado após autorização da S.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Coordenadora do SUG, do CHMST, EPE, salvaguardando todas as questões éticas inerentes a uma investigação tendo cada enfermeiro assinado um consentimento informado. Este foi aplicado no período de 12 a 14 de Janeiro de 2012, com o objetivo de auscultar a equipa de enfermagem relativamente a esta temática.

Inicialmente realizou-se o pré-teste, aplicando o questionário a 5 enfermeiros que concordaram cooperar. Após o preenchimento do pré-teste foi necessário excluir duas perguntas visto numa não ter sido obtida qualquer resposta por parte dos 5 enfermeiros e noutra por considerarem que estava muito semelhante a outra questão colocada. Houve necessidade de reformular outra questão no sentido em que os inquiridos consideraram a questão ambígua pelo que poderia condicionar a resposta. A versão definitiva do questionário foi posteriormente aplicada a 4 enfermeiros não se tendo verificado quaisquer dúvidas relacionadas com as questões apresentadas, tendo sido posteriormente aplicada à restante equipa.

O questionário era constituído por três partes; a primeira parte pretendia caracterizar uma equipa de enfermagem, a segunda conhecer os níveis de formação da equipa de enfermagem relativamente à temática e a última parte pretendia auscultar a opinião dos enfermeiros relativamente ao procedimento geral em vigor no serviço, sendo composto por dezasseis perguntas fechadas.

A população de enfermeiros considerados para o presente estudo era constituída por 61 enfermeiros, tendo ficado excluída do estudo a Enfermeira Coordenadora do serviço, por realizar funções na área da gestão e a responsável pelo estudo.

Inicialmente a amostra inicial correspondia à população dos enfermeiros do Serviço de Urgência, entretanto, somente 48 enfermeiros responderam ao questionário. As limitações encontradas, para não se obter a totalidade da amostra, prendem-se com a não entrega de oito questionários e a ausência de três enfermeiros por atestado e/ou férias.

Recolhidos os dados procedeu-se ao tratamento dos dados através do programa informático Microsoft Office Excel 2007.

Realizou-se também uma análise SWOT no sentido de contribuir para a análise da situação diagnosticada.

De acordo com os dados obtidos constatou-se que quando questionados se já tinham frequentado alguma formação no âmbito das úlceras de pressão, 71% dos enfermeiros responderam que sim e os restantes que não. Dos que responderam sim, 31% respondeu que foi há mais de 5 anos, outros 31% há 3 anos, 20% há 2 anos e apenas 14% há menos de um ano.

Quando questionados sobre a possibilidade de realizarem nova formação sobre a prevenção de úlceras de pressão, 56% consideram bastante importante e 25% como muito importante.

No que se relaciona com a possibilidade de realização de nova formação referente à avaliação de úlceras de pressão também foi referido pela maioria que era bastante importante (53%) e 29% consideraram muito importante a realização de formação nesta área.

De acordo com os dados obtidos todos os enfermeiros sabem que o Procedimento Geral se encontra

disponível para consulta e 98% conhece o procedimento propriamente dito.

Relativamente à questão “realiza uma avaliação do risco de úlceras de pressão, segundo a escala de Braden, e condição da pele aos clientes,” dos dados obtidos 65% dos enfermeiros referiram às vezes e 25% raramente, tendo apenas sido referido por 2% que realizavam a avaliação sempre.

Dos fatores que contribuem para a não avaliação de risco das úlceras de pressão tem que ver sobretudo com a sobrecarga de trabalho, em que era apontada por 73% dos enfermeiros como bastante importante, tendo a desmotivação, sido referida por 29% como muito importante e 27% como importante.

Quando questionados se não realizam a avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque não valorizam a avaliação de risco das úlceras de pressão, podemos inferir que só 8% dos inquiridos é que não valorizam a avaliação.

Ainda relativamente à questão quais os fatores que podem contribuir para a não avaliação sistemática da folha, pelos resultados obtidos podemos inferir que só 4% é que aponta a falta de

formação como uma das razões bastante importante para não avaliar o risco de úlceras de pressão, tendo 18% referido como muito importante e 31% como importante.

Relativamente à dificuldade em aplicar a escala de Braden é considerada por 10% como bastante importante, para 13% como muito importante, 29% como importante para a não avaliação do risco de úlceras de pressão, pelos enfermeiros inquiridos.

Observou-se que na resposta à questão sobre se é efetuado o registo da avaliação do risco de úlcera de pressão, 56% dos enfermeiros respondeu às vezes e 31% raramente.

Quando questionados sobre os fatores que podem contribuir para o registo inadequado da folha de Avaliação de Risco, era pedido aos enfermeiros que os classificassem de acordo com uma escala de grau de importância em que o 5 correspondia a bastante importante, o 4 ao muito importante, o 3 como importante, o 2 a pouco importante e o 1 a nada importante.

Assim, dos itens referidos que podem contribuir para o não registo da avaliação, constatou-se que a

sobrecarga de trabalho é apontada por 73% dos inquiridos como bastante importante, tendo a desmotivação sido referida, por 17% como bastante importante e 33% como muito importante.

Relativamente à não valorização da avaliação somente 2% é que a apontam como bastante importante, pelo que podemos mais uma vez inferir que os enfermeiros valorizam a avaliação das úlceras de pressão.

No que concerne à falta de formação na área é considerada por 40% dos inquiridos como pouco importante e por 19% para o não registo da avaliação.

Relativamente ao item, dificuldade em aplicar a escala de Braden foi apontada por 42% dos enfermeiros como importante para o não registo da avaliação, tendo o item folha de registo desadequada ou complexa, sido apontado por 40% dos inquiridos como pouco importante.

Com a análise SWOT foram definidos como pontos fortes: constituir um projeto interno do Hospital; colaboração/envolvimento da enfermeira coordenadora do serviço; conformidade nos poucos registos

efetuados; investimento económico baixo, ser um indicador de qualidade e falta de formação na área temática úlceras de pressão. Como fraquezas reduzido número de registos efetuados; não inclusão dos impressos da Avaliação do Risco e das intervenções de enfermagem na organização do processo clínico do cliente internado. Relativamente às oportunidades são novos elementos no Serviço; formar a equipa na área temática das UP e reestruturar os impressos de auditoria aos registos sobre o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão interna. Como ameaças foram considerados: elevado número de clientes internados no serviço; resistência por parte da equipa de enfermagem relativamente ao preenchimento do impresso; sobrecarga de trabalho; desmotivação da equipa de enfermagem.

## **OBJETIVOS**

Definimos como:

### **Objetivo geral**

Contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente/família em risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

ou com úlcera de pressão, internado no Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.

### E como **Objetivos específicos**

Formar /treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão e aplicação da Escala de Braden e atualizar /reformular a folha de auditoria interna do SUG.

## **PLANEAMENTO**

No Planeamento do Projeto foram referidas as atividades/estratégias desenvolvidas e os recursos utilizados. Pelo que passamos a descrever o planeamento por objetivos, atividades desenvolvidas e respetivos indicadores de avaliação.

Para o 1º objetivo **Formar /treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão** as atividades planeadas foram a pesquisa de bibliografia atualizada sobre o tema; elaboração de Dossier Temático sobre úlceras de pressão; elaboração de slides; discussão dos slides com as enfermeiras orientadora, coorientadora e grupo de

trabalho “úlceras de pressão”; proceder às alterações, quando necessário; marcação da data de ação de formação; elaboração do plano da ação; divulgação da ação de formação; realização da ação de formação; avaliação da ação de formação. As atividades referidas anteriormente surgiram como resposta à necessidade de formação referida no questionário, de modo a incentivar os colegas para a importância e necessidade da vigilância do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Como indicadores de avaliação foram estabelecidos Dossier Temático sobre a temática úlceras de pressão; Conjunto de slides; Plano da sessão; Cartaz de divulgação da ação de formação; Relatório da avaliação da formação.

Relativamente aos recursos humanos que projetámos recorrer foram, a enfermeira coordenadora do serviço, a enfermeira orientadora, as enfermeiras responsáveis pela formação, grupo de trabalho do SU sobre úlceras de pressão e a equipa de enfermagem do serviço. No que refere aos recursos materiais foram o suporte bibliográfico, material informático e sala de reuniões do Serviço de Urgência Geral.

No que se refere ao 2º objetivo **Atualizar/reformular a folha de auditoria interna do SUG** foram delineadas as seguintes atividades pesquisa bibliográfica sobre auditorias; atualização da folha de auditorias de avaliação interna do SUG; reunião com a Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência Geral, Enfermeira Orientadora e grupo de trabalho das úlceras de pressão a fim de apresentar as alterações propostas à folha de auditoria; proceder às alterações sugeridas, se necessário; submeter a aprovação da nova folha de auditoria interna à enfermeira coordenadora do SUG; realização de auditorias; redigir relatório semestral do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; divulgação à equipa de enfermagem os resultados das auditorias realizadas.

Os indicadores de avaliação definidos foram Relatório Semestral do Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; Grelha de auditorias de avaliação interna do SUG; Divulgação das auditorias à equipa de enfermagem.

Os recursos humanos a que projetámos recorrer foram, a enfermeira coordenadora do serviço, a enfermeira

orientadora, as enfermeiras responsáveis pela formação e a equipa de enfermagem do serviço, e os materiais foram o suporte bibliográfico, material informático e sala de reuniões do Serviço de Urgência Geral.

## **EXECUÇÃO/ AVALIAÇÃO**

De modo a darmos a conhecer o desenvolvimento do PIS ir-se-á agora fazer uma análise crítica e descritiva sobre a execução e avaliação do Projeto por objetivo.

### **Objetivo 1 - Formar/treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão**

Segundo o planeamento anteriormente apresentado, iniciámos a pesquisa bibliográfica atualizada sobre a área temática úlceras de pressão, que decorreu ao longo de toda a execução do projeto, para tal, consultámos diversa bibliografia, incluindo livros e artigos científicos disponíveis na biblioteca da Escola Superior de Setúbal, na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, material facultados por colegas, bem como pesquisa realizada através da internet com recurso a vários motores de busca especializados, como Ebsco e

B-on, seguindo a definição de pesquisa com as seguintes palavras-chave: Úlceras de Pressão; Prevenção de Úlceras de Pressão e Escalas de avaliação de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Após efetuada a pesquisa bibliográfica, sustentada nos princípios da revisão sistemática, considerou-se também pertinente a elaboração de um Dossier Temático sobre úlceras de pressão, com o objetivo de facultar aos enfermeiros que exercem funções no SUG, do Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, Unidade X, documentação com informação recente sobre práticas mais adequadas e na avaliação e prevenção de úlceras de pressão, e que podem contribuir para melhorar os cuidados de enfermagem prestados. O Dossier, por sua vez, é constituído por vários artigos onde são referenciadas medidas preventivas e apresentados alguns estudos que vêm reforçar a necessidade destas medidas. Este foi desenvolvido ao longo do período estabelecido no cronograma inicial e foi apresentado à equipa de enfermagem aquando a ação de formação ficando disponível em suporte informático no ambiente de trabalho de todos os computadores do Serviço de Urgência,

para possibilitar a todos os enfermeiros a sua consulta.

Posteriormente, demos início à preparação da ação de formação propriamente dita, que tinha como objetivos: divulgar o nosso Projeto de Intervenção no Serviço, apresentar dados de auditorias referentes a 2010, bem como transmitir conhecimentos relacionados com a avaliação e prevenção de úlceras de pressão. Assim, após a elaboração dos dispositivos da ação de formação, estes foram submetidos a avaliação pelas Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, Enfermeira Orientadora e Professora Orientadora, bem como com o grupo de serviço “úlceras de pressão”, no sentido de proceder a eventuais modificações necessárias de ordem gráfica.

Depois de termos procedido à marcação da ação de formação em articulação com a Enf.<sup>a</sup> Coordenadora do SUG e Enf.<sup>o</sup> responsáveis pela formação em serviço, de modo a não sobrecarregarmos a equipa de enfermagem tivemos que reajustar o cronograma inicial, pois já estavam programadas outras ações de formação para o mesmo período, e também por se considerar que seria benéfico para o

serviço divulgar os resultados das auditorias referentes ao 1º semestre de 2012. Foi elaborado um plano da ação de formação e procedeu-se à sua divulgação na sala de enfermagem.

A ação de formação realizou-se no dia 3 de Julho de 2012, pelas 14 horas na sala de enfermagem do serviço de urgência, estando presentes 22 enfermeiros, que participaram de forma ativa, onde houve oportunidade de partilhar experiências, esclarecer dúvidas e recolher sugestões relacionadas com a operacionalização do projeto. No final da ação procedeu-se à apresentação do Dossier Temático com o objetivo de servir de suporte à equipa, em caso de dúvidas, tendo este ficado disponível em suporte informático de modo a garantir total acessibilidade. Após a ação formação, procedeu-se à sua avaliação escrita, utilizando a folha instituída no Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo. Da avaliação efetuada retira-se que a formação correspondeu às expectativas dos enfermeiros presentes, referindo terem ficado muito satisfeitos com a qualidade dos conteúdos expostos e com a possibilidade de aplicar os conhecimentos em situações específicas de prestação de cuidados. Com esta atividade, promovemos o

desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e a formação em serviço, dando resposta “ *a situações/problemas identificados no seio de uma profissão, visando a aquisição de conhecimentos teóricos, capacidades práticas e atitudes exigidas para o exercício das mesmas*” (Frederico e Leitão, 1999, p.140).

## **Objetivo 2- Atualizar/reformular a folha de auditoria interna do SUG**

Após ter sido conhecida a nossa intenção em realizar um PIS na área das úlceras de pressão foi solicitada a nossa adesão ao grupo de serviço “úlceras de pressão”, e ao termos contato com a folha de auditoria existente no SUG, observámos que a folha de auditoria poderia ser complementada com mais alguns pontos de modo a ser possível recolher mais dados e trabalhá-los posteriormente como indicadores de qualidade.

Neste contexto, realizou-se a pesquisa bibliográfica sobre auditorias, procedeu-se à atualização da folha de auditorias de avaliação interna do SUG, posteriormente realizou-se uma reunião com a enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência Geral, Enfermeira Orientadora e grupo de serviço “úlceras

de pressão” a fim de apresentar as alterações propostas à folha de auditoria e procedemos às alterações sugeridas, tendo posteriormente submetido a aprovação da nova folha de auditoria interna à enfermeira coordenadora do SUG. Após a sua aprovação realizámos as auditorias à folha de registo sobre o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão utilizadas no SUG, tendo sido posteriormente apresentados à equipa de enfermagem numa ação de formação.

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos pareceu-nos importante determinar prioridades, e que foram pesquisa bibliografia sobre o tema, realizar reunião com os chefes de equipa de enfermagem e responsáveis pelo projeto, formar/treinar a equipa de enfermagem na área temática úlceras de pressão e aplicação da Escala de Braden e realizar auditorias aos registos e comunicar resultados à equipa de enfermagem periodicamente.

A implementação do PIS no SU constituiu uma mais-valia ao refletir um problema identificado e validado pela equipa de enfermagem e que consideramos contribuir para ganhos

em saúde, nomeadamente na qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica. A realização do PIS possibilitou tornarmo-nos no elemento de referência no seio da equipa de enfermagem nesta área, pelo que, muitas vezes somos solicitados para esclarecer algumas dúvidas que vão surgindo.

Pensamos desta forma ter contribuído para melhorar o desempenho da equipa de enfermagem do SUG do CHMST,EPE, para a prevenção de úlceras de pressão.

## BIBLIOGRAFIA

AFONSO, G.; COSTA, L.; MIRANDA, M. (2006). *Úlceras de Pressão: Prevenção e tratamento*. Revista bimestral de ciência e investigação em saúde – ser saúde, volume nº2/Novembro/Dezembro, p.90-100

DIRECÇÃO GERAL SAÚDE, Orientação nº 17/2011 de 19 de Maio 2011 da Direção Geral de Saúde – Escala de Braden: versão adulto e pediátrica ( Braden Q);

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER

ADVISORY PANEL. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

FERREIRA, et al. *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – implementação nacional da escala de Braden*. Lusociência. Loures. 2007. ISBN:978-972-8930-37-0;

FURTADO, Kátia et al – *Escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão*. Revista Nursing- Suplemento. ISSN: 0871-6196. Ano 20, nº231 (2008).

FURTADO, Kátia. *Úlceras de pressão. Atualidades Paradoxos*. Revista

Nursing, ISSN: 0871-6196. Nº 183 (2003)

GOUVEIA, João; MIGUÉNS, Cristina – *IMPRESSÃO: um instrumento para a prevenção de úlceras de pressão*. Revista Nursing-Suplemento. ISSN: 0871-6196. Ano 21, nº 245 (2009)

MORISON, Moya J. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Lusociência. Loures. ISBN:972-8383-68-1

JORGE, S; DANTAS, S., (2003). *Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo. Atheneu

**APÊNDICE XIX**

**TRABALHO SOBRE**

**SUPERVISÃO DE CUIDADOS**





# **SUPERVISÃO DE CUIDADOS**

**Alice Figueira**

**Anabela Pires**

**M.ª Teresa Cordeiro**

**Mónica Veríssimo**

**Sandra Contreiras**

**JULHO**

**2012**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular – Enfermagem Médico Cirúrgica II

## SUPERVISÃO DE CUIDADOS

Alice Figueira

Anabela Pires

M.<sup>a</sup> Teresa Cordeiro

Mónica Veríssimo

Sandra Contreiras

Docentes:

Prof. Doutora Alice Ruivo

Prof. Doutora Lurdes Martins

Prof. Doutor Sérgio Deodato

*Julho*

*2012*

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>1 – SUPERVISÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM</b> .....	9
1.1 – PROCESSO DE ENFERMAGEM .....	16
<b>2 – DOENTE TERMINAL</b> .....	22
2.1 – DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA .....	30
2.2 – DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS .....	31
2.2.1 – Vômito atual .....	31
2.2.2 – Hipoglicemia atual .....	37
2.2.3 – Morte com dignidade comprometida .....	40
<b>CONCLUSÃO</b> .....	43
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	44
BIBLIOGRÁFICAS .....	44
ELETRÔNICAS .....	46

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo do processo de supervisão clínica de Nicklin .....	13
Quadro 2 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para vômito atual .....	31
Quadro 3 - Terapêutica medicamentosa dos vômitos .....	36
Quadro 4 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para hipoglicemia atual .....	37
Quadro 5 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para morte com dignidade comprometida .....	40



## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Supervisão de Cuidados, foi proposto a análise de uma situação problemática vivenciada em contexto do estágio III, à luz do processo de enfermagem, enquadrando-a teoricamente de acordo com um modelo concetual de enfermagem e utilizando a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE) para a elaboração de diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, que permitam a tomada de decisão clínica, para além de uma análise reflexiva que leve à decisão ética em enfermagem.

Neste trabalho será descrita uma situação vivenciada, em contexto de estágio, pelo grupo. A escolha prendeu-se com o facto de ser uma cliente em estadio terminal que recusava opióides para analgesia e desencadeava episódios de vómitos e hipoglicémias, sendo dada indicação médica para não administração de glicose hipertónica, acabando por falecer no corredor do serviço. Tal situação, põe-nos perante problemas ético deontológicos de natureza complexa que exigem reflexão que conduza à decisão autónoma de enfermagem do ponto de vista ético.

A supervisão clínica no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, segundo Abreu (2004:1) *“refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado”*. O processo de tomada de decisão constitui um processo fulcral para a realização da supervisão de cuidados de enfermagem. O enfermeiro perante as situações da prática clínica deve estar munido de competências que lhe permitam tomar a decisão mais adequada. Para tal, é exigido competência, reflexão, autonomia e responsabilidade.

O enfermeiro especialista tem um conjunto de competências que permitem a realização da supervisão clínica em enfermagem, nomeadamente no que concerne às competências comuns A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional, C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos

cuidados, e D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, descritas no Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros.

Sendo assim, ao realizarmos este trabalho temos como objetivos:

- Identificar uma situação complexa do ponto de vista ético deontológico na prática dos cuidados de enfermagem.
- Adquirir competências que orientem a tomada de decisão na supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.
- Definir diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, segundo a CIPE, relacionados com o problema definido.
- Elaborar uma reflexão crítica acerca da situação problemática que conduza à decisão autónoma de enfermagem.

O trabalho será dividido em duas partes, a primeira em que se define supervisão de cuidados em enfermagem, processo de enfermagem e modelo concetual adotado. Na segunda parte, aborda-se a temática do cliente terminal descrevendo-se a situação problemática, os diagnósticos de enfermagem identificados, intervenções de enfermagem e resultados esperados. Por fim, far-se-á uma reflexão acerca do trabalho realizado.

## 1 – SUPERVISÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

A supervisão clínica em enfermagem (SCE) começou a estruturar-se no mundo ocidental com Florence Nightingale. Nos Estados Unidos da América (EUA), o crescimento da SCE foi exponencial, originado pela evolução académica e estatutária da profissão, da evolução dos sistemas de cuidados de saúde e dos modelos de gestão e por uma maior exigência dos clientes relativamente aos cuidados de enfermagem. Nos países do Norte da Europa verificou-se um desenvolvimento semelhante, embora com alguns anos de atraso relativamente aos EUA, principalmente após a transição do ensino de enfermagem para a universidade, que possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos e das ciências de enfermagem, proporcionando a reflexão da teoria na prática e o desenvolvimento da profissão (Abreu, 2004).

Na área da enfermagem psiquiátrica, o tema era discutido desde 1943. Em 1982 foi definido um primeiro modelo de intervenção, com a implementação do *Registered Mental Health Nurse Syllabus*. Em termos conceituais, Hildegard Peplau foi uma das autoras que tentou introduzir de forma mais consistente a temática da supervisão clínica em enfermagem (Ibid, 2004).

No início dos anos 90, no Reino Unido, a SCE surge da reflexão profunda sobre os contextos de saúde, profissões na área da saúde, segurança dos cuidados de saúde e qualidade de assistência (Smith 1998, cit. por Abreu 2007). Foi a partir daqui, que a SCE teve a sua implementação definitiva, tendo sido aceite como refere Bishop (1994) como uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos enfermeiros e promover a segurança dos clientes (Ibid, 2004).

Ainda segundo o autor referenciado anteriormente e citando o Departamento de Saúde do Reino Unido (1993), a SCE é um processo formal de suporte e aprendizagem que permite a alunos ou enfermeiros, um desenvolvimento integrado de competências, assumir a responsabilidade pela prática desenvolvida e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente em situações de reconhecida complexidade. A SCE surge relacionada com, o investimento na qualidade das práticas, segurança pessoal e da equipa, através de uma atenção aos processos relacionais e de afirmação pessoal, identificação com o conteúdo do trabalho e a satisfação profissional, espírito

crítico, análise das práticas e decisões informadas e disponibilidade psicológica para estabelecer relações de ajuda.

O termo supervisão, no início, estava associado à ideia de inspeção e revisão do trabalho dos funcionários, mediante políticas e procedimentos pré-definidos e em que o supervisor procurava apenas identificar os procedimentos mal executados. O supervisor planeava o trabalho, tomava decisões e tinha autoridade para fazer com que os trabalhadores obedecessem sem questionar. Esta forma autocrática de supervisão, manteve-se muitos anos na enfermagem, despromovendo a iniciativa e produtividade das pessoas. Gradualmente, o conceito de supervisão foi evoluindo, o trabalho, os contextos e a formação foram mudando as mentalidades e, atualmente, predomina a ideia que o interesse da supervisão reside na ajuda ao trabalhador para que realize melhor o seu trabalho. Este intervém ativamente na definição das metas do seu trabalho e no planeamento de estratégias para as alcançar (Garrido,2004).

Como seria previsível a supervisão na enfermagem também evoluiu e Kron (1983:113), afirma que, *“baseado no trabalho em equipa é possível verificarem-se hoje grupos de pessoas pensando, planeando e trabalhando conjuntamente com supervisão eficaz, proporcionando melhores cuidados de enfermagem do que os experienciados há alguns anos”*.

Encontrar um conceito satisfatório de supervisão não é tarefa fácil, limitando-se muitos autores a identificar as qualidades exigidas ao supervisor ou os resultados que se esperam de um processo eficaz de supervisão (Ibid,2004).

A supervisão clínica em enfermagem é um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa práticas clínicas e um supervisor clínico de enfermagem. Este relacionamento envolve, o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática e permitirá consequentemente, aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica. Para Holloway (1995), articular as várias etapas: refletir, entender, concetualizar e aplicar é a tarefa do supervisor; este é o tradutor da teoria e da pesquisa para a prática.

Um documento do *United Kingdon Central Council*, “Visão para o Futuro” (1993), referido e analisado por Cutcliffe (2001), descreve a supervisão clínica como

um processo formal de sustentação profissional e de aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver conhecimentos e competências. Transmite a noção de responsabilidade profissional e de proteção dos clientes, contribuindo para aumentar a segurança da prática em situações clínicas complexas. Estimula a expansão da prática clínica e deve ser vista como meio de incentivo para a autoavaliação encorajadora e habilidades analíticas e reflexivas (Garrido,2004).

Em 1996 a United Kingdon Central Council, descreve a supervisão clínica como forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das ações profissionais.

Existem vários modelos de supervisão que se distinguem de acordo com a sua filosofia e pressupostos teóricos e cada um tem os seus próprios valores.

Munson (2002), refere que, os profissionais podem discutir a supervisão a partir de várias perspectivas, dando ênfase às seguintes:

1. *Perspetiva de personalidade*: envolve as características e os traços que os participantes trazem para a situação de supervisão e como estes influenciam a atividade da prática e a relação de supervisão.

2. *Perspetiva de situação*: relaciona-se com as situações específicas e os problemas que os participantes encontram no processo de supervisão. O foco de interesse está nas situações e problemas e na forma de lidar com eles.

3. *Perspetiva organizacional*: ênfase colocada na função ou na organização e na forma como a supervisão ajuda a implementação das metas e objetivos organizacionais.

4. *Perspetiva de interação*: baseia-se na interação entre o supervisor e o supervisionado. A ênfase está centrada no modo como os participantes interagem e como a interação é variada para ajustar o conteúdo específico da supervisão. Os diversos atores do processo de supervisão devem acordar qual o modelo de supervisão que melhor responde às suas necessidades. Mas, para promover um modelo de reflexão sobre as práticas, a supervisão clínica deveria desempenhar três funções fundamentais:

- a) Proporcionar apoio ao enfermeiro na sua prática clínica (restaurativo);
- b) Promover desenvolvimento pessoal e profissional (educativo);
- c) Promover cuidados de enfermagem de qualidade (normativo).

O trabalho dos enfermeiros tem uma multiplicidade de atuações e áreas de prática especializada, pelo que um modelo único de supervisão não abrangerá todos os profissionais. Visto isto, nas últimas décadas surgiram vários modelos de supervisão clínica em enfermagem, um dos modelos de supervisão clínica mais importantes foi proposto por Proctor (1986) – o “*supervision alliance model*”. Esta autora, enfatiza o facto da supervisão clínica envolver mais pessoas, além do supervisor e supervisionado (Garrido, 2004).

Abreu (2004), refere que, na generalidade dos modelos podemos identificar dois pressupostos fundamentais:

- O reconhecimento da maturidade da profissão, na medida em que consegue olhar-se criticamente, num claro sinal de exigência e responsabilidade;
- O reconhecimento de que os profissionais e os alunos são vítimas de situações potencialmente agressivas para a sua integridade psicológica. Este mesmo autor é responsável pela adaptação e divulgação entre nós do modelo de Nicklin (1997), apresentando-o como um modelo de SCE que, para além de possuir um enquadramento concetual consistente, está profundamente direcionado para a prática clínica na globalidade e não apenas para as dimensões emocionais.

Para Nicklin, a supervisão clínica em enfermagem, deve proporcionar resposta a diversos aspetos relacionados com a gestão, formação e suporte emocional, desenvolvendo-se em seis etapas, que podemos analisar no quadro seguinte.

Quadro 1 – Modelo do processo de supervisão clínica de Nicklin

<b>PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA</b>	
<b>Objetivo</b>	Apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afetivas e relacionais).
<b>Identificação do problema</b>	Clarificação das áreas dos problemas identificados.
<b>Contextualização</b>	Definição de objetivos de intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional.
<b>Planeamento</b>	Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes.
<b>Implementação</b>	Implementação das ações planeadas.
<b>Avaliação</b>	Avaliação dos resultados e do processo de supervisão.

Fonte: Abreu (2004), adaptado de Nicklin (1997)

A maioria dos modelos de supervisão dá especial atenção às características do supervisor, mas nem sempre estas são tidas em consideração (Sloan, 1998). Catmur (1995) salienta, a nível das características do supervisor, as capacidades de comunicação, competências de ajuda e conhecimentos especializados. Butterworth e Faugier (1992) referem que os supervisores clínicos devem disponibilizar-se também para serem supervisionados, possuir uma preparação específica para desenvolverem o processo, possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas e serem escolhidos pelos supervisionados. Salientam ainda a necessidade dos supervisores saberem utilizar resultados das pesquisas para fazerem evoluir o processo de supervisão (Abreu,2004).

Os objetivos fundamentais da supervisão clínica em enfermagem contemplam a formação e desenvolvimento de competências profissionais assim como a melhoria da qualidade dos cuidados dispensados aos clientes.

Thomas e Reid (1995), alertam que não devem ser negligenciadas as dificuldades que a operacionalização da supervisão clínica pode trazer e identificaram três dificuldades principais:

- a) Falta de pessoal treinado para levar a cabo essa tarefa
- b) Falta de estrutura de supervisão que, frequentemente, fazem o supervisionado questionar o papel do supervisor;
- c) Em serviços que apresentam elevada mobilidade, com aumento de admissões e de carga de trabalho, a supervisão é, habitualmente, a primeira atividade a ser renunciada e a última a ser reinstalada.

Como forma de minimizar estes problemas as instituições, muitas vezes, apontam como solução a entrega da supervisão clínica das práticas aos enfermeiros responsáveis pelos serviços ou unidades de saúde. Esta decisão tem mais inconvenientes que vantagens e será sempre uma má solução. Como refere a *United Kingdom Central Council* (1996), o supervisor clínico deve ter a confiança de quem necessita ser apoiado nas práticas, não devendo ser designado pela organização (Garrido, 2004).

Em Portugal, a supervisão clínica em enfermagem começa a surgir como uma matéria importante que leva à reflexão dos enfermeiros, apresentando-se como um meio através do qual os enfermeiros podem analisar, suportar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais.

A supervisão clínica entre nós, como refere Abreu (2004), surge no contexto da discussão sobre qualidade, reflexão sobre formação clínica, aprendizagem experiencial e supervisão das práticas clínicas e poderá constituir uma verdadeira revolução de mentalidades.

A supervisão de cuidados é uma responsabilidade do enfermeiro, em especial do enfermeiro especialista, monitorizando, registando e avaliando os procedimentos efetuados, de forma a manter a melhoria contínua da qualidade. Analisa assim a prática, planeando quando necessário condições para a melhoria do desempenho levando à prestação de cuidados com segurança, tal como refere Abreu (2007).

Os enfermeiros têm um papel preponderante na diminuição do risco, promovendo a segurança do cliente como garante de cuidados de enfermagem de qualidade. Segundo Nunes (2006:6) “*todos os passos na intervenção de enfermagem junto de um cliente envolvem a possibilidade de erro (...). Uma clara identificação dos*

*fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, (...) desde a comunicação e a relação interpessoal em que os cuidados de enfermagem se fundam, aos aspetos processuais e técnicos do seu exercício”*

A segurança do cliente é inerente ao exercício da profissão de enfermagem, legislado no Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem, no Código Deontológico dos Enfermeiros e no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Sendo assim, deverão ser tomadas medidas para que este risco seja diminuído, reduzindo as causas do aparecimento dos mesmos, seja na melhoria de procedimentos, na avaliação dos cuidados, na comunicação, nas condições humanas e materiais.

Consideramos que a prevenção está implícita na supervisão clínica, na gestão de risco e na segurança dos clientes e é inerente aos cuidados de enfermagem. Ao longo deste trabalho pretendemos demonstrar a responsabilidade do enfermeiro especialista na melhoria dos cuidados de enfermagem, pois a supervisão clínica está bastante enraizada nos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista enunciadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, Competências do domínio da gestão dos cuidados, Competências do domínio das aprendizagens profissionais), como já foram referidas anteriormente, assim como nas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Pretendemos, assim refletir acerca de uma situação com que fomos confrontados, analisando quais os aspetos a melhorar e promover a excelência dos cuidados a prestar como enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica. Tal como refere Deodato (2010:7) *“a Supervisão de Cuidados, em ligação à aprendizagem em ambiente clínico, pode desempenhar um papel complementar no desenvolvimento de competências do estudante. Permitindo a reflexão e a discussão em pequeno grupo, favorece a análise sobre o vivido, ao mesmo tempo que possibilita a mobilização de conhecimentos, constituindo assim uma experiência formativa significativa.”*

Desta forma é nosso propósito atingir o estadio de peritos que suportam a ação na experiência e na perceção intuitiva das situações como um todo, prestando cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação, como menciona Benner (2001).

## 1.1 – PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de enfermagem é um processo de resolução de problemas, de forma sistemática, contínua e dinâmica, centrado na pessoa. É um conjunto de etapas e ações planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas.

Para Doenges e Moorhouse (1992) é um método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planejar e prestar cuidados ao cliente.

Segundo Soresen (1998) é o método científico adaptado às condições, muitas vezes imprevisíveis, da vida humana e aplicado aos seres humanos quando têm necessidades não satisfeitas.

São objetivos do processo de enfermagem a manutenção da saúde, prevenção da doença, promoção da recuperação, restabelecimento do bem-estar e plena atividade e apoio na morte serena.

O processo de enfermagem é uma metodologia com cinco etapas (Colheita de dados, Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação) interligadas entre si e nunca totalmente concluída pois na fase seguinte pode ser necessário voltar atrás e reformular. A avaliação da forma como a pessoa atingiu os resultados esperados conduz, não só a uma continuação da recolha de dados, mas também à redefinição dos problemas e ao planeamento de novas intervenções.

Etapas do processo de enfermagem:

1. **Colheita de dados:** consiste na obtenção de informações úteis e pertinentes sobre a pessoa, de forma a definir o problema passando à fase seguinte. Embora associada à fase inicial da relação, esta é uma fase em permanente atualização, dada a possível integração de novos dados em cada interação do enfermeiro com a pessoa.

2. **Diagnóstico:** um diagnóstico de enfermagem é segundo Soresen (1998) uma decisão clínica acerca das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/estilos de vida reais ou potenciais. É formulado de acordo com a seleção, organização e análise dos dados recolhidos. Podem ser definidos de acordo com alguns padrões como a CIPE ou a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

3. **Planeamento:** Inicia-se após a identificação dos diagnósticos, de acordo com os conhecimentos existentes, a bibliografia atual, informações pertinentes mas fundamentalmente com a vontade e a decisão da pessoa envolvida.

O planeamento com o cliente, ou seja, a inclusão da pessoa neste processo é relativamente recente e foi segundo Nunes (2011) um grande passo na área da ética pois enaltece o respeito pelo outro.

4. **Implementação:** consiste na prestação de cuidados de enfermagem de acordo com o planeado, contudo pode ser preciso replanear, pois podem ter-se alterado algumas condições e já não fazer sentido o inicialmente planeado.

Esta fase inclui a prestação direta de cuidados, a supervisão de cuidados delegados, o ensino, a orientação, a identificação das necessidades de encaminhamento e o cumprimento de prescrições de outros prestadores de cuidados de saúde.

5. **Avaliação:** consiste na observação e apreciação da eficácia e eficiência dos resultados esperados, de forma a decidir uma eventual adequação dos diagnósticos e das intervenções definidas. É por isso um processo contínuo.

O processo de enfermagem enquanto método de resolução de problemas não inclui uma base teórica subjacente à prática de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, pois é apenas uma sequência de etapas através das quais se pretende alcançar um determinado fim. É por isso importante encontrar um enquadramento concetual que identifique essa base teórica, só possível nos vários modelos teóricos de enfermagem.

Assim, na área dos cuidados de enfermagem, tem que se considerar uma concetualização teórica, pois é através de um modelo teórico que os cuidados de enfermagem são orientados, funcionando também como fio condutor para a tomada de decisão. Pearson et al. (1992:12) referem que “ *O modelo de enfermagem, sobre o qual assente o exercício contém as teorias e os conceitos desse exercício e teorias e conceitos refletem as filosofias, os valores e as crenças sobre a natureza humana e o que a enfermagem pretende realizar*”.

Consideramos que a seleção de um modelo teórico de enfermagem e aplicação do processo de enfermagem como metodologia de trabalho, apoiada nessa teoria, corresponde a um contributo importante para o enriquecimento da qualidade dos cuidados prestados, visto que a definição do modelo sobre o qual assenta o exercício da enfermagem numa situação específica, vai afetar diretamente a prestação de cuidados de

enfermagem ao cliente. Os modelos teóricos de enfermagem delimitam o campo específico de atuação dos enfermeiros, dando importância às suas intervenções autônomas e levam a que haja consistência e continuidade nos cuidados prestados.

Poder-se-á dizer, que a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem passa pela utilização de uma metodologia de trabalho ou processo de enfermagem, associada a um modelo teórico. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001) definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, levando à melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos e à reflexão do exercício profissional dos enfermeiros. Foram, então, definidos os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional com base no enquadramento concetual de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem. Existem 6 categorias de enunciados descritivos relacionados com satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

Em 2011 a OE aprova o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Saúde Especializados em Pessoa em Situação Crítica, em que se define Pessoa em Situação de Doença Crítica e ou Falência Orgânica, Situação de Catástrofe ou Emergência Multi Vitima, Prevenção e Controlo da Infecção Associado aos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação crítica. Nos enunciados descritivos para além dos referidos anteriormente surge um sétimo que se prende com a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

As instituições de saúde devem implementar e consolidar os enunciados descritivos de forma a desenvolverem projetos e definirem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes indicadores permitem a reflexão acerca da prática dos enfermeiros em contextos de trabalho, contribuindo para a melhoria da qualidade e para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Mas, para se conseguir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem deverá existir um quadro de referência para o exercício profissional.

Neste contexto, escolhemos como fio condutor e base teórica para os cuidados de enfermagem definidos neste trabalho, o modelo concetual de Kolcaba.

Katharine Kolcaba nasceu em Cheveland, Ohio em 1944. Em 1965 obteve o diploma de enfermagem pela St. Luke's Hospital School of Nursing em Cheveland. Em 1987 licenciou-se em enfermagem, recebendo o título de especialista em Gerontologia

em 1997. O conforto foi ao longo do tempo, estudado por várias teóricas de enfermagem, onde se visibilizou o seu conceito, ainda assim, a sua conceptualização e operacionalização surgiram a partir da década de 90 do século XX com Katharina Kolcaba, onde desenvolveu a **Teoria do Conforto**, baseada em três tipos de raciocínio lógicos: indução, dedução e abedução. De acordo com Kolcaba (2002:89), conforto é “*a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental. (...)*”.

No dicionário da língua portuguesa, a palavra conforto significa um derivado regressivo de confortar, prestar auxílio, apoio numa aflição, numa infelicidade; ato ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo. A literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem. De facto, a prática de enfermagem esteve, ao longo dos anos fortemente ligada à noção de conforto, sendo o enfermeiro aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo. Porém, o seu significado tem tido várias interpretações, fruto da evolução histórica, política e social da sociedade e com a evolução técnico-científica das ciências da saúde e da enfermagem em particular.

A teoria de Kolcaba, assenta no termo conforto, frequentemente empregado nos cuidados de enfermagem. Segundo Kolcaba, o conforto é uma experiência imediata, sendo fortalecida essencialmente pelas suas necessidades: **alívio, tranquilidade e transcendência**, dentro de quatro contextos: **físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental**. Assim, este fenómeno associa-se à enfermagem, sendo resultantes do cuidado profissional, proporcionado por meio de intervenções denominadas medidas de conforto para a satisfação das necessidades humanas básicas. Os clientes sentem necessidade de conforto em situações alvo de cuidado. Kolcaba considera o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem, sendo um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas de qualquer indivíduo, alívio, tranquilidade e transcendência.

O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade, é o estado de calma ou satisfação, necessário para um desempenho eficiente; a transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear,

controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Kolcaba centra a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo cliente após a intervenção de enfermagem. Esta intervenção é vista, à luz da teoria de Kolcaba como uma forma de arte de enfermagem, em que as intervenções ou cuidados de conforto requerem um processo de ações confortantes ganhos pelos clientes. O aumento desse conforto é o resultado desse processo de conforto.

Para Kolcaba a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. Não obstante de todos estes princípios, que são basilares e fundamentais da sua teoria, Kolcaba reconhece que a arte de enfermagem é a aplicação individual de cada profissional dos princípios científicos e humanísticos nos contextos específicos do cuidar. Consideramos importante referir que a teoria apresentada assenta num paradigma existencial, pois o conforto aparece como um estado presente além da consciência, reconhecido apenas quando o doente já viveu um estado de desconforto, constituindo uma experiência pré-reflexiva, sendo, muitas vezes difícil de descrever.

Contextualizando a teoria do conforto, seguem-se os conceitos meta paradigmáticos defendidos por Kolcaba (2002):

- ✓ **Enfermagem** é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a apreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base. A apreciação e a reapreciação podem ser intuitivas e/ou subjetivas, tal como quando uma enfermeira pergunta se o doente está confortável, (...). A apreciação pode obter-se através da administração de escalas visuais analógicas, ou de questionários tradicionais, ambos os quais Kolcaba desenvolveu.
- ✓ **Doente** é quem recebe os cuidados, podem ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde.
- ✓ **Ambiente** é qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela enfermeira ou pelos entes queridos para melhorar o conforto.
- ✓ **Saúde** é o funcionamento ótimo, conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade.

Katharine Kolcaba aborda o conforto como o *coração* da sua teoria, tendo como objetivo major proporcionar conforto aos doentes nas vertentes física, psico-espiritual, sociocultural e ambiental.

## 2 – DOENTE TERMINAL

Os avanços da Medicina ao longo do século XX foram inúmeros. A ocorrência da morte após um período curto de doença foi sendo combatida com sucesso, e o fenómeno da cura foi-se impondo no contexto da maioria das doenças agudas. Todos os progressos científicos e sociais alcançados impuseram um aumento da longevidade, dando origem a um outro fenómeno no mundo ocidentalizado: o da emergência das doenças crónicas não transmissíveis, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada. No entanto, o facto de se passar a viver mais tempo não implicou que se passe a morrer melhor.

A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças, a sofisticação dos meios utilizados, levou, de algum modo, a sociedade a acreditar numa cultura de negação da morte, onde se inserem os profissionais de saúde. A morte passou a ser negada e considerada como uma frustração e falhanço para estes profissionais ao acreditarem no crescente tecnicismo e tecnologia avançada. De qualquer forma, hoje, em pleno século XXI, e apesar de todos os progressos da medicina, a morte continua a ser uma certeza para cada ser humano (Neto, 2006).

A redução do número de famílias alargadas, a industrialização e a entrada da mulher no mercado de trabalho laboral, têm ao longo do tempo condicionado bastante o tipo de apoio aos doentes crónicos. O aumento crescente das doenças crónicas e o período relativamente prolongado da perda de autonomia que lhes está associado, teve implicações nas famílias e no sistema de saúde, que assume, atualmente a grande maioria dos cuidados aos doentes com doença crónica. Foi precisamente como reação a esta tendência, que surgiu, a partir de 1968, o movimento dos cuidados paliativos. Em Portugal, os cuidados paliativos, são uma atividade recente, tendo as primeiras iniciativas surgido apenas no início dos anos 90 do século passado (SNS, PNCP, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), cuidados paliativos são considerados *“como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”*.

Os cuidados paliativos (CP) segundo Neto (2006:25) definem-se ainda por “*cuidados ativos e interdisciplinares, integrando o controlo de sintomas, o apoio à família e a comunicação adequada. Este tipo de cuidados centra-se nas necessidades (e não nos diagnósticos) deste tipo de doentes e famílias, pelo que, muito para além dos doentes oncológicos, outros grupos há que beneficiam em muito da aplicação dos princípios da palição*”. A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspetivada como um direito humano, sendo a sua viabilização aplicada pelas áreas do controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. A doença terminal tem normalmente associados um conjunto de problemas não só físicos, mas também de outra índole – o sofrimento.

O sofrimento não é um sintoma nem um diagnóstico, mas uma experiência humana muito complexa. A intensidade desse sofrimento é medida nos tempos do próprio doente à luz dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças, enfim, de uma multiplicidade de fatores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa a ao mesmo tempo única para cada indivíduo que o experimenta. O objetivo dos cuidados paliativos assenta na prevenção de sintomas indesejáveis, trata-los adequadamente, diminuindo o sofrimento do doente e não o aumentando, no respeito inquestionável pela vida humana. Este pressuposto deve estar sempre presente no complexo processo de tomada de decisão clínica nos doentes em fim de vida (Ibid,2006).

De acordo com Eurag (2004 cit. por Neto 2006), a filosofia dos CP tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspetivada como um direito humano, nomeadamente na Comunidade Europeia. No entanto, se existe já legislação importante sobre esta matéria, o certo é que nos deparamos com grandes assimetrias na acessibilidade a este tipo de cuidados, quer entre os diferentes países, quer num mesmo país, de região para região.

No ano de 2005, o estudo *Palliative Care Facts in Europe* demonstrava que os recursos existentes em Portugal eram escassos e sem um modelo de organização homogéneo, nem instrumentos normalizados na sua gestão (SNS, PNCP, 2011).

A disponibilidade da oferta nessa altura em Portugal para prestação de Cuidados Paliativos era de 4 Unidades de Internamento (intra-hospitalares e IPSS), 3 Equipas domiciliárias e 2 Equipas Intra-Hospitalares, que davam resposta quase exclusiva aos

clientes com proveniência dos serviços do Instituto Português de Oncologia do Porto. Na avaliação em 2008, o mesmo estudo, demonstrava que, apesar do início tardio da organização de cuidados paliativos em Portugal comparativamente a outros países da Europa, apresentava um desenvolvimento acelerado e um modelo de organização homogéneo de implementação fruto de recursos humanos bem formados e de legislação e modelo financeiro favoráveis, subindo o número de camas por milhão de habitantes de 5,05 para 20, o que corresponde a um aumento de 296%.

Apesar desta ascensão dos CP, o envelhecimento da população portuguesa é um fenómeno crescente, pois de acordo com os dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística sobre a mortalidade no período 2009/2011 em Portugal, o valor da esperança média de vida à nascença foi estimado em 79,45 anos para ambos os sexos, sendo de 76,43 para os homens e cerca de e 82,30 para as mulheres, sendo que 60% a 75% da população morrerá depois de um período de doença crónica progressiva, que poderá incluir uma situação de doença avançada ou terminal. Perante este fator podemos dizer que, embora existam em Portugal um número crescente de unidades de CP, nem toda a população tem acesso a estes. Todo o processo paliativo é muito moroso, muitos clientes padecem de doença prolongada, não permitindo muitas vezes vagas em tempo útil para outros clientes, o que obriga a que os cuidados sejam prestados, muitas vezes, por familiares.

Uma das maiores preocupações de um cliente terminal é o controlo da dor aguda ou crónica que debilita a pessoa até esta já não conseguir executar as suas tarefas diárias. Muitas vezes, o cliente pode estar a sofrer desnecessariamente, o que pode ter um efeito negativo na sua luta pela vida. Ter qualidade de vida até ao final de uma doença terminal é fulcral, por isso, é necessário averiguar e experimentar quais os medicamentos e/ou tratamentos que possam controlar a dor.

A importância da valorização, da avaliação e do alívio da DOR são elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A 14/06/2003, a Direção Geral de Saúde divulga a Circular Normativa n.º 09 que prevê a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, instituindo a dor como 5º sinal vital.

O controlo eficaz da dor é um dos deveres dos profissionais de saúde, de forma a minimizar as suas consequências e garantir o conforto e bem-estar da pessoa, para tal, a

avaliação e registo da intensidade da dor deve ser realizada de forma contínua e regular à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida do cliente.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo-se no seu estado físico e psicossocial. A dor é, sem dúvida, uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolve vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida. Portanto, a avaliação da dor constitui uma premissa na prática do enfermeiro, procurando um cuidado individualizado e dirigindo-se à causa desencadeante da dor a fim de aliviá-la.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP, 1994), como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”.

Para efeito de classificação médica a dor é dividida em duas categorias: as agudas, que têm duração limitada e causa geralmente conhecida, e as crónicas, que duram mais de três meses e têm causa desconhecida ou mal definida. Esta última categoria de dor aparece quando o mecanismo de dor não funciona adequadamente ou doenças associadas a ele tornam-se crónicas.

A dor é um fenómeno fisiológico essencial para a conservação da integridade física de um indivíduo, enquanto sintoma funciona habitualmente como sinal de alarme de uma lesão ou disfunção orgânica particularmente no que se refere à dor aguda. Cumprida esta função vital, a dor não representa qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. Pelo contrário, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o aparecimento de outras patologias do foro orgânico e psicológico, podendo conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso e evoluir para a cronicidade (Metzger et al, 2002).

Na prática profissional quotidiana, deve-se aceitar que a dor é aquilo que a pessoa diz que sente, no entanto, por vezes é mal interpretada por parte dos profissionais de saúde, na medida em que não é valorizada corretamente. A queixa de dor deve ser

sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta. A melhor forma de avaliar a dor é confiando nas palavras e no comportamento do cliente, aceitando que a dor existe. Uma das estratégias a adotar é então a utilização sistemática de instrumentos de avaliação, que permitem evitar os erros de interpretação.

O enfermeiro, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, toma como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado (OE, 2001).

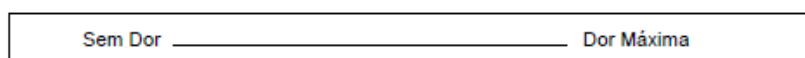
Torna-se então premente recomendar para a prática profissional as seguintes ações (OE, 2008):

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o auto relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com protocolos instituídos;
- Colher dados sobre a história de dor;
- Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais;
- Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto avaliação, considerando a ordem de prioridade;
- Assegurar a compreensão das escalas de auto relato pela pessoa/cuidador principal/família, após ensino;
- Avaliar a dor nas crianças pré verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação;
- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;

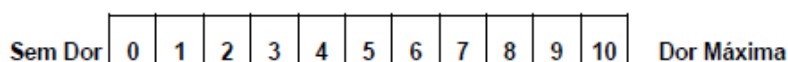
- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

De forma a atender estes critérios o enfermeiro dispõe de um vasto leque de escalas de avaliação da intensidade da dor que se adequam às diversas necessidades da população (DGS, 2003 e OE, 2008):

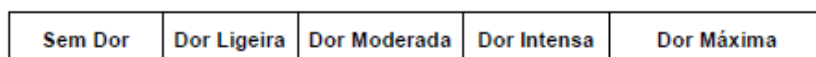
**Escala Visual Analógica** – Qualquer idade > 6 anos de idade. Consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha e o local assinalado pela pessoa, obtendo-se a classificação numérica que será assinalada na folha de registo.



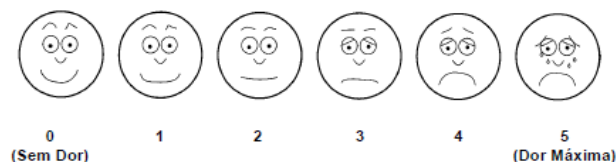
**Escala de Avaliação Numérica** – Aplicada a qualquer pessoa que identifique a dimensão dos números. Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima”;



**Escala Qualitativa** - solicita-se ao cliente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.



**Escala de Faces** – para crianças com mais de 4 anos de idade. É solicitado ao cliente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.



**Escala FLACC** (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) – aplicada a crianças

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor freqüente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com freqüência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranqüilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

**Escala DOLOPLUS** – idosos com alterações cognitivas

REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3

REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3

REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3

Não são apenas os profissionais de saúde que exercem funções no âmbito do controlo da dor, também as instituições de saúde têm a responsabilidade de elaborar ou adotar normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor, implementar sistemas de documentação que suportem uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da dor, promover o acesso a programas de formação sobre dor, definir indicadores de qualidade e implementar sistemas de auditoria para avaliação da qualidade no controlo da dor (OE, 2008). Partindo do princípio que a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas, em particular pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, é da competência do enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para alcançar esse objetivo. Inclusivamente, os enfermeiros são considerados profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, tendo todas as condições para promover e intervir no controlo da dor eficazmente (OE, 2008).

Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano terapêutico, quando o alívio da dor é inadequado (OE, Parecer 120/2007).

Segundo Gameiro (2000), as intervenções preconizadas para o alívio do sofrimento dos clientes correspondem de um modo geral aos elementos do —Processo de Cuidar de Swanson (1991), segundo este, o cuidador deverá fazer uma apreciação cuidadosa da situação, procurar conhecer o doente evitando ideias preconcebidas, demonstrar disponibilidade, promover conforto, preservar a dignidade, valorizar os sentimentos do outro, oferecer otimismo e promover a esperança.

## 2.1 – DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Cliente do sexo feminino, raça negra, 30 anos, com antecedentes pessoais de neoplasia gástrica com metastização óssea e carcinomatose peritoneal. Recorreu ao Serviço de Urgência por dores abdominais e vômitos. Encontrava-se em estado terminal, deitada numa maca no corredor do Serviço de Urgência. Apesar da dor referia não querer a administração de morfina, por lhe provocar mal-estar. Como tal, foi-lhe administrado outro analgésico para minimizar a dor. Durante o internamento apresentou episódios de vômitos e hipoglicémia, em que a medicina deu indicação para não administração de glicose hipertónica, para perceber a tolerância desta à hipoglicemia, porque tinha alta clínica. A doente acabou por falecer no corredor, sozinha. O que podemos fazer para evitar estas situações?

## 2.2 – DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS

### 2.2.1 – Vômito atual

Quadro 2 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para vômito atual.

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenções Planeadas</b>	<b>Resultado Esperado</b>
Vômito atual	Monitorizar glicemia capilar. Supervisionar refeição. Vigiar tolerância à dieta. Vigiar desidratação. Vigiar náusea. Vigiar reflexo de deglutição. Vigiar vômito. Gerir ingestão de líquidos. Interromper a ingestão de alimentos. Providenciar saco de vômito. Elevar cabeceira da cama. Referir vômito ao médico. Trocar artigos de cama. Confortar a pessoa. Facilitar repouso. Ensinar a pessoa sobre os posicionamentos durante a refeição.	Vômito diminuído

Vômito ou êmese é a expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal (Brum et al, 2011).

As náuseas e vômitos podem ser extremamente debilitantes para o doente terminal e estão entre os sintomas que mais afetam a qualidade de vida destes doentes. Os principais órgãos envolvidos na origem destes sintomas são o trato gastrointestinal e o cérebro, através dos quimiorreceptores, do córtex cerebral, do aparelho vestibular e do centro do vômito, através de mediadores como a serotonina, a dopamina, a acetilcolina e a histamina, (Roque, 2010).

Segundo Abrunhosa (2000) as náuseas e os vômitos estão frequentemente presentes em doentes com cancro terminal e podem, resultar de um conjunto de fatores, entre os quais destacamos:

- Gastrointestinais:

- Má higiene oral e infeções da cavidade oral (candidíase, herpes).

- Alterações do paladar relacionadas com a quimioterapia.

- Obstruções esofágicas.

- Estase gástrica (ascite, hepatomegalia, opióides e anticolinérgicos).

- Gastrite (AINES, refluxo biliar).

- Obstrução intestinal.

- Hiperalimentação (quando o doente tem uma sonda nasogástrica ou uma gastrostomia).

- Hipertensão intracraniana:

- Metástases cerebrais, edema cerebral.

- Metabólicas:

- Uremia, híper -calcemia, toxinas tumorais.

- Induzido por fármacos:

- Antibióticos, digoxina, AINES, morfina, anti convulsivantes.

- Quimioterapia.

- Radioterapia.

A avaliação contínua e sistemática do vômito permite o conhecimento da evolução do quadro do doente, sendo por isso, fundamental o seu registo. A avaliação compreende o conhecimento da frequência, duração, intensidade, aspeto, volume, causas ou agentes de agravamento, desconforto físico e emocional, ( Brum et al , 2011).

A aplicação de instrumentos padronizados que ajudem a sistematizar a avaliação dos vômitos se bem desenvolvidos e validados, podem facilitar a avaliação pelo cliente e possibilitam a uniformização dos registos e o tratamento dos mesmos, uma escala capaz de avaliar o início e a intensidade dos vômitos pode-se constituir como uma mais-valia, através da sua avaliação é possível planear as intervenções de enfermagem e o tratamento do cliente com vista à obtenção do maior conforto possível e deve incluir:

- ✓ Condições fisiopatológicas como a aceitação alimentar, frequência com que sucedem, fatores desencadeantes ou de agravamento, coloração e aspeto, presença ou não de sinais prodrómicos.
- ✓ Medicamentos que possam provocar náuseas.
- ✓ Frequência da alimentação, ingestão de líquidos e sólidos.
- ✓ Aspetos emocionais como preocupações e sentimentos.
- ✓ Exame físico que deve incluir a investigação de sinais de desidratação, alterações da cavidade bucal e oro faringe, distensão abdominal, ascite (Ibid,2011).

O tratamento sem medicamentos dos vômitos baseia-se essencialmente na manutenção de uma boa higiene oral com lavagem regular dos dentes, desinfeção das próteses dentárias e uso de desinfetantes locais e cuidados alimentares adequados. A secura da boca que ocorre em 80% dos doentes e contribui para o agravamento das náuseas e vômitos, pode ser minimizada pela administração de cubos de gelo, gelo picado ou utilização de humidificadores e nebulizadores que permitem evitar a hidratação terminal por perfusão (a boca tem uma capacidade de absorção considerável), (Abrunhosa, 2000).

É essencial questionar o cliente a respeito de seu desejo de se alimentar, sensação de fraqueza, eventual dificuldade mecânica para deglutir, presença de sede e/ou fome, reação a determinados alimentos e odores, e agentes desencadeantes do sintoma.

O plano de cuidados de enfermagem deve incluir ainda a manutenção de um ambiente agradável, calmo e livre de odores, a administração de antieméticos prescritos deve ser feita 40 minutos antes das refeições e a medicação para controlo da dor deve ser administrada em horário adequado, (Ibid, 2011).

As refeições devem ser fracionadas, na temperatura ambiente e os alimentos devem ser de fácil digestão, pode-se oferecer sumos frescos no intervalo das refeições. As medidas dietéticas devem ser adequadas às necessidades do doente, às suas preferências e aos seus hábitos alimentares, (Brum et al, 2011).

O cliente não se deve deitar logo após as refeições, deve permanecer com a cabeça elevada durante 1 ou 2 horas depois da ingestão de alimentos, devem-se evitar alimentos fritos, com gorduras, condimentados, salgados, ácidos, açucarados ou com odor intenso, assim como a oferta de líquidos durante às refeições, no entanto deve-se priorizar a ingestão de oito a dez copos de líquidos nos seus intervalos, de forma a evitar a desidratação, esta ação minimiza a pressão no estômago reduzindo a ocorrência de refluxo. Algumas opções de líquidos são os chás e caldos claros e sumos; gelatinas, gengibre e lascas de gelo também se constituem como boas escolhas, o café, chá forte e refrigerantes à base de colas, devem ser evitados, (Ibid, 2011).

O gengibre é um antiemético natural, combinado a preparações não ácidas e associado a ingredientes neutros e refrescantes, apresenta efeito direto no trato gastrointestinal através de suas propriedades aromáticas, carminativas e absorventes, aumentando a absorção de toxinas e ácidos, o tónus e a motilidade intestinal, (Ibid , 2011).

De acordo com a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (2011), refeições com elevado teor proteico, tiveram efeito positivo na redução das náuseas e vômitos, uma das justificações para este facto seria a redução das disritmias gástricas.

Nos casos de vômito ininterrupto é aconselhável suspender qualquer comida ou bebida até à sua cessação, a alimentação deve ser iniciada após 30 a 60 m com pequenas quantidades de líquidos claros, em casos de estase gástrica e nos decorrentes de obstrução intestinal é indicada a nutrição entérica, ( Ibid , 2011).

A terapêutica médica do vômito depende do diagnóstico correto da causa, da procura de uma causa reversível (ex: hiper calcemia), da escolha adequada do antiemético e da via de administração (subcutânea ou retal se a via oral não está acessível). (Abrunhosa, 2000).

O conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos possibilita o tratamento com medicamentos que atuem em recetores específicos, estimulados ou inibidos de acordo com as diferentes etiologias das náuseas e/ou vômitos, (Ibid, 2011).

A medicação utilizada pode ser dividida em três categorias: Os antieméticos, os pró-cinéticos e outras medicações utilizadas em casos especiais. Os agentes antieméticos são fármacos que atuam primariamente no sistema nervoso central, como os anti-histamínicos, anticolinérgicos os antidopaminérgicos, os antagonistas 5-HT3 e os antagonistas da neurocinina 1 (NK1), (Brum et al, 2011).

Os pró-cinéticos têm ação predominantemente periférica, como os agonistas 5-HT4, agentes antidopaminérgicos periféricos e os análogos da somatostatina De entre medicamentos utilizados em situações especiais, é possível referir a utilização de benzodiazepinas no tratamento da náusea antecipatória, os licocorticoides na prevenção da náusea e vômito aguda pós quimioterapia e a possível utilização dos agentes canabinoides. Olanzapina é uma medicação antipsicótica que pode ser utilizada junto com inibidores 5-HT3 e corticoides com o objetivo de melhorar os resultados da profilaxia da NVQT, (Ibid, 2011).

Quadro 3 – Terapêutica medicamentosa dos vômitos

<b>Terapêutica medicamentosa dos vômitos</b>	
<b>FÁRMACO</b>	<b>INDICAÇÃO</b>
<b>Anticolinérgicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bromidrato de escopolamina</li> <li>• Butilescopolamina</li> </ul>	<b>Excesso de secreções</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstrução intestinal</li> <li>• Hipertensão intracraniana</li> <li>• Irritação peritoneal</li> </ul>
<b>Fenotiazinas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clorpromazina</li> <li>• Levomepromazina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causas metabólicas, opiáceos</li> <li>• Obstrução intestinal</li> </ul>
<b>Butirofenonas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haloperidol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritação peritoneal, obstrução intestinal,</li> <li>• Causas metabólicas, opiáceos</li> <li>• Causas farmacológicas (opiáceos, anticonvulsivos)</li> </ul>
<b>Anti- histamínicos H1</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prometazina</li> <li>• Hidroxizina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritação peritoneal</li> <li>• Obstrução intestinal</li> <li>• Hipertensão intracraniana</li> <li>• Causas vestibulares</li> </ul>
<b>Gastrocinéticos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Domperidona</li> <li>• Metoclopramida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quimioterapia, opiáceos</li> <li>• Estase gástrica</li> </ul>
<b>Antagonistas 5HT3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondansetron</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quimioterapia</li> <li>• Radioterapia</li> </ul>
<b>Outras</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoides- dexametasona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão intracraniana</li> <li>• Quimioterapia, radioterapia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzodiazepinas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade, medo, agitação</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibuprofen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radioterapia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibidores H2, misoprostol, omeprazole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrite induzida por AINES</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bifosfonatos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipercalcémia</li> </ul>

## 2.2.2 – Hipoglicémia atual

Quadro 4 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para hipoglicémia atual

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenções Planeadas</b>	<b>Resultado Esperado</b>
Hipoglicémia atual	<ul style="list-style-type: none"><li>. Avaliar entrada e saída de líquidos</li><li>. Monitorizar glicémia capilar</li><li>. Vigiar débito urinário</li><li>. Vigiar ingestão de líquidos</li><li>. Vigiar sinais de hipoglicémia</li><li>. Gerir terapêutica</li><li>. Referir hipoglicémia ao médico</li></ul>	Hipoglicémia nenhuma

A hipoglicémia pode ser definida como um nível inferior ao nível normal de glicose no fornecimento sanguíneo, esta pode provocar uma variedade de sinais e sintomas, mas os principais surgem a partir de um fornecimento inadequado de glicose ao cérebro, causando depressão do sistema nervoso central e comprometimento da sua função (neuroglicopenia). A hipoglicemia indica que o grau de utilização da glicose por parte dos tecidos é superior à sua disponibilidade plasmática, isto é, a saída de glicose do plasma é superior à sua entrada. Tal pode resultar de um excessivo consumo de glicose (devido ao exercício físico ou a um aumento das perdas externas), ou pode resultar de um inadequado aporte de glicose (produção endógena insuficiente ou inanição).

De uma forma geral estes dois mecanismos (aumento da saída e diminuição de entrada) atuam em consonância para produzir a síndrome hipoglicémica, (Vale, 2010).

O nível de glicose no sangue para definir hipoglicemia pode variar de acordo com os indivíduos e as circunstâncias, mas podemos considerar para um adulto a

manutenção dos níveis acima de 70 mg/ dl como normal e hipoglicemia abaixo de 60 mg / dl, ( Ibid, 2010).

A hipoglicemia é motivada por uma perturbação no equilíbrio entre insulina e secretagogos, hidratos de carbono e atividade física. As formas mais comuns de hipoglicemia surgem como uma complicação do tratamento da diabetes mellitus com insulina ou antidiabéticos orais, a hipoglicemia é menos comum em pessoas não diabéticas mas pode acontecer por múltiplas causas, entre elas contam-se o excesso de insulina produzida, deficiências hormonais, fome prolongada e certos tumores, (Ibid, 2010).

Nos clientes com neoplasias malignas, verificam-se anormalidades importantes no metabolismo dos hidratos de carbono, a célula cancerosa utiliza preferencialmente a glicose como substrato energético, dez a cinquenta vezes mais, comparativamente às células normais, o que indica que a presença do tumor aumenta o consumo de glicose, o tumor torna-se o maior consumidor de glicose, enquanto o doente é estimulado de diversas formas a fabricá-la, (Silva, 2006).

De entre as alterações metabólicas destacam-se o catabolismo intenso das reservas de carboidratos, os desajustes metabólicos têm sido observados em etapas avançadas do processo neoplásico assim como na disseminação metastática, quer a intolerância à glicose resultante do aumento da resistência à insulina e a libertação inadequada de insulina tem sido descritos e ocorrem em 60% dos doentes com tumores malignos, (Ibid, 2006).

Devido ao elevado consumo de glicose, a gliconeogénese e o ciclo de Cori encontram-se em níveis aumentados para a conversão do lactato e outras substâncias em glicose objetivando a manutenção glicémica, este processo provoca ao cliente, um prejuízo energético de 300 kcal/ dia, (Silva, 2006).

O nível de glicose abaixo do valor normal recorrente e persistente tem como efeito um aumento nos números de transportadores de glicose na barreira hematoencefálica, de forma a manter o nível de glicose no líquido cefalorraquidiano tão perto da normalidade quanto possível, é por este motivo que os clientes com hipoglicemias recorrentes conseguem manter a consciência, mesmo com níveis de glucose sanguínea mais baixos, sem terem sintomas adrenérgicos significativos, ( Vale, 2010).

Os sintomas de hipoglicemia podem ser divididos em dois grupos: os sintomas neuroglicopénicos e sintomas autonómicos. O primeiro grupo de sintomas resulta da privação de glicose no Sistema Nervoso Central, e inclui entre outras, alterações comportamentais (sensação de calor, fraqueza, confusão e dificuldade de concentração, astenia, lipotimia, dificuldade em falar, visão distorcida). No caso de se verificar uma hipoglicemia prolongada, poder-se-ão verificar convulsões, danos cerebrais irreparáveis e até morte.

Os sintomas autonómicos são o resultado da ativação do sistema nervoso autónomo (ativação simpática-adrenal), resultante da hipoglicemia e incluem sudorese, fome, parestesias, tremor, palpitações, ansiedade e nervosismo, (Ibid, 2010).

Podemos reverter a hipoglicemia rapidamente, restabelecendo o nível de açúcar no sangue pela administração de glicose hipertónica ou hidratos de carbono de ação rápida.

A glicemia deve ser controlada com tiras reativas, se abaixo de 60 mg/dl, o tratamento num doente consciente pode passar pela administração de 15 gr de hidratos de carbono de ação rápida, 100 ml de sumo natural sem adição de açúcar ou três rebuçados; em meio hospitalar administra-se por via endovenosa duas fórmulas de glicose hipertónica. Após 5 minutos a glicemia deve ser novamente avaliada, se permanecer nos 60 mg/ml ou inferior a este valor deve-se administrar novamente glicose até à reposição da normalidade e após esta deve-se tentar a ingestão de hidratos de carbono de ação lenta, para ajudar a repor as reservas de glicogénio. Em doentes inconscientes a administração de oral de glucose não deve ser tentada, para além da administração de dextrose, pode-se aplicar 1 mg de glucagon por via subcutânea, levando o fígado a libertar a sua reserva de glicogénio, (Ibid, 2010).

O regime nutricional é uma parte importante da terapia, o cliente deve ter ensino sobre nutrição e planos de refeição flexível e adaptados à sua condição, os problemas alimentares não são simples para o cliente, mas a sua gestão determina o sucesso do tratamento, o enfermeiro pode fornecer informação nutricional básica e supervisionar a administração de alimentos.

### 2.2.3 – Morte com dignidade comprometida

Quadro 5 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para morte com dignidade comprometida

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenções Planeadas</b>	<b>Resultado Esperado</b>
Morte com dignidade comprometida	<ul style="list-style-type: none"><li>. Monitorizar frequência cardíaca</li><li>. Monitorizar tensão arterial</li><li>. Vigiar atividade psicomotora</li><li>. Vigiar respiração</li><li>. Gerir ambiente físico</li><li>. Gerir terapêutica</li><li>. Executar técnicas de relaxamento</li><li>. Facilitar serviços religiosos</li><li>. Motivar comunicação de emoções</li><li>. Motivar comunicação de pensamentos</li><li>. Promover escuta ativa</li></ul>	Dignidade parcial na morte

Etimologicamente, o termo dignidade deriva do latim *Dignitate*, e tem a ver com o merecer consideração, estima, o ser tratado com respeito, que é devido a todas as pessoas, que terão de ser fim e não meio, sempre e em todas as circunstâncias.

Os enfermeiros cuidam de pessoas, que na maioria das vezes, se encontram vulneráveis e que, com frequência se apresentam relativa ou totalmente dependentes para realizar as suas atividades de vida diária autonomamente.

Os cuidados de enfermagem ao doente terminal inserem-se numa área complexa, na medida em que, muitas vezes, os profissionais de saúde são confrontados com os seus próprios sentimentos no que se refere à morte. Por se prestar cuidados ao longo do

ciclo vital, proteger e respeitar a dignidade da pessoa surge como um princípio fundamental para a enfermagem.

No Código Deontológico dos Enfermeiros, o artigo 86.º - Do direito pela intimidade, o enfermeiro assume o dever de: a) respeitar a intimidade de pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na tarefa que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

No artigo 87.º - Do respeito pelo doente terminal, é referido que “*o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.*” Assim “*é dever do enfermeiro assegurar o direito primordial da pessoa a morrer com dignidade, princípio consagrado em todas as cartas de direitos dos doentes.*”

Também o artigo 81.º- Dos valores humanos, o enfermeiro assume o dever de: “*a) cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida*”. No artigo 89.º- Da humanização dos cuidados o enfermeiro assume o dever de: “*a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.*”

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (art.4, 1.), a enfermagem “*tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.*”

Segundo Pacheco (2002) os direitos do doente terminal em “*alguns aspetos não são devidamente tidos em linha de conta, nomeadamente a importância de cuidar quando já não é possível curar*”, e “*morrer com dignidade é, sobretudo, morrer no tempo certo – sem antecipação ou adiamento da morte – e da forma certa – sem dor, sem sofrimento e acompanhado*”.

Os desafios éticos que se colocam perante o cliente em fase terminal estão relacionados com os últimos momentos de vida, pois ainda temos clientes que morrem com dor e sozinhos. Para ajudar os clientes em fase terminal devemos promover-lhes um atendimento humano, personalizado e com respeito pelas suas escolhas, procurando promover uma morte digna.

Segundo Bailey (2001) torna-se importante cultivar o respeito pela morte, pois com frequência é mal compreendida e aceite. Também Machado e Figueiredo (2002) referem que os clientes, numa situação de morte, não devem ser expostos a quem não tem perfil humanitário e que é indispensável nestes momentos, facultar um ambiente confortável onde o profissional de saúde esteja disponível para dar apoio emocional ao cliente e familiares respeitando-os em toda a sua dignidade. Os enfermeiros assumem um papel de extrema relevância, na medida que são os profissionais que mais tempo permanecem junto dos clientes e familiares, assim, devem promover um ambiente calmo e tranquilo mostrando disponibilidade, para poderem contribuir, não só, para o alívio do sofrimento físico, mas também, para o alívio do sofrimento espiritual, que por vezes, é esquecido.

## CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho proporcionou-nos uma análise da temática do cliente terminal, baseada no processo de enfermagem, com enquadramento teórico num modelo conceitual de enfermagem e utilizando a CIPE, permitindo assim adquirirmos e desenvolvermos conhecimentos relativamente à evolução do conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem, a nível Nacional e Internacional.

Foi de extrema importância a aquisição de saberes nas dimensões ética, jurídica e deontológica da supervisão de cuidados em enfermagem, uma vez que é uma ferramenta essencial dos cuidados e na decisão ética de enfermagem que visa promover a excelência dos cuidados de enfermagem.

A relação de ajuda aliada à tomada de decisão do enfermeiro, à evidência científica para a prática de enfermagem e às competências do enfermeiro especialista, obrigou-nos a mobilizar conhecimentos que permitiram construir o trabalho nos moldes apresentados. Do enfermeiro especialista espera-se um desempenho adequado na supervisão de cuidados, analisando com regularidade a praxis para minimizar o risco de complicações, promover práticas seguras e a melhoria contínua da qualidade, sendo a realização deste trabalho um particular exemplo.

O modelo teórico adotado foi o de Katharine Kolcaba, com a sua teoria do conforto. Esta premissa encaixa na perfeição nas características do caso apresentado, pois o conforto surge como pedra basilar nos cuidados ao cliente terminal.

Consideramos os objetivos inicialmente propostos atingidos. Porém, o caso não foi resolvido uma vez que a cliente faleceu. Ainda assim, os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos durante a reflexão do caso serão certamente fulcrais para a resolução de casos futuros de natureza idêntica.

## REFERÊNCIAS

### BIBLIOGRÁFICAS

ABIVEN, M. – **Para Uma Morte Mais Humana - Experiência De Uma Unidade Hospitalar De Cuidados Paliativos**. Loures. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001, ISBN 972-8383-25-8.

ABREU, W. – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico**. Coimbra, Portugal: Formasau. 2007, ISBN 978-972-8485-87-0.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. – **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**. 2ª Edição. Coimbra: Edições Almedina, 2003. ISBN 978-972-40-1852-2.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR (APED) – Enfermagem. **Revista Dor** ®: Vol.15, nº1, 2007. ISSN 0872-4814.

BAILEY, A. A. – **Morte: a grande aventura**. 2ª Edição. Niterói: Fundação Cultural Avatar, 2001.

MACHADO, W.; FIGUEIREDO, N. – Cuidar e ser cuidado: a dimensão subjetiva de uma experiência quase-morte. **Revista Enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, ISSN: 0104- 3552, Nº3 (set./dez. 2002), p.153-159.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra. Quarteto Editora, Dezembro 2001, ISBN 972-8535-97-X.

DEODATO, S. – Supervisão de Cuidados: Uma Estratégia Curricular Em Enfermagem. **Revista Percursos**. Setúbal. ISSN1646-5067. Nº 18 (out./dez. 2010), p. 3-7.

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. – **Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interativo**. Lisboa, Lusodidacta. 1994. ISBN 972-95399/4/4.

GAMEIRO, M. – **Sufrimento na doença**. Coimbra. Quarteto Editora. 2000. ISBN 972-8535-06-6.

HOLLOWAY, E. – **Clinical Supervision: a systems approach**. USA: **Sage Publications**, 1995.

KOLCABA, K. – **Confort theory and practice. A vision for holistic health care and research**. New York: 2002, Springer

KRON, T. – **Liderazgo y administracion en enfermeria**. 5ª Edição. México: Nueva Editorial Interamericana, 1983.

METZGER, C. [et al] – **Cuidados de enfermagem e dor: Avaliação da dor, Modalidades de Tratamento e Psicologia do doente**. Loures: Lusociência, 2002.

MUNSON, C. – **Handbook of Clinical Social Work Supervision**. 3<sup>rd</sup> Edition. Binghamton: The Haworth Press, 2002.

NETO,I.; BARBOSA, A. – **Manual de Cuidados Paliativos**, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006, ISBN 978-972-9349-21-8

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2**. Lusodidacta, 2011, ISBN 978- 92-95094-35-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro**. Lisboa: Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**. Cadernos OE, série I, número 1, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos. Lisboa. 2001.

PACHECO, S.- **Cuidar A Pessoa Em Fase Terminal: Perspetiva Ética.**1ª Edição. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.,2002,ISBN 972-8383-30-4.

PEARSON, A.; VAUGHAN,B. - **Modelos Para o Exercício de Enfermagem.**1ª Edição. Lisboa. Grafilarte - Artes Gráficas, Lda., 1986.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. – **Modelos para o Exercício de Enfermagem.** Londres: Heinmann Nursing, 1992.

PORTUGAL. Direção Geral de saúde – **Circular Normativa: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor,** 2003.

PORTUGAL. Direção Geral de saúde – **Circular Normativa: Programa Nacional de Controlo da Dor,** 2008.

REGULAMENTO nº 122/2011 “**D.R., 2ªsérie**”, nº35 (18-2-2011) 8648-8653. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

SORENSEN & LUCKMAN - **Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica.** 1ª Edição Lisboa. Lusodidacta, 1998.

TOMEY; A. M.; ALLIGOOD, M. R. - **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ª Edição. Loures. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda,2004, ISBN:972-8383-74-6.

## ELECTRÓNICAS

ABREU, W. C. – Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Informação e Promover a Qualidade. **Lusomed** [Em linha]. 2004. [Consult. 06 jun. 2012]. Disponível em: <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>.

ABRUNHOSA, M. – **Manual de Medicina Geral e Familiar** – Parte II – 2.9 – Cuidados Paliativos. Promoção e proteção da saúde nas diferentes fases de vida – Doente terminal. [Em linha]. 2000. [Consult. 22 jun. 2012]. Disponível em: [http://csgois.web.interacesso.pt/MGFVVOO1MASTER/paginas/001\\_indice.html](http://csgois.web.interacesso.pt/MGFVVOO1MASTER/paginas/001_indice.html).

BRUM, C.; STEFANI, S. – Uso de Antieméticos. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**. 2011;3(3).ISSN 1984 – 087X, p.5-25. [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/img/din/file/RBCP7.pdf>.

GARRIDO, A. – **A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros**. Dissertação para Mestre em Supervisão [Em linha], 2004. Universidade de Aveiro. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1464/1/2008000333.pdf>

NUNES, L. – **Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente** [Em linha]. 2006. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica** [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consult.30 abril.2012]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. [Em linha]. Lisboa. [Consult. 16 jun. 2012]. Disponível em <http://www.min->

[saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B06316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf](http://saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B06316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf)

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde – Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos.2011 [Em linha]. [Consult. 16 jun. 2012]. Disponível em: [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos\\_1-1-2011.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf)

REGULAMENTO DO EXERCICIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS. [Em linha]. [Consult. 10 jun. 2012]. Disponível em [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt).

ROQUE, C. – **Agonia – Últimos Momentos de um Doente Terminal**. Dissertação para Mestrado Integrado em Medicina. [Em linha], 2010. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18763/1/Carolina%20Roque%20-%20Agonia%20-%20ultimos%20momentos%20de%20um%20doente%20term.pdf>.

SILVA, M. – Síndrome da Anorexia e Caquexia em Portadores de Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2006; 52(1). ISSN 2176 – 9745, p.63. [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_52/v01/pdf/revisao3.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao3.pdf).

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING – Position **Statement on Clinical Supervision for Nursing and health Visiting** [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em <http://www.clinicalsupervision.com/clinsup.htm>.

VALE, B. – **Hipoglicemias. Causas, diagnóstico e abordagem terapêutica**. Dissertação para Mestrado Integrado em Medicina [Em linha], 2010. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52846/2/Hipoglicemias.pdf>.

# **APÊNDICE XX**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO NO GABINETE DE GESTÃO DE RISCO**





**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE SETUBAL**

**1º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA**

**Relatório de Estágio Opcional**  
**Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do**  
**Doente do CHMST, EPE**

**Elaborado por: Mónica Sofia Oliveira Veríssimo**

**Orientador: Enf.<sup>a</sup> Especialista Teresa Lourenço**

**Tutor: Prof. Elsa Monteiro**

**Setúbal, julho 2012**

## Índice

<b>0-INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>1.CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE DE GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO DOENTE DO CHMST, EPE.....</b>	<b>4</b>
<b>2.DESCRICÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>7</b>
<b>3.CONCLUSÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>9</b>
<b>REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS.....</b>	<b>9</b>

## **0-INTRODUÇÃO**

No sentido contribuir para o desenvolvimento da competência K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, realizámos um estágio opcional no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente (GGRSD) de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, EPE (CHMST, EPE), que decorreu no período de 19 e 30 de Março e 16 Abril a 02 de Maio de 2012, num total de 40 horas. Este estágio decorreu sob a orientação do Enfermeiro José Felipe Nunes.

Os objetivos que se planearam com a realização deste estágio prendem-se com a necessidade de adquirir conhecimentos na área da catástrofe, bem como conhecer as funções dos profissionais que exercem funções na área de gestão de risco e como é que estes se articulam, na instituição onde exercemos funções.

O presente relatório divide-se em três partes: a primeira onde se descreve o Gabinete de Gestão de Risco do CHMST, EPE como órgão funcional, uma segunda parte onde são descritas as atividades realizadas, e por último a conclusão, onde pretendemos fazer uma reflexão final onde são referidos os contributos com a realização deste estágio.

## **1.CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE DE GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO DOENTE DO CHMST, EPE**

O Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco, é um órgão de assessoria técnica e é constituído por três núcleos, designadamente o Núcleo de Auditorias Internas, o Núcleo de Apoio ao Sistema Integrado de Gestão por Objetivos e o Núcleo de Gestão Documental. O Serviço articula-se, ainda, com duas unidades tecnicamente autónomas: o Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente e o Gabinete de Gestão do Risco.

Tem como missão:

- Promover e coordenar atividades de melhoria contínua da qualidade e de gestão do risco, assim como os programas de acreditação e certificação;
- Colabora com o grupo SIGO nas atividades do Sistema Integrado de Gestão por objetivos.

O Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco coordena o respetivo programa de acreditação da JCI ( Joint Comissão Internacional), com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente, garantir um ambiente seguro e trabalhar continuamente de forma a reduzir os riscos para todos os doentes e profissionais.

Sendo a gestão do programa de acreditação pela JCI da responsabilidade do SGQR, implica a articulação com as entidades acreditadoras e o apoio aos serviços no planeamento e implementação das ações corretivas decorrentes das auditorias e a preparação da visita das entidades acreditadoras.

O Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco Tem como principais metas:

- Assegurar um patamar elevado e uniforme na qualidade dos cuidados e segurança do doente;
- Obter uma melhoria contínua com vista à acreditação pelos padrões da Joint Commission Internacional.

O Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente é uma unidade do Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco, sendo constituído por dois enfermeiros, em que o enfermeiro responsável por este gabinete é o Enfermeiro José Felipe Nunes, a realizar horário completo, e por um segundo enfermeiro a tempo parcial.

No Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente são desenvolvidas as seguintes atividades:

- Identificação e avaliação continuada de riscos clínicos, seus fatores causais e proposta de medidas preventivas;
- Gestão do sistema de relato de incidentes, sua investigação e seguimento;
- Análise de reclamações e de queixas que permitem a identificação precoce de riscos;
- Colaboração na implementação do Plano de Catástrofe Externa;
- Realização de auditorias clínicas;
- Promover formação na área de gestão do risco clínico e da auditoria clínica em articulação com o CEF.

As atividades desenvolvidas pelo Serviço da Gestão Qualidade e Risco são:

- Formação em auditorias internas e criação da bolsa de auditores internos;
- Realização de inquérito de satisfação aos utentes;
- Realização de inquérito de satisfação aos clientes internos;
- Apoio aos serviços com sistemas de gestão da qualidade implementados ou em fase de implementação pela norma EN NP ISO 9001/2008;
- Acompanhamento de grupos de trabalho do programa de acreditação pela JCI;
- Realização de auditorias internas nas áreas do risco e transversais ao CHMST EPE;
- Implementação do programa de vigilância de quedas a doentes internados;
- Implementação de um sistema de relato de incidentes na área de gestão do risco;
- Realização de conferências:
  - a) “O risco clínico nos hospitais” pelo Prof. Dr. José Fragata;
  - b) “Os custos da não-qualidade” pelo Dr. Paulo Larcher;

- c) O projeto de acreditação do Hospital Padre Américo de Penafiel;
- d) Participação na Conferência “Resultados do CHMST, EPE a 17 de Maio de 2011;
- e) Participação no 2º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente – apresentação de poster “Patient Safety – Think Different”;
- f) Realização de Simulacro de Incêndio “Operação Outono” no Edifício da Unidade Funcional de Consultas Externas.

## **2.DESCRICÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Durante o período de estágio no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente do CHMST, EPE procurámos desenvolver atividades que pudessem contribuir para o desenvolvimento do PAC.

Foi-nos possibilitado a realização de pesquisa bibliografia, de consultar normas e documentos que contribuíram para o desenvolvimento e elaboração dos trabalhos delineados para o PAC.

Assistimos a uma sessão de formação no serviço de radiologia onde foi apresentada a nova aplicação – Risco Gestão - que permite o registo de vários tipos de incidentes não só relacionados com a ocorrência de quedas, mas com outro tipo de eventos adversos. Assim, será possível contribuir para a implementação um sistema de notificação para identificação de riscos e implementação de ações que visam diminuir/eliminar as causas chave.

### **3.CONCLUSÃO**

Consideramos que com a realização deste estágio contribuiu para termos a percepção do desempenho de uma equipa de profissionais de saúde que contribui para o cuidar dos doentes de uma forma segura, tendo a qualidade e segurança como base dos cuidados prestados.

De um modo global, todas as atividades desenvolvidas foram de muito interesse, com particular importância, a sessão de formação no serviço de radiologia onde foi apresentada a nova aplicação no sentido que contribuiu para refletirmos sobre a nossa prática, e a promover alterações de comportamentos baseadas em recomendações de boas práticas.

Com a partilha de saberes e experiências desenvolvidas neste estágio foi possível desenvolver capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e em particular da específica K2 (Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Para finalizar, consideramos atingidos os objetivos propostos inicialmente para a realização deste relatório.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Documentos vários do Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente do CHMST, EPE;
- Apontamentos retirados, mediante as informações concedidas durante o estágio.

## **REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS**

- Visão, valores e missão do SGQR do Hospital do CHMST, EPE. Disponível em: [www.chbm.min-saúde.pt/](http://www.chbm.min-saúde.pt/) [20/06/2012]



# **APÊNDICE XXI**

## **DOSSIER TEMÁTICO COM FICHAS TÉCNICAS DE SEGURANÇA SOBRE PRODUTOS TÓXICOS EXISTENTES NO SUG**





**1º CURSO DE MESTRADO DE  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA**

**DOSSIER TEMÁTICO SOBRE  
PRODUTOS QUÍMICOS EXISTENTES  
NO SUG**



Elaborado por: Mónica Sofia Oliveira Veríssimo

Orientador: Enf.ª Especialista Teresa Lourenço

Tutor: Prof. Elsa Monteiro

Setúbal

Julho, 2012

## Índice

0-INTRODUÇÃO .....	3
1-CONHECIMENTOS SOBRE PRODUTOS QUÍMICOS.....	5
2- FICHAS TÉCNICAS DE SEGURANÇA .....	10
FICHA TÉCNICA DO PRODUTO – ÁLCOOL ETÍLICO A 70° .....	11
FICHA TÉCNICA DO PRODUTO – BACT 200 .....	13
FICHA TÉCNICA DO PRODUTO – BRAUNNODERM CORADO.....	15
FICHA TÉCNICA DO PRODUTO – CUTASEPT F .....	27
FICHA TÉCNICA DO PRODUTO – ESO ZIM NEW .....	34
FICHA TÉCNICA DE PRODUTO – HIPOCLORITO DE SÓDIO .....	44
FICHA TÉCNICA DE PRODUTO – IODOPOVIDONA DÉRMICA.....	46
FICHA TÉCNICA DE PRODUTO – IODOPOVIDONA ESPUMA.....	47
FICHA TÉCNICA DE PRODUTO – LIFOSCRUB.....	48
FICHA TÉCNICA DO PRODUTO – PERÓXIDO DE HIDROGÉNIO .....	61
(ÁGUA OXIGENADA).....	61
FICHA TÉCNICA DO PRODUTO - SKINPREP.....	62
3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELECTRÓNICAS .....	69

## 0-INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de saúde, no Instituto Politécnico de Setúbal, e a realizar estágio opcional Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente do CH EPE, estou a desenvolver um Projeto de Aquisição de Competências (PAC) em que se pretende desenvolver competências do enfermeiro especialista em situação crítica, nomeadamente na competência K2 (Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima).

No ambiente hospitalar devido às condições de trabalho, às atividades desenvolvidas, ao equipamento técnico disponível e às substâncias utilizadas, existe uma diversidade de riscos para os profissionais de saúde, podendo ser classificados como biológicos, físicos, químicos, psicossociais e relacionados com o trabalho e a sua atividade (ergonómicos). Os primeiros são os responsáveis por infeções agudas e crónicas, ocasionadas por vírus, fungos e bactérias. Os físicos são aqueles causados pelas radiações, vibrações, ruídos, temperatura ambiental, iluminação e eletricidade. Os riscos químicos resultam do manuseio de uma variedade grande de substâncias químicas e também pela administração de medicamentos que podem provocar desde simples alergias até importantes neoplasias. Os psicossociais relacionam-se com todas as situações de stress profissional e os relacionados com o trabalho e a sua atividade inclui fatores relacionados com a postura e a atividade física no local de trabalho (MS, ARSLVT, 2010).

Ao exercer funções num serviço de urgência onde se prestam cuidados de saúde a doentes com variados contextos clínicos, é muitas vezes necessário atuar de forma rápida e eficaz, muitas vezes recorrendo a técnicas invasivas para as quais é necessária a utilização de produtos antissépticos e desinfetantes. Estes produtos são constituídos por substâncias químicas. Torna-se, assim, imprescindível possuir conhecimentos relacionados com o manuseamento adequado destes produtos porque com frequência são manipulados inadvertidamente, o que pode resultar em risco para os profissionais de saúde e doentes.

Com a elaboração deste documento pretende-se apresentar os diversos produtos de limpeza, desinfetantes e antissépticos existentes no SUG, as respetivas fichas técnicas

de modo a poderem ser consultadas e contribuir para evitar situação de eventual risco ou de prevenir possíveis situações de emergência no SUG.

## 1-CONHECIMENTOS SOBRE PRODUTOS QUÍMICOS

Relativamente aos fatores de risco de natureza química, Martins (1996) refere que o enfermeiro “ frequentemente, utiliza determinadas substâncias químicas que têm potenciais efeitos adversos sobre a saúde, tais como irritações, sensibilizações alérgicas, lesões a nível de alguns órgãos, malformações congénitas, mutações e, inclusivamente cancro.”

Também Uva e Faria (1995) referem que “não há em Portugal qualquer conhecimento sobre os níveis e condições reais de exposição a este tipo de produtos”, pelo que se torna importante ter conhecimentos relativos às suas propriedades e perigos, assim, é necessário ter em atenção aos símbolos de perigo e o seu significado bem como as orientações nas fichas técnicas ou de dados de segurança relacionadas onde é referido os riscos específicos e cuidados com a sua manipulação.

As vias de contaminação podem ser a inalação, a absorção, a via cutânea e a ingestão (Prista e Uva, 2004). Contudo nem sempre a exposição resulta em efeitos prejudiciais à saúde, os quais irão depender de fatores, tais como o tipo e concentração do agente químico, a frequência e a duração da exposição, as práticas e os hábitos laborais e suscetibilidade individual. Prevenir é uma das maneiras de se evitar os problemas que podem ser desencadeados por essa exposição, porém, para a sua efetividade é necessário que quem lida com estes produtos tenha conhecimento sobre os riscos relacionados com substâncias químicas.

Assim, todos os produtos têm de estar classificados como tal de acordo com os critérios previstos na lei, pois pode classificar-se como uma substância perigosa - Portaria n.º 732-A/96, de 11 de Dezembro, ou de uma preparação perigosa (misturas ou soluções compostas por duas ou mais substâncias) - Decreto-Lei n.º 82/2003, de 23 de Abril.

A transmissão da informação relacionada com os riscos que as substâncias ou preparações perigosas deve ser comunicada pelos fabricantes no rótulo e/ou nas fichas de dados de segurança. Para tal utilizam-se símbolos (pictogramas) e indicações ou frases de risco (R) e frases de segurança (S), que funcionam como ferramenta para a comunicação da informação básica da perigosidade dos produtos químicos.

#### a) Símbolos

Trata-se de pictogramas que identificam, de forma universal, as características e perigos associados aos produtos químicos perigosos.

#### b) Frases de Risco

Estas frases descrevem os efeitos concretos do produto sobre a saúde humana, sobre o meio ambiente ou as características perigosas para a segurança. A cada frase é associado um único código composto pela letra R seguida de um número. Existem várias traduções para os países da união europeia contudo o significado mantém-se. Apresenta-se a seguir uma listagem com as Frases de Risco mais utilizadas e que podem ser encontradas em rótulos de vários produtos.

Contudo, mais recentemente, segundo o regulamento europeu (CE) 1272/2008 para a classificação, rotulagem e embalagem de substâncias e misturas que entrou em vigor a 20 de Janeiro de 2009, foi adotado o sistema “UN Globally Harmonised System” de classificação e rotulagem de produtos químicos (GHS).

Este Regulamento (também chamado de CLP) e o Regulamento (CE) 1907/2006 relativo ao registo, avaliação, autorização e restrição dos produtos químicos (regulamento REACH) estão a substituir gradualmente a legislação existente de controlo de produtos químicos que engloba substâncias (67/548/CEE ou DSD) e misturas (1999/45/CE ou DPD). É destinado a identificar substâncias químicas perigosas e a informar os utilizadores sobre estes perigos através de símbolos normalizados e frases nos rótulos das embalagens, bem como através de fichas de dados de segurança (SDS).

O novo regulamento introduz novos **pictogramas** de aviso, em que os atuais pictogramas da UE (símbolo preto em fundo laranja) estão a ser substituídos pelos pictogramas GHS (símbolo preto em fundo branco, dentro de moldura vermelha), não apenas nas substâncias químicas utilizadas no local de trabalho, mas também nos produtos de consumo, como detergentes ou produtos de limpeza domésticos.










No que se refere às atuais **frases** de risco R passam a novas frases de perigo H e as frases de segurança S passam a novas frases de prudência P.

As **Fichas de Segurança** incluem também as alterações regulamentares, exibindo os novos pictogramas e frases.

Além disso é possível que a classificação de alguns produtos e a informação sobre os componentes perigosos sejam alterados nas Fichas de Segurança. É importante ter noção que estas alterações não têm que ser forçosamente devido a alterações de formulação química dos produtos, mas simplesmente um resultado de novos critérios para a classificação CLP.

O Regulamento CLP entrou em vigor em 20 de Janeiro de 2009 e substituirá progressivamente a Diretiva relativa a Substâncias Perigosas (67/548/CEE) e a Diretiva relativa a Preparações Perigosas (1999/45/CE), sendo estas revogadas em 1 de Junho de 2015.

Na tabela seguinte são apresentados os novos pictogramas:

Pictogramas & classes de perigo do GHS		
		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oxidantes</li> <li>• Peróxidos orgânicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inflamáveis</li> <li>• Auto-reativos</li> <li>• Pirofóricos</li> <li>• Auto-aqueceíveis</li> <li>• Emite gás inflamável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explosivos</li> <li>• Reativos</li> <li>• Peróxidos orgânicos</li> </ul>
		
Toxicidade aguda (severa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corrosivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gases sob pressão</li> </ul>
		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinogénico</li> <li>• Sensibilizante à respiração</li> <li>• Toxicidade à reprodução</li> <li>• Toxicidade em órgão alvo</li> <li>• Mutagenicidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perigoso para o meio ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritante</li> <li>• Sensibilizante dérmico</li> <li>• Toxicidade aguda (perigoso)</li> </ul>

Fonte: <http://osha.europa.eu/pt/topics/ds/clp-2013-classification-labelling-and-packaging-of-substances-and-mixtures>

Para o manuseamento destes produtos é necessário ter em atenção os seguintes princípios de segurança:

- Conhecer riscos associados aos produtos químicos a serem usados, observar e providenciar os cuidados apropriados antes de começar a trabalhar.
- Usar somente produtos químicos perigosos com propósitos específicos.
- Ficar atento às condições de falta de segurança e, se for o caso, implementar ações corretivas.
- Manter solventes inflamáveis em recipientes adequados e longe de fontes de calor.
- Conhecer as propriedades tóxicas das substâncias químicas antes de empregá-las.
- Usar equipamentos de proteção individual, para se proteger de exposição.
- Não levar as mãos à boca ou aos olhos, quando estiver manuseando produtos químicos.
- Assegurar que as substâncias químicas não sejam manipuladas por pessoas não autorizadas.
- Manter uma boa ventilação e iluminação.
- Fechar hermeticamente as embalagens de produtos químicos após a utilização;

## **2- FICHAS TÉCNICAS DE SEGURANÇA**

**FICHA TÉCNICA DO PRODUTO – ÁLCOOL ETÍLICO A 70°**

**FICHA TÉCNICA DO PRODUTO – BACT 200**

**FICHA TÉCNICA DO PRODUTO – BRAUNNODERM CORADO**

**FICHA TÉCNICA DO PRODUTO – CUTASEPT F**

27

363

**FICHA TÉCNICA DO PRODUTO - ESO ZIM NEW**

34

364

**FICHA TÉCNICA DE PRODUTO – HIPOCLORITO DE SÓDIO**

44

365

**FICHA TÉCNICA DE PRODUTO – IODOPOVIDONA DÉRMICA**

**FICHA TÉCNICA DE PRODUTO – IODOPOVIDONA ESPUMA**

**FICHA TÉCNICA DE PRODUTO – LIFOSCRUB**

48

368

**FICHA TÉCNICA DO PRODUTO – PERÓXIDO DE HIDROGÉNIO  
(ÁGUA OXIGENADA)**

**FICHA TÉCNICA DO PRODUTO - SKINPREP**

62

370



# **APÊNDICE XXII**

## **GRELHA DE AUDITORIA SOBRE O ADEQUADO ACONDICIONAMENTO DE PRODUTOS TÓXICOS EXISTENTES NO SUG**



**GRELHA DE AUDITORIA SOBRE O ADEQUADO  
ACONDICIONAMENTO DE PRODUTOS TÓXICOS EXISTENTES NO  
SU**

	SIM	NÃO
Os produtos estão acondicionados de acordo com o risco associado		
As embalagens de produtos tóxicos existentes no SU estão armazenadas num espaço específico e apenas para esse fim		
O local de armazenamento é mantido fechado		
Estes produtos são de acesso restrito aos profissionais do serviço		
O local onde estão acondicionados apresenta-se seco, com temperatura amena e ventilado		
O local onde estão armazenados encontra-se em local distante de equipamento elétrico		
O local é suficientemente iluminado para permitir a leitura dos rótulos dos produtos		
O local onde estão acondicionados apresenta superfícies lisas e de fácil limpeza		
Durante a receção dos produtos é verificado a identidade, quantidade dos produtos e integridade das embalagens		
Os produtos existentes são rigorosamente controlados quanto ao prazo de validade		
Existem fichas técnicas de segurança dos produtos disponíveis e em local de fácil acesso		
Os profissionais do SUG têm conhecimento da existência das fichas técnicas de segurança		
Existe uma lista/inventário dos produtos existentes (nome, quantidade, lote e prazo de validade)		
Existe equipamento de segurança adequado aos produtos existentes, de modo a minimizar um possível acidente		



# **APÊNDICE XXIII**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO NA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR**





**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE SETUBAL**

**1º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA**

**Relatório de Estágio Opcional**  
**Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do**  
**CHMST, EPE**

**Elaborado por: Mónica Sofia Oliveira Veríssimo**

**Orientador: Enf.<sup>a</sup> Especialista Teresa Lourenço**

**Tutor: Prof. Elsa Monteiro**

**Setúbal, julho 2012**



## Índice

<b>0-INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.CARACTERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR DO CHMST, EPE</b>	<b>5</b>
<b>3.CONCLUSÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>11</b>
<b>REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS.....</b>	<b>11</b>

## **0-INTRODUÇÃO**

No sentido contribuir para o desenvolvimento do Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC) realizámos um estágio opcional na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH) de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, EPE (CHMST, EPE), que decorreu no período de 7 de Maio e 20 de Junho de 2012, num total de 40 horas. Este estágio decorreu sob a orientação das Enfermeiras Rosário Rodrigues e Tatiana Silva.

Os objetivos que se planearam com a realização deste estágio prendem-se com a necessidade de adquirir conhecimentos na área do controlo de infeção, bem como conhecer as funções dos profissionais que exercem funções na área de controlo de infeção, na instituição onde exercemos funções.

O presente relatório divide-se em três partes: a primeira onde se descreve a CCIH do CHMST, EPE como órgão funcional, uma segunda parte onde são descritas as atividades realizadas, e por último a conclusão, onde pretendemos fazer uma reflexão final onde são referidos os contributos com a realização deste estágio.

## **1.CARACTERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR DO CHMST, EPE**

Segundo a DGS (2007) em todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e privadas deve ser instituída e/ou operacionalizada uma Comissão de Controlo de Infecção (CCI) para minimizar e controlar o risco da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

De acordo com a circular normativa da DGS nº 15/10/2007, uma comissão de controlo de infeção deve integrar, sempre que possível, profissionais das diversas áreas e Comissões e Grupos de Trabalho relevantes no controlo da infeção, devendo ser atribuída a estes profissionais uma carga horária ajustada ao volume de atividades desenvolvidas e às dimensões e necessidades específicas de cada unidade de saúde.

A Comissão de Controlo de Infecção do CHMST, EPE é um órgão de assessoria ao Conselho de Administração e é constituída por duas enfermeiras a tempo inteiro e quatro médicos em tempo parcial nas áreas da Infeciologia, Cirurgia, Patologia Clínica e Medicina Interna, sendo este último o presidente da CCIH. São também membros desta equipa uma farmacêutica e uma administrativa.

De modo a ser possível responder às estratégias recomendadas pelo Plano Nacional de Controlo de Infecção as enfermeiras da CCIH têm como funções atribuídas:

- Realização de normas e procedimentos em colaboração com o departamento dos padrões de qualidade;
- Planear e aplicar sistemas de monitorização do cumprimento das normas e procedimentos;
- Identificar as necessidades na área da formação multidisciplinar e planear e desenvolver as ações de formação que abranjam todos os grupos profissionais e participar nessas ações de formação ou cursos como formador. Deverá ainda,

colaborar na seleção dos formadores conteúdos temáticos que entender adequados de acordo com as áreas a abordar e os grupos profissionais envolvidos. Estar atento às necessidades de formação, nomeadamente, a formação dos profissionais em fase de integração e/ou recém-formados;

- Colaborar no planeamento e implementação dos programas de vigilância epidemiológica propostos pela Direcção-Geral da Saúde;
- Identificar necessidades de intervenção na área da vigilância epidemiológica e apresentar propostas para a sua implementação;
- Realização dos estudos de incidência;
- Realização do Inquérito de Prevalência de Infecção anual do CHMST, EPE;
- Elaboração do caderno de encargos da limpeza, resíduos e lavandaria em colaboração com os serviços hoteleiros;
- Realização de auditorias duas vezes por ano a todos os serviços do CHMST, EPE, incluindo os serviços de limpeza e lavandaria;
- Colaborar no planeamento e implementação de eventos científicos e ou de investigação a nível nacional e internacional,
- Colaborar nos processos de recolha e divulgação da bibliografia atualizada.

A operacionalização da Vigilância Epidemiológica no CHMST, EPE, compreende:

- Após colheita dos produtos orgânicos aos doentes, estes são enviados para o laboratório e são analisados;

- No Laboratório, aquando os resultados e mediante a deteção dos microrganismos alerta, os multirresistentes e os de fácil transmissão (staphylococcus aureus metilcilina- resistente, staphylococcus aureus resistente à vancomicina, acinetobacter, enterococcus resistente à vancomicina, enterobactereaceas, pseudomonas resistente aos carbapenemes ou multirresistente, clostridium difficile), estes são enviados para a CCIH e para o serviço onde o doente está internado para conhecimento dos enfermeiros chefes e respetivo chefes de serviços. Esta medida é fundamental para a aplicação de medidas de isolamento o mais precoce possível, assim como as restantes medidas terapêuticas necessárias.
- De acordo com os resultados, as enfermeiras da CCIH preenchem a folha de preenchimento obrigatório, com vista à participação de infeção e enviada para o serviço do cliente para colocar no processo.

A Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar do CHMST, EPE tem como **Missão**:

- Ser reconhecida como um serviço de referência na Instituição em matéria de prevenção e controlo de infeção, assumindo-se como parceira privilegiada do Conselho de Administração e dos profissionais prestadores de cuidados.
- Ser um centro de recursos e de conhecimento nesta área e ser elemento dinamizador da política de qualidade dos cuidados na Instituição.

A **Finalidade** dos serviços prestados é:

- Evitar as infeções evitáveis, protegendo os doentes e profissionais e fazendo-o de uma forma custo-efetiva.

Tem como **Meta**:

- Motivar e sensibilizar os enfermeiros para a melhoria contínua das práticas de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS).

Os **valores** preconizados assentam:

- Transparência nos processos de decisão, baseados em critérios explícitos e disponíveis;
- Desempenho norteado pela competência técnico-científica, baseada na melhor evidência científica possível;
- Respeito pelos princípios éticos, integridade, participação e confidencialidade.

(<http://www.chbm.min-saude.pt/>, consultado em Junho de 2012)

## **2.DESCRICÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Durante o período de estágio na CCIH do CHMST, EPE procurámos desenvolver atividades que pudessem contribuir para o desenvolvimento do PAC.

Foi-nos possibilitado a realização de pesquisa bibliográfica, de consultar normas e documentos que contribuíram para o desenvolvimento e elaboração dos trabalhos delineados para o PAC. Concomitantemente, este estágio proporcionou-nos também ter conhecimento global dos programas de controlo de infeção implementados no CHMST, EPE, com possibilidade de consulta bibliográfica.

Foi possível assistir a uma sessão de formação, que decorreu em vários dias, para os assistentes operacionais, de vários serviços da instituição, subordinada ao tema “Descontaminação de superfícies”. Nos dias presenciados foram abordados vários temas como antissépticos e desinfetantes, Programa Nacional de Controlo de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI, 2009), Classificação de Spaulding, limpeza e desinfecção em ambiente hospitalar e de dispositivos médicos, entre outros.

Foi também possível presenciar uma sessão de formação para os enfermeiros observadores da prática da higienização das mãos, de vários serviços da instituição, inserido no Programa Nacional de “Mãos limpas salvam vidas”.

Estivemos presentes numa reunião da Comissão de Controlo De Infeção Hospitalar em que estiveram presentes alguns dos seus membros e onde foram discutidos assuntos como a realização de auditorias às estruturas e armazenamento de material esterilizado do CHMST, EPE, foram agendadas formações para o 2º semestre de 2012, propôs-se a realização de reuniões com os vários elos de ligação da CCIH para o 2º semestre de 2012 e efetuou-se um balanço sobre o inquérito aplicado nos diversos serviços da instituição, e que contribuem para um Estudo de Prevalência Europeu de Infeções Hospitalares e Uso de Antimicrobianos, em que se referiu que se iria proceder à introdução dos dados.

### **3.CONCLUSÃO**

Consideramos que com a realização deste estágio contribuiu para termos a percepção do desempenho de uma equipa de profissionais de saúde que contribui para o cuidar dos doentes de uma forma segura, tendo o controlo de infeção como base dos cuidados prestados.

De um modo global, todas as atividades desenvolvidas foram de muito interesse, com particular importância, a sessão de formação para os enfermeiros observadores da prática da higienização das mãos no sentido que contribuiu para refletirmos sobre a nossa prática e tentarmos melhorar algumas atitudes.

Pensamos que a realização deste estágio traduziu-se numa vantagem para a consolidação de saberes, que serão importantes para melhorar os cuidados de enfermagem prestados, através de uma prática mais reflexiva e alicerçada em conhecimentos mais aprofundados.

Com a partilha de saberes e experiências desenvolvidas neste estágio foi possível desenvolver capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas (K3) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que se refere a situações de intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação e/ ou falência orgânica.

Para finalizar, consideramos atingidos os objetivos propostos inicialmente para a realização deste relatório.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Normas de procedimentos da Comissão de Controlo de Infecção do CHMST, EPE;
- Apontamentos retirados, mediante as informações concedidas durante o estágio.

## **REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS**

- Visão, valores e missão da CCI do Hospital do CHMST, EPE. Disponível em: [www.chbm.min-saúde.pt/](http://www.chbm.min-saúde.pt/) [30/06/2012].



# **APÊNDICE XXIV**

## **PROCEDIMENTO SETORIAL – DRENAGEM TORÁCICA**



	PROCEDIMENTO SETORIAL	
	DRENAGEM TORÁCICA	

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO		
Nº E DATA DE REVISÃO H  Junho 2012	0	

<b>APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO</b>
--

### 1. OBJECTIVO

Uniformizar a prática dos cuidados de enfermagem para a colocação, manutenção e remoção dos drenos torácicos e sistemas de drenagem subaquáticos;

Assegurar a qualidade e segurança nos cuidados prestados a doentes com drenagem torácica

### 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os doentes do SUG, do CHMST, EPE, com drenagem torácica

### 3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### 4. RESPONSABILIDADES

#### 4.1 Pela implementação do procedimento:

Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência do CHMST, EPE

#### 4.2 Pela revisão do procedimento:

Enfermeira Mónica Veríssimo

## 5. DEFINIÇÕES

**Cavidade pleural-** É um espaço virtual nas situações normais, isto é, um espaço praticamente inexistente, ocupado por uma pequena quantidade de líquido para lubrificação das pleuras. Em situações patológicas, esse espaço poderá ser ocupado por ar ou líquidos, que tem por função reduzir o atrito entre os folhetos pleurais, durante o movimento respiratório.<sup>1,2</sup>

**Drenagem torácica-** A técnica da drenagem torácica consiste na colocação de um cateter torácico no espaço pleural, e a sua conexão a um sistema de drenagem. O objetivo da drenagem torácica é remover coleção de líquido ou ar alojado na cavidade pleural, decorrente de processos infecciosos, trauma ou procedimentos invasivos, possibilitando a reexpansão pulmonar e o restabelecimento da pressão subatmosférica do espaço para evitar complicações.<sup>1,9</sup>

**Drenagem passiva-** A drenagem acontece pela ação da gravidade.<sup>1</sup>

**Drenagem ativa-** A drenagem acontece através da pressão negativa exercida com a ajuda de um sistema aspirador de baixa pressão.<sup>1</sup>

## 6. SIGLAS E ABREVIATURAS

CHMST,EPE- Centro Hospitalar Margem Sul Do Tejo, EPE

SUG- Serviço de Urgência Geral

Cm H<sub>2</sub>O- centímetros de água

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
Mónica Veríssimo Aluna do 1º Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica	Serviço de Gestão da Qualidade CCIH	

## 7. REFERÊNCIAS

- <sup>1)</sup> **CASTILHO**, Amélia; et al – *Cuidados de enfermagem ao doente com drenagens torácicas*. Revista Referência nº5- Novembro 2000.
- <sup>2)</sup> **MONAHAN**, Frances D.; et al – *Phipps- Enfermagem Médico- cirúrgica*. 8ª Edição. Loures: Lusociência (2004).p.685-690
- <sup>3)</sup> **SCHAFFLER**, Arne; **MENCHE**, Nicole - *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem-Manual para enfermeiros e outros profissionais de saúde*. Loures: Lusociência (2004).p.145-147
- <sup>4)</sup> **SHEEHY**, Susan; et al – *Enfermagem de Urgência- Da teoria à prática*.4ª Edição.Loures: Lusociência (2001).p.322-326
- <sup>5)</sup> **SWEARINGEN**, Pamela; **KEEN**, Janet – *Enfermagem de cuidados intensivos*. Loures: Lusociência (2003). p.286-291
- <sup>6)</sup> **VEIGA**, Bárbara S. et al – *Manual de normas de enfermagem: Procedimentos Técnicos*.2ª Edição. Lisboa: ACSS, Ministério da Saúde (2008)

Referências eletrônicas:

- <sup>7)</sup> <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/8877/pdf>, acessido em 1 de Junho de 2012
- <sup>8)</sup> [http://www.cesumar.br/epcc2009/anais/talita\\_priscila\\_scomparin.pdf](http://www.cesumar.br/epcc2009/anais/talita_priscila_scomparin.pdf), acessido em 1 de Junho de 2012
- <sup>9)</sup> [http://www.proac.uff.br/esai2/sites/default/files/drenagem\\_toracica\\_2.pdf](http://www.proac.uff.br/esai2/sites/default/files/drenagem_toracica_2.pdf), acessido em 3 de Junho de 2012
- <sup>10)</sup> <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/dreno-de-torax.pdf>, acessido em 3 de Junho de 2012

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
<i>Joint Commission International</i>		

## 8. DESCRIÇÃO

A drenagem torácica consiste na introdução de um ou mais drenos na cavidade torácica para remoção de líquido e/ou ar, secreções ou ar, que se encontram no espaço pleural, de modo a restabelecer a pressão negativa no espaço pleural, manter a função cardiorespiratória e a estabilidade hemodinâmica. <sup>(6)</sup>

É uma técnica asséptica, executada pelo médico, o enfermeiro colabora com o médico na colocação e executa cuidados de manutenção com a drenagem. <sup>(3)</sup>

Têm como indicação a remoção de ar (pneumotórax), sangue (hemotórax), pus (empiema), linfa (quilotórax) e líquido de pericárdio (hidrotórax), líquidos associados a tumores que infiltram a pleura, que podem resultar de processos infecciosos, traumáticos, procedimentos cirúrgicos, entre outros. <sup>(9)</sup>

De acordo com o produto que se pretende remover o local de inserção da drenagem pode variar, assim para a remoção de ar, o dreno é inserido na porção superior da parede torácica anterior ao nível do 2º ou 3º espaço intercostal anterior, na linha média clavicular. <sup>(1;4;5)</sup>

Para drenar líquido, os drenos são colocados na porção inferior da cavidade torácica ao nível do 4º a 6º espaço intercostal, na linha média axilar. <sup>(1;4;5)</sup>

Podem-se classificar relativamente ao tipo de sistema de drenagem (selo de água ou valvular) e ao processo de drenagem (ativa e passiva). <sup>(1; 6)</sup>

Na drenagem passiva o conteúdo da cavidade torácica é drenado para o exterior por ação dos movimentos respiratórios do indivíduo e da gravidade.

Permite a drenagem de líquidos de maneira gradual sem o auxílio de aspiração contínua.

O sistema de drenagem torácica constitui-se, basicamente do dreno, propriamente dito, um conector, uma extensão intermediária e um frasco coletor. <sup>(7)</sup>

Neste tipo de sistemas uma das extremidades da tubuladura é submersa num líquido estéril (pode-se utilizar cloreto de sódio ou água destilada) introduzido no frasco coletor e a outra extremidade é conetada ao dreno torácico. <sup>(1,4)</sup>

A coluna de água que preenche a porção imersa da tubuladura vai funcionar como válvula unidirecional, ou seja, impede o retorno de ar ao espaço pleural.

O adequado funcionamento da drenagem verifica-se quando existe oscilação do soluto (pode-se utilizar cloreto de sódio ou água destilada) colocado na coluna para o líquido.

Mais recentemente já existe um sistema de uso único, compacto, de fácil manuseamento e que funciona de modo similar ao sistema de triplo frasco. Têm três câmaras: uma para recolha do produto drenado, outra para o selo de água e a terceira destina-se à aplicação de um sistema de vácuo (sucção).<sup>(1;8)</sup>

No serviço de urgência utilizam-se os sistemas de drenagem aqua seal constituída por uma câmara de selagem em imersão, outra de recolha e outra de controlo de aspiração, como o que se apresenta na imagem seguinte:

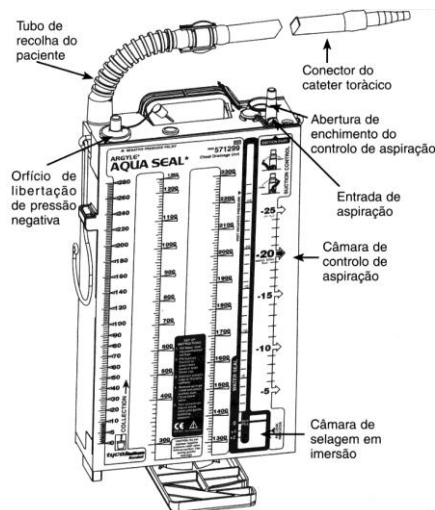


fig 1 – Sistema de drenagem aqua seal

Fonte: Documento que se encontra anexado ao sistema de drenagem torácica aqua seal

Na drenagem ativa a extração do conteúdo da cavidade torácica ocorre para o exterior através da pressão negativa exercida com a ajuda de um sistema aspirador, cuja pressão aplicada não pode ser muito grande (o máximo oscila entre -20 e -30 cmH2O).<sup>(3;9)</sup>

Este sistema permite a saída de forma mais rápida no qual usa-se uma bomba de pressão negativa. No sistema usa-se dois frascos: um conectado ao paciente (coletor), outro à bomba de sucção (frasco redutor), encontrando-se os dois interligados entre si (extensor – intermediário).<sup>(1;9;10)</sup>

Devem ser assegurados alguns cuidados para permitir a permeabilidade e integridade do sistema, tais como:

- Assegurar que todas as conexões do sistema estão vedadas e regular a aspiração de acordo com a prescrição;
- Imobilizar o local de inserção do dreno utilizando um penso;
- Verificar que não existem angulações na tubuladura;
- Manter sempre o sistema de drenagem abaixo do nível de inserção do dreno;
- Vigiar a câmara sub- aquática para deteção de borbulhar ou alteração de quantidade de líquido drenado;
- Evitar espremer por rotina as tubuladuras torácicas pelo risco de aumento da pressão negativa intratorácica;
- Vigiar o doente regularmente para verificação da mobilidade torácica e despiste de possíveis complicações.
- Substituir o sistema de drenagem torácica se estiver danificado ou quando o volume recolhido atingir ou exceder a capacidade máxima da câmara reservatória. <sup>(1;3;10)</sup>

Na necessidade de realizar o transporte de um doente com drenagem torácica alguns cuidados devem ser tidos em conta para prevenir complicações:

- Ter em atenção para o dreno não ficar preso em alguma saliência e poder exteriorizar-se inadvertidamente,
- Não ir com o dreno clampado (pelo risco de agravamento de derrame), devendo mantê-lo abaixo do local de inserção do dreno. Na necessidade de efetuar uma clampagem do dreno deve ser mantida pelo menor espaço de tempo possível e no final da fase expiratória. <sup>(10)</sup>

Material necessário:

- Bata esterilizada impermeável
- Luvas esterilizadas
- Máscara cirúrgica com viseira
- Barrete
- Campos esterilizados de pano sem buraco de tamanho grande
- Lidocaína a 1% ou 2% sem adrenalina
- Solução dérmica desinfetante (iodopovidona ou clorexidina 2% solução alcoólica, segundo procedimento geral: uso de antissépticos)

- Dreno torácico, de acordo com a indicação médica (calibres 16F a 28F são utilizados para a remoção de ar, calibres 36F a 40F são utilizados para drenar sangue ou secreções mais espessas)
- Sistema de drenagem torácica
- Agulhas IM e SC (1 de cada)
- Seringas de 5 e 10 ml (1 de cada)
- Adesivo hipoalérgico
- Tabuleiro de penso simples
- Resguardo descartável
- Sedas para sutura (0/0)
- Clamp de drenagem torácica (2)
- 1 Tesoura ou lâmina
- 1 Taça para desinfetante
- Soro fisiológico
- Compressas esterilizadas
- Solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) para higienização das mãos
- Contentor de cortantes e perfurantes

Procedimento:

#### Fase de inserção do dreno

Ações de enfermagem	Justificação
Identificar o doente	Gerir o risco e segurança
Explicar ao doente todos os procedimentos a realizar	Diminuir a ansiedade e obter a sua colaboração
Proceder à lavagem higiénica das mãos, segundo a Circular Normativa nº13/DQS/DSD e documento de apoio referente a Orientação de boa prática para a higiene das Mãos nas Unidades de Saúde	Prevenir IACS

Reunir o material necessário	Gerir tempo
Providenciar um ambiente calmo e adequado	Respeitar a privacidade e dignidade
Monitorizar sinais vitais (tensão arterial, pulso, temperatura, frequência respiratória e dor)	Prevenir complicações hemodinâmicas e obter valores de referência
Administrar terapêutica analgésica (se prescrito)	Diminuir a dor Facilita o procedimento
Posicionar o doente em decúbito dorsal a 45 <sup>o</sup> , ligeiramente lateralizado	Facilitar a execução da técnica e prevenir complicações
Aplicar o resguardo impermeável sob o doente	Prevenir IACS
Preparar o local de inserção: higiene e tricotomia (se houver necessidade deve ser utilizado tricotomizador com lâmina descartável de modo a evitar soluções de continuidade da pele que podem contribuir para aumentar o risco de infeção)	Prevenir infeções Facilitar a fixação do penso
Proceder à lavagem higiénica das mãos	Prevenir IACS
Colocar EPI	Prevenir IACS
Preparar material esterilizado a ser utilizado	Prevenir IACS
Colaborar com o médico no procedimento	Facilitar a execução da técnica

Apoiar psicologicamente o doente	Diminuir a ansiedade e obter a sua colaboração
Adaptar a extremidade do dreno ao sistema	Obter um sistema de drenagem fechado
Posicionar o recipiente de drenagem abaixo do nível do tórax, em suporte adequado	Prevenir o refluxo Promover a drenagem
Verificar se existe oscilação na coluna de água do recipiente e que funciona como selo de água	Verificar a permeabilidade do sistema
Realizar penso oclusivo no local de inserção do dreno torácico e imobilizar o dreno	Prevenir infeções Evitar deslocação acidental Facilita a drenagem
Averiguar que não existe angulação na tubuladura	Garantir a permeabilidade do sistema de drenagem
Proceder à lavagem higiénica das mãos	Prevenir as IACS
Posicionar o doente confortavelmente	Prevenir complicações Promover o conforto
Monitorizar os sinais vitais (tensão arterial, pulso, temperatura, frequência respiratória e dor)	Prevenir complicações e obter valores de referência
Recolher e dar destino adequado a todo o material utilizado de acordo com o Procedimento Geral: Gestão de resíduos	Prevenir a contaminação

hospitalares e recicláveis.	
Proceder à lavagem higiénica das mãos	Prevenir as IACS
Providenciar a realização de radiografia ao tórax	Despistar complicações
Incentivar o doente a posicionar-se (se possível)	Melhorar a ventilação e a drenagem
Realizar registos de enfermagem relativos à permeabilidade do sistema, características da pele e/ou penso, quantidade e características do conteúdo drenado	Transmitir informação Contribuir para a continuidade dos cuidados de enfermagem

### Fase de manutenção do dreno

Material necessário:

- Tabuleiro de penso simples
- Luvas esterilizadas
- Luvas não esterilizadas
- Máscara cirúrgica sem viseira
- Bata não esterilizada
- Compressas esterilizadas
- Adesivo
- Solução dérmica desinfetante (iodopovidona ou clorexidina 2% solução alcoólica, segundo procedimento geral: uso de antissépticos)
- Resguardo impermeável
- Solução anti-sética de base alcoólica (SABA) para higienização das mãos
- 2 clampes

Ações de enfermagem	Justificação
Proceder à lavagem higiénica das mãos	Prevenir IACS
Reunir o material necessário	Gerir tempo
Explicar ao doente todo o procedimento a realizar	Diminuir a ansiedade e obter a sua colaboração
Providenciar um ambiente calmo e adequado	Respeitar a privacidade e dignidade
Monitorizar sinais vitais (tensão arterial, pulso, temperatura, frequência respiratória e dor)	Prevenir complicações e obter valores de referência
Administrar terapêutica analgésica (se prescrito)	Diminuir a dor Facilita o procedimento
Posicionar o doente em decúbito dorsal a 45 <sup>o</sup> , com o tronco ligeiramente lateralizado e com o membro superior elevado (do lado onde vai ser colocada a drenagem)	Facilitar a execução da técnica e prevenir complicações
Proceder à higienização das mãos	Prevenir IACS
Preparar material esterilizado a ser utilizado	Prevenir IACS
Proceder à higienização das mãos	Prevenir IACS
Colocar EPI	Prevenir IACS
Remoção de penso do local de inserção do dreno	Expor o local de inserção de dreno

Observar o local de inserção do dreno	Detetar sinais inflamatórios
Retirar luvas	Prevenir IACS
Proceder à higienização das mãos	Prevenir IACS
Calçar luvas esterilizadas	Manter a assepsia
Realizar penso oclusivo com técnica asséptica ao local de inserção do dreno torácico, se houver alterações nas características da pele circundante e sempre que a integridade do penso esteja comprometida) e imobilizar o dreno	Prevenir infeções Evitar deslocação acidental Facilita a drenagem
Verificar a oscilação do líquido	Permite verificar a permeabilidade do sistema
Verificar o borbulhar do líquido no recipiente, em situação de pneumotórax	Verificar a eficácia do sistema de drenagem
Providenciar 2 clampes em local visível e de fácil acesso	Se necessário realizar substituição do sistema de drenagem ou por desconexão
Proceder à higienização das mãos	Prevenir as IACS
Estimular o doente a realizar inspirações profundas e a mobilizar-se com frequência	Facilita a drenagem Promove a expansão pulmonar
Recolher e dar destino adequado a todo o material utilizado	Prevenir a contaminação
Proceder à lavagem higiénica das mãos	Prevenir as IACS
Realizar registos de enfermagem relativos	Transmitir informação

à permeabilidade do sistema, características da pele e/ou penso, quantidade e características do conteúdo drenado	Contribuir para a continuidade dos cuidados de enfermagem
---	---

### Fase de remoção de dreno

Material necessário:

- Tabuleiro de penso simples
- Luvas esterilizadas
- Luvas não esterilizadas
- Compressas esterilizadas
- Máscara cirúrgica com viseira
- Bata não esterilizada
- Adesivo
- Solução dérmica desinfetante (iodopovidona ou clorexidina 2% solução alcoólica, segundo procedimento geral: uso de antissépticos)
- Lâmina de bisturi
- Resguardo impermeável
- Solução anti-sética de base alcoólica (SABA) para higienização das mãos
- Contentor de cortantes e perfurantes

Ações de enfermagem	Justificação
Explicar ao doente todos os procedimentos a realizar	Diminuir a ansiedade e obter a sua colaboração
Proceder à higienização das mãos	Diminuir IACS
Reunir o material necessário	Gerir tempo
Providenciar um ambiente calmo e	Respeitar a privacidade e dignidade

adequado	
Monitorizar sinais vitais (tensão arterial, pulso, temperatura, frequência respiratória e dor)	Prevenir complicações e obter valores de referência
Administrar terapêutica analgésica (se prescrito)	Facilitar o procedimento Diminuir a dor
Posicionar o doente em decúbito dorsal a 45°, com o tronco ligeiramente lateralizado e com o membro superior elevado (do lado onde vai ser colocada a drenagem)	Facilitar a execução da técnica e prevenir complicações
Aplicar o resguardo impermeável sob o doente	Prevenir a contaminação
Proceder à higienização das mãos	Prevenir IACS
Preparar material esterilizado a utilizar na remoção do dreno	Prevenir IACS
Proceder à higienização das mãos	Prevenir IACS
Colocar EPI	Prevenir IACS
Remoção de penso do local de inserção do dreno	Expor o local de inserção de dreno
Retirar luvas	Prevenir IACS
Proceder à higienização das mãos	Prevenir IACS
Calçar luvas esterilizadas	Manter a assepsia

Realizar ensino ao doente relativos à necessidade de efetuar uma inspiração profunda e “suspender a respiração”	Prevenir complicações
Colaborar com o médico na remoção do dreno	Facilitar a execução da técnica
Realizar penso oclusivo	Prevenir a infeção e complicações
Proceder à higienização das mãos	Prevenir as IACS
Posicionar o doente confortavelmente	Promover o conforto
Monitorizar os sinais vitais (tensão arterial, pulso, temperatura, frequência respiratória e dor)	Prevenir complicações e obter valores de referência
Recolher e dar destino adequado a todo o material utilizado	Prevenir a contaminação
Proceder à lavagem higiénica as mãos	Prevenir as IACS
Providenciar a realização de radiografia ao tórax	Prevenir complicações
Realizar registos	Transmitir informação  Contribuir para a continuidade dos cuidados de enfermagem

## 9. INDICADORES

Não aplicável.

## 10. ANEXOS



**APÊNDICE XXV**

**AÇÃO DE FORMAÇÃO AOS**

**ASSISTENTES OPERACIONAIS**

**RELATIVAMENTE À**

**DESCONTAMINAÇÃO E**

**MANUSEAMENTO DE**

**MATERIAL E/OU**

**EQUIPAMENTO HOSPITALAR**



## Descontaminação de Material

(Máscaras de Ventilação Não Invasiva e Balão Ressuscitador)



Julho, 2012

Elaborado por Sandra Conreiras e  
Mónica Veríssimo  
Enfª Orientadora Teresa Lourenço  
Prof. Elsa Monteiro

## OBJECTIVO GERAL

- ✓ Prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)



## OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Transmitir conhecimentos sobre a lavagem, desinfecção, descontaminação e esterilização de material e/ou equipamento hospitalar
- ✓ Uniformizar práticas referentes à descontaminação de material e equipamento hospitalar



O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) evidencia que uma das linhas estratégicas utilizadas internacionalmente para reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) passa por "incentivar e promover o ambiente seguro na Unidade de Saúde e as boas práticas de higienização".

(DGS, 2007, p. 9)

Uma adequada limpeza e desinfecção das instalações e equipamentos são medidas cruciais para prevenir e reduzir as infecções cruzadas em utentes e profissionais, bem como para minimizar a gradual deterioração das superfícies.

(ARSLVT, 2009)



- ❑ O material, equipamento e mesmo o ambiente são reservatórios e fontes de infecção cruzada
- ❑ Limpeza e desinfecção ou esterilização são essenciais na redução da sua potencial contribuição para a incidência das IACS
- ❑ Os materiais podem ser veículos da transmissão de microrganismos se a sua descontaminação for inadequada
- ❑ Os métodos de descontaminação devem estar bem definidos e o seu cumprimento é da responsabilidade dos profissionais

(DGS, 2007)



O risco do doente adquirir uma infecção no decurso da prestação de cuidados depende:

Procedimentos a executar  
Susceptibilidade do hospedeiro  
Comportamento do pessoal que executa e apoia os cuidados  
Nível limpeza ( nível microbiológico)  
Dispositivos médicos  
Ambiente

(DGS, 2007)



---

---

## Descontaminação de Material

É o tratamento dado ao material para tornar seguro o seu manuseamento.

É um processo que tem em conta a contaminação consequente à utilização que foi dada ao material, e portanto que inclui a limpeza.

Os processos subsequentes a que o material vai ser sujeito dependerão do uso a que este se destina.

(DGS, 2012)



---

---

## OBJECTIVO DA DESCONTAMINAÇÃO:

- ✓ Proteger os utentes e o pessoal da transmissão de infeção, com origem no material e equipamento, ou seja, nos Dispositivos Médicos utilizados

(DGS, 2012)



---

---

## ETAPAS DA DESCONTAMINAÇÃO:

### 1. Limpeza/ Lavagem:

- Água e detergente:

- Eso Zim (enzimático)
- Bact 200 Herbias
- Joel

### 2. Desinfecção:

- Hipoclorito de Sódio 0,5%
- Álcool 70º
- Estufa

(CCH - CHBM, 2012)



---

---

## ETAPAS DA DESCONTAMINAÇÃO:

### 3. Secagem

- Papel absorvente

### 4. Esterilização

- Indicado para todo o material crítico (aparadeiras e taças, instrumentos cirúrgicos, roupa e campos cirúrgicos)

(CCH - CHBM, 2012)



---

---

## DISPOSITIVO MÉDICO

Todo o material ou artigo utilizado na prestação de cuidados de saúde em seres humanos, com o objectivo de diagnosticar, tratar ou aliviar uma doença, ferida ou incapacidade, bem como para prevenir uma doença ou compensar uma incapacidade definitiva ou temporária.

(DGS, 2012)



---

---

## DISPOSITIVO MÉDICO

**Todos os Dispositivos Médicos utilizados nos doentes devem ser considerados contaminados, independentemente de se conhecer ou não o diagnóstico**

(DGS, 2012)



---

---

## Conceitos Básicos

### Descontaminação

É um processo usado na remoção ou destruição dos microrganismos da pele e mucosas, material médico-cirúrgico e superfícies hospitalares, de modo a torná-los seguros para os fins a que se destinam. Estes processos podem variar desde a esterilização até à simples limpeza com água e sabão.

(DGS, 2012)



---

---

## Conceitos Básicos

### Limpeza

Traduz a remoção de poeiras e matéria orgânica dos objectos e superfícies. É normalmente conseguida através da utilização de água, com ou sem detergente. A limpeza deve preceder sempre os processos de desinfecção e esterilização.

(DGS, 2012)



## Conceitos Básicos

---

### Desinfecção

É um processo destinado a eliminar todos os microrganismos patogénicos, mas não necessariamente de todas as formas de vida microbiana (como por exemplo esporos bacterianos) de objectos e superfícies, mediante a aplicação directa de meios físicos ou químicos.

(DGS, 2012)



## Classificação de Spaulding

---

Em 1968 Spaulding, propôs uma classificação dos materiais em 3 níveis de risco e o necessário tipo de descontaminação, que se mantém actual.

- MATERIAL NÃO CRÍTICO - Lavagem
- MATERIAL SEMI-CRÍTICO – Desinfecção
- MATERIAL CRÍTICO – Esterilização

(DGS, 2012)



## Classificação de Spaulding

---

### Material Semi-Crítico – Risco Intermédio

Material que entra em contacto com as membranas mucosas ou a pele não íntegra. São exemplo de materiais nesta categoria o equipamento de anestesia e de ventilação mecânica, laringoscópios, condutores de tubo endo-traqueal, máscara laringea, dispositivos para medicação inalável, etc. O material semi-crítico pode ser esterilizado mas, de modo geral, uma desinfecção de nível elevado é suficiente.

(DGS, 2012)



## Conceitos Básicos

---

### Esterilização

É a completa eliminação ou destruição de todas as formas de vida microbiana. No hospital são utilizados, o vapor de água sob pressão (autoclave), o calor seco (estufas), o óxido de etileno ou compostos químicos líquidos (este método utiliza-se com artigos que se podem deteriorar por acção do calor).

(DGS, 2012)



## Classificação de Spaulding

---

### Material Não Crítico – Baixo Risco

Material que entra em contacto apenas com a pele íntegra ou que não entra em contacto directo com o doente. Incluem-se nesta categoria pavimentos, paredes, lençóis, material de monitorização, etc. Para o material não-crítico é geralmente suficiente uma lavagem com água e detergente.

(DGS, 2012)



## Classificação de Spaulding

---

### Material Crítico – Risco Elevado

Todo o material que penetra na pele, no sistema vascular ou noutros órgãos isentos de flora microbiana própria (estéreis), bem como todos os que estejam directamente ligados a eles. Estão incluídos nesta categoria os instrumentos cirúrgicos, cateteres cardíacos, material de prótese, roupa utilizada nos actos cirúrgicos, etc. O material crítico deve estar totalmente livre de microrganismos (bactérias, vírus, fungos e esporos) – estéril – na altura da sua utilização. É normalmente submetido a um processo de esterilização.

(DGS, 2012)



## Descontaminação de Material



(DGS, 2012)



## Descontaminação de Material



(DGS, 2012)



## Descontaminação de Material

ARTIGO	PROCEDIMENTO	OBSERVAÇÕES
Balão ressuscitador (tipo Ambú)	Desmontagem e lavagem manual com água quente e detergente neutro (Bact 200), enxaguar e secar.  Proceder à desinfecção do balão por fricção, e desinfecção da válvula por imersão com Álcool 70% (10Min).	Lavar e desinfetar entre doentes, sempre  Não emergir o ambú

(CCH - 2012)



## Descontaminação de Material

ARTIGO	PROCEDIMENTO	OBSERVAÇÕES
Máscaras Ventilação Não Invasiva (Bipap)	Lavagem manual com água quente e detergente neutro/enzimático (Eso Zim), enxaguar e secar.  Proceder à desinfecção por fricção com Álcool 70%.  Esterilizar, se necessário.	A imersão em álcool endurece a borracha  Lavar e desinfetar entre doentes, sempre
Cabresto	Lavagem manual com água quente e detergente neutro (Bact 200 ou Joel), enxaguar e secar	Lavar sempre entre doentes

(CCH -

2012)



## Descontaminação de Material

Para lavar e desinfetar a máscara de ventilação não invasiva



Durante a lavagem deve usar as seguintes medidas de protecção:



## Descontaminação de Material

Esta tem que ser toda desmontada



## Descontaminação de Material

Num reservatório limpo e desinfectado, diluir o detergente enzimático Eso Zim em água corrente a 40-45°C (uma tampa para 5 litros de água)



## Descontaminação de Material

Lavagem manual da máscara e cabresto com água quente e imergir no enzimático (ESO ZIM), durante pelo menos 10 minutos



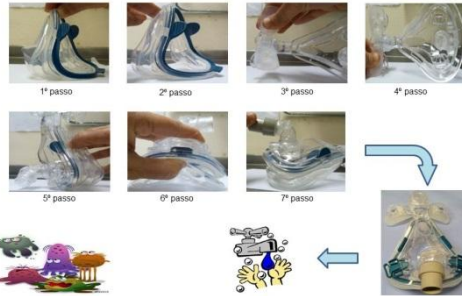
## Descontaminação de Material

Enxaguar abundantemente com água e deixar secar bem



## Descontaminação de Material

Voltar a montar a máscara, correctamente, seguindo os vários passos



## Descontaminação de Material

Para lavar e desinfectar o balão ressuscitador (tipo ambú)



Durante a lavagem deve usar as seguintes medidas de protecção:



## Descontaminação de Material

Este tem que ser desmontado



## Descontaminação de Material

Num reservatório limpo e desinfectado, diluir o detergente neutro (Bact 200) em água corrente a 40-45°C ( 100 ml para cada 5 L de água)



## Descontaminação de Material

Lavagem manual da válvula com água quente e detergente neutro (Bact 200) e posteriormente imergir durante pelo menos 10 minutos em álcool a 70°



## Descontaminação de Material

---

Enxaguar abundantemente com água e deixar secar bem



## Descontaminação de Material

---

Limpeza do balão com álcool a 70%, por fricção



## Descontaminação de Material

---

Voltar a montar o balão resuscitador, correctamente, seguindo os vários passos



1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-GRÁFICA



**OBRIGADO**



**APÊNDICE XXVI**

**DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE**

**FORMAÇÃO AOS**

**ASSISTENTES OPERACIONAIS**



## ACÇÃO DE FORMAÇÃO

**SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL**

**DATA: 04/07/12**

**HORA: 14h**

**LOCAL: Sala do Serviço de Urgência Geral**

**POPULAÇÃO ALVO: Assistentes Operacionais**

**FORMADOR: Enf<sup>a</sup>. Sandra Contreiras e Enf<sup>a</sup>. Mónica Veríssimo**

# TEMA

**DESCONTAMINAÇÃO E MANUSEAMENTO DE MATERIAL  
E/OU EQUIPAMENTO HOSPITALAR**

**OBJECTIVOS:**

- Uniformizar práticas referentes à descontaminação de material e equipamento hospitalar
- Evitar a transmissão da infeção cruzada

INSCRIÇÃO	



**APÊNDICE XXVII**

**PLANO DA AÇÃO DE**

**FORMAÇÃO AOS**

**ASSISTENTES OPERACIONAIS**



## INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

### PLANO DE SESSÃO

<b>Curso</b>	1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
<b>Módulo</b>	Estágio III
<b>Tema da Sessão</b>	Descontaminação de Material (Máscaras de Ventilação Não Invasiva e Balão Ressuscitador)
<b>Professora Orientadora</b>	Elsa Monteiro
<b>Enfermeira Orientadora</b>	Teresa Lourenço
<b>Formadoras</b>	Mónica Veríssimo e Sandra Contreiras
<b>População Alvo</b>	Assistentes Operacionais do Serviço de Urgência do Hospital

<b>Data</b>	04JUL12
<b>Local</b>	Sala do Serviço de Urgência Geral
<b>Duração</b>	60 minutos (1 hora)

<b>Objectivo Geral</b>	Prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)
<b>Objectivos Específicos</b>	Transmitir conhecimentos sobre a lavagem, desinfecção, descontaminação e esterilização de material e/ou equipamento hospitalar  Uniformizar práticas referentes à descontaminação de material e equipamento hospitalar



# **APÊNDICE XXVIII**

## **CRONOGRAMA FINAL DO PAC**



<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>	<b>OUTUBRO</b>	<b>NOVEMBRO</b>	<b>DEZEMBRO</b>	<b>JANEIRO</b>	<b>FEVEREIRO</b>	<b>MARÇO</b>	<b>ABRIL</b>	<b>MAIO</b>	<b>JUNHO</b>	<b>JULHO</b>
Realizar dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre produtos tóxicos existentes no SUG	Realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema										
	Realização estágio no Gabinete de Gestão de Risco do CHMST, EPE						23 29	17 18 24	2		
	Elaboração de dossier temático com fichas técnicas de segurança sobre produtos tóxicos existentes no SU							18 24	2 15 22	5	

<p>Apresentação e discussão das fichas técnicas de segurança com a enfermeira coordenadora do SUG, enfermeira orientadora e com o enfermeiro responsável pelo Gabinete de Gestão de Risco do CHMST, EPE</p>								28	6	
<p>Realização das alterações propostas, se necessário</p>									12 15 18	
<p>Divulgação do dossier temático com as fichas técnicas de segurança, através de uma pasta partilhada no computador na sala de reuniões da equipa de enfermagem</p>										



Atualizar o procedimento setorial sobre a drenagem torácica	Pesquisa bibliográfica sobre o tema						28-29	20 24	24-26	4-6 13 20	1
	Realização de estágio na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do CHMST, EPE								25	5 6 13 20	
	Atualização do procedimento setorial sobre a drenagem torácica							25	25-26 30	1-3 6 13-14	
	Apresentação e discussão do procedimento com a enfermeira da CCIH, enfermeira orientadora e enfermeira coordenadora do SUG, EPE									6 13 20	5





# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

## **ESCALA DE NORTON**



**Adaptação da Escala de Norton**  
**Score ≤ 14: Risco de úlceras de pressão**

ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	ACTIVIDADE	MOBILIDADE	INCONTINÊNCIA
Bom 4	Consciente 4	Independente 4	Autônomo 4	Sem
Médio 3	Apático 3	Caminha 3	Limitado 3	incontinência 4
Mau 2	Confuso 2	com ajuda 3	Muito	Às vezes 3
Péssimo 1	Inconsciente 1	Levanta para cadeira 2	limitado 2	Urinária/fecal * 2
		Péssimo 1	Imobilizado 1	Urinária e fecal 1

\* Riscar o que não interessa.

**Estado geral**

- Bom 4:** Doente com bom aspecto. Bom poder de reacção.
- Médio 3:** Reacções moderadas. Aparentemente com bom aspecto nutricional, mas as análises sanguíneas e urinárias indicam desvios dos valores normais.
- Mau 2:** O doente não se sente bem: Bebe e alimenta-se pouco e mal.
- Péssimo 1:** Reacções deficientes ou ausentes. Mau estado de nutrição, as análises sanguíneas e urinárias indicam desvios importantes dos valores normais.

**Estado mental**

- Consciente 4:** Boa orientação temporal, espacial e pessoal.
- Apático 3:** Atitude de letargia, tendência ao esquecimento, sonolência, passividade e apatia; lento e depressivo, com capacidade para executar ordens simples.
- Confuso 2:** Desorientação parcial e/ou ocasional; não responde de maneira coerente às questões. Inquieto, agressivo, ansioso, necessitado de ansiolíticos, calmantes e/ou sonoríferos.
- Inconsciente 1:** O doente não reage ao meio envolvente.

**Actividade: Grau de actividade física**

- Independente 4:** Caminha facilmente e deambula com frequência pelo seu quarto ou serviço.
- Caminha com ajuda 3:** Caminha ocasionalmente durante o dia, pequenas distâncias com ajuda. Passa a maior parte do tempo na cama ou na cadeira.
- Levanta para cadeira 2:** A capacidade de caminhar é muito limitada ou inexistente. O doente não pode suportar o seu próprio peso e tem que ser ajudado para ser colocado na cadeira.
- Péssimo 1:** Não pode ser levantado.

**Mobilidade: Capacidade de mudar de posição e controlar os movimentos.**

- Autônomo 4:** Muda frequentemente de posição sem ajuda.
- Limitado 3:** Necessita de ajuda para mudar de posição, mas colabora no máximo das suas potencialidades.
- Muito limitado 2:** Faz sozinho movimentação de membros mas é incapaz de fazer sozinho mudanças de posição. Colabora de forma mínima.
- Imobilizado 1:** Não muda de posição, mesmo ligeira, sem ajuda.

**Incontinência**

- Sem incontinência 4:** O doente controla a emissão de fezes e urina.
- Incontinente às vezes 3:** O doente apresenta, por vezes, incontinência urinária e/ou fecal.
- Urinária/fecal 2:** O doente tem, habitualmente, incontinência urinária e fecal.
- Urinária e fezes 1:** O doente tem incontinência urinária e fecal.



# **ANEXO II**

## **ESCALA DE BRADEN**



**ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____					
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____					
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agama a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,  OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,  OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,  OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.					
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.					
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos detado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.					
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.					
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido  OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético  OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,  OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.					
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Raquer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.						
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.						<b>Pontuação total</b>			



# **ANEXO III**

## **FOLHA DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**



# CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

## Apreciação Global da Formação

**Ação de Formação:**

**Nome (s) do (s) Formador (s):**

**Objetivos:**

**Serviço:**

**Data:**

Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/ Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Escala de Likert – Escala desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala?					
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A Prestação do(s) Formador(es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar os aspetos anteriores menos positivos:


*Obrigado pela sua colaboração!*