



Anabela Soares **Relatório de Trabalho de Projeto**

Intervenções de Enfermagem ao Cliente
Submetido a Ventilação Não-Invasiva 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, realizada sob a orientação científica da
Prof^a Elsa Monteiro

Setembro, 2014

Relatório de Trabalho de Projeto

Intervenções de Enfermagem ao Cliente
Submetido a Ventilação Não-Invasiva 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, realizada sob a orientação científica da
Profª Elsa Monteiro

Setúbal, Setembro 2014

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este 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, Anabela Guerreiro da Encarnação Soares

Setúbal, de de

Declaro que este Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

A orientadora, Elsa Monteiro

Setúbal, de de

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

(Antoine de Saint- Exupéry)

AGRADECIMENTOS

A realização deste projeto de vida, não seria possível sem os contributos de várias ordens, deste modo queremos agradecer:

À instituição hospitalar, que nos autorizou a elaboração do projeto de intervenção em serviço e nos permitiu os estágios.

À equipa multidisciplinar que de alguma forma contribuiu para a realização deste projeto, com a sua ajuda, disponibilidade, interesse e receptividade.

À professora Elsa Monteiro pelo incentivo de superar sempre os nossos limites e por fazer acreditar que podemos sempre ir um pouco mais além, com o objetivo de alcançarmos a excelência.

À Enf^ª Especialista em EMC, Ana Cristina pela amizade construída ao longo do tempo. Por todos os momentos de trabalho e apoio que foram essenciais na concretização deste processo. Pelo crescimento pessoal e profissional conquistado e partilhado.

Aos colegas que partilharam as longas viagens até ao Instituto Politécnico de Setúbal, pela cumplicidade que nos foram unindo ao longo de vários quilómetros percorridos.

À nossa família por aceitar e perceber a nossas ausências.

Ao Miguel Soares por todos os dias nos pendurar um sorriso no rosto.

Ao Vicente que um dia irá perceber estas coisas.

RESUMO

Este relatório de trabalho de projeto resulta de um processo de aprendizagem, realizado durante os estágios I, II e III, que faziam parte integrante do plano de estudos do 2º Curso de ME-MC da ESS do IPS, que decorreram no SU de um hospital do Alentejo.

Este trabalho de projeto processou-se de acordo com a metodologia de projeto, que se baseia na pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto, e que é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência, e cujo o tema versa sobre as Intervenções de Enfermagem ao Cliente submetido a VNI internado no serviço de urgência, tem um caráter prolongado, percorrendo as várias etapas, desde a formulação de objetivos até à apresentação dos resultados e avaliação¹.

A ventilação Não-Invasiva (VNI) assume cada vez mais uma maior relevância tanto nos estudos científicos desenvolvidos, como na prática clínica, que a sustentam como sendo uma opção terapêutica segura e eficiente, sem recurso a métodos invasivos da via aérea².

O enfermeiro tem um papel crucial no seio da equipa multidisciplinar e na monitorização do cliente hospitalizado submetido a VNI, pelo que a este se exige uma prática profissional baseada na evidência e em linhas de orientação (Guidelines) que elevem os cuidados prestados ao cliente a um nível de excelência³.

No decorrer dos estágios acima citados, foi-nos igualmente solicitado a realização de um PAC com vista a aquisição das competências K2 – Dinamiza a resposta a situações de Catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à realização.

Assim, este relatório de trabalho de projeto pretende dar a conhecer todo o trabalho desenvolvido ao longo do 2º Curso ME-MC, bem como fazer uma análise reflexiva do mesmo que permitiu a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-chave: Ventilação Não invasiva, infeção respiratória aguda, metodologia de projeto e competências.

¹ (Ferrito, 2010)

² (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

³ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

ABSTRACT

This project work report is the result of a learning process during the Practical Trainings I,II and III of the 2nd Course of Master's Degree in Medical Surgery Nursing which took place in the emergency unit of an Hospital in Alentejo.

This project is processed according to the rules of the project methodology. The project methodology is based on the research, analysis and resolution of the real problems of the context. It promotes a well- founded practice and it is based on the evidence. This work, which subject deals with the Nursing Interventions on in-patients in the emergency unit and submitted to non-invasive ventilation, has got an extended character, going through several stages, from the formulation of objectives to the presentation of the results and evaluation⁴.

The non-invasive ventilation assumes more and more a higher relevance not only in the accomplished scientific studies but also in the clinical practice. Both, the studies and the practice, support it as being a safe and efficient therapeutic option, without using invasive methods in the respiratory tract⁵.

The nurse plays a crucial part among the multidiscipline team and in the managing of the in-patient submitted to non-invasive ventilation. So, from the nurse it is required a professional practice based on evidence and on guidelines that raise the cares provided to the patients to a level of excellence⁶.

During the practical trainings mentioned above, we were also asked to perform a Skills Acquisition Project in order to achieve the Nurse Specific Skills (K2) - Boost the response to situations of catastrophe or multi victims emergency, from the conception to accomplishment.

The elaboration of this report shows thoughtfully the all process during the previously mentioned practical trainings, supported by the best levels of evidence and oriented according theoretical basis. It also aims at the acquisition of skills in Medical Surgery Nursing, particularly in Individual in a Critical Situation as well as Master in Medical Surgery Nursing.

Key-words: non-invasive ventilation, acute respiratory infection, project methodology and skills.

⁴ (Ferrito, 2010)

⁵ (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

⁶ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

LISTA DE ABREVIATURAS

FC	Frequência cardíaca
FR	Frequência respiratória
ME-MC	Mestrado Enfermagem Médico-cirúrgica
SU	Serviço de Urgência
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
TA	Tensão arterial
UP	Úlceras de pressão

LISTA DE SIGLAS

ARDS	Síndrome de dificuldade respiratória aguda
BIPAP	Bilevel Positive Pressure Airway
CCIH	Comissão de controlo de infeção hospitalar
CIPAP	Continuous positive airway pressure
DGS	Direção Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EPAP	Pressão no final da expiração
EPI	Equipamento de proteção individual
EOT	Entubação Orotraqueal
ESS	Escola Superior de Saúde
FMEA	Análise do modo e efeito de falha
IACS	A infeção associada aos cuidados de saúde
IPAP	Suporte inspiratório
IPS	Instituto Politécnico de Setúbal
IRA	Insuficiência Respiratória Aguda
IRC	Insuficiência respiratória crónica
NP	Norma de Procedimento
NR	Norma Regulamentar
OE	Ordem dos Enfermeiros

OMS	Organização Mundial De Saúde
ONDR	Observatório Nacional de Doenças Respiratórias
PAC	Projeto de Aprendizagem de Competências
PEEP	Pressão no final da expiração
PIS	Projeto de Intervenção em Serviço
RCT	Ensaio clínico aleatorizado e controlado
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SPO2	Saturação do oxigênio no sangue
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não-Invasiva

INDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
1.1 - TEORIA DE ENFERMAGEM.....	15
1.2 - VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA	20
1.3 - IACS	36
2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)	39
2.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	41
2.2 PLANEAMENTO.....	50
2.3 EXECUÇÃO DO PROJETO (PIS).....	53
2.4 AVALIAÇÃO DO PROJETO (PIS).....	61
2.5 DIVULGAÇÃO	63
3 - PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC).....	64
3.1 PLANEAMENTO.....	67
3.2 EXECUÇÃO DO PAC.....	69
3.3 AVALIAÇÃO DO PROJETO (PAC).....	71
3.4 DIVULGAÇÃO	72
4 - SÍNTESE DAS APRENDIZAGENS	73
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	74
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	83
4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	90
5 - REFLEXÃO FINAL	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	111
APÊNDICES	135
ANEXOS	

- Anexo 1 - Regras para elaboração de normas de procedimento e normas regulamentares
- Anexo 2 - Formação sobre a VNI

- Anexo 3 - Ficha de avaliação da sessão de formação do centro de formação do hospital do Alentejo
- Anexo 4 - Instruções de trabalho - reprocessamento da máscara facial completa Flexifit 431 NIV para ventilação não-invasiva
- Anexo 5 - Formação sobre segurança e gestão de risco
- Anexo 6 - Póster - "Abordagem ao intoxicado por organofosforados"
- Anexo 7 - Apresentação do trabalho "Refletir sobre o Cuidar: O acolhimento do doente no serviço de urgência"
- Anexo 8 - Co-autora do trabalho " O idoso no serviço de urgência - que realidade?"

APÊNDICES

- Apêndice 1 - Diagnóstico de situação (PIS)
- Apêndice 2 - Questionário
- Apêndice 3 - Pedido de autorização ao Conselho de Administração
- Apêndice 4 - Consentimento informado
- Apêndice 5 - Tratamentos de dados do questionário
- Apêndice 6 - FMEA
- Apêndice 7 - Planeamento do PIS
- Apêndice 8 - Norma de procedimento - Intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI internado no SU
- Apêndice 9 - Carta de pedido de homologação da NP ao Conselho de Administração
- Apêndice 10 - Email de divulgação do espaço para acondicionar material/equipamento necessário à VNI
- Apêndice 11 - Diapositivos da formação da VNI
- Apêndice 12 - Fluxograma de atuação na VNI
- Apêndice 13 - Plano de sessão da formação da VNI
- Apêndice 14 - Ficha de diagnóstico da formação da VNI
- Apêndice 15 - Avaliação da sessão de formação da VNI
- Apêndice 16 - Artigo Científico
- Apêndice 17 - Planeamento do PAC
- Apêndice 18 - Formulário de relato de incidentes
- Apêndice 19 - Plano de sessão da formação sobre segurança e gestão de risco
- Apêndice 20 - Diapositivos da formação e gestão de risco
- Apêndice 21 - Avaliação da formação de segurança e gestão de risco

INTRODUÇÃO

O presente relatório de trabalho de projeto surge no âmbito do 2º curso de ME-MC lecionado na ESS do IPS. Este relatório inclui-se no plano de estudos como elemento de avaliação, tendo por finalidade conduzir ao desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem Médico-Cirúrgica. A sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No âmbito da unidade curricular de Estágio I, II e III, foram realizados estágios articulados entre si, ao longo do 2º e 3º Semestre, no período de 11 de Novembro de 2012 a 21 de Março de 2013 e 15 de Abril a 3 de Outubro de 2013, respetivamente.

Este relatório ilustra, de forma reflexiva, o percurso feito durante os estágios previamente efetuados. Estes foram realizados no SU num hospital do Alentejo, e foram orientados pela Professora em EMC docente da Escola E.M. e pela Enfermeira Especialista em EMC A.C.G.

Com vista à aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica definidas pela Ordem dos Enfermeiros⁷. E de acordo com o plano de estudos do curso acima referido desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), assente na metodologia de trabalho projeto. Esta metodologia baseia-se na pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto e é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência. Este projeto tem um carácter prolongado e faseado, percorrendo as várias etapas, nomeadamente, as etapas de diagnóstico de situação, planeamento, com a definição de atividades, estratégias e meios, execução, avaliação e divulgação dos resultados⁸ com a respetiva contextualização e enquadramento teórico, apresentando-se ainda um artigo científico que sintetiza o mesmo.

No âmbito da aquisição/aprofundamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista desenvolvemos um Projeto de Aprendizagem Competências/Clínica (PAC), no âmbito da aquisição/aprofundamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

⁷ (Ordem dos Enfermeiros - regulamento nº 122/2011, 2011)

⁸ (Ferrito, 2010)

Ao longo da minha estadia no serviço de Urgência foram muitas as situações/problema em que nos fomos deparando. No entanto a Ventilação Não-Invasiva (VNI) insurgiu-nos como um problema relevante. A escolha do tema – Intervenções de Enfermagem ao Cliente submetido a VNI internado no SU num hospital do Alentejo, é justificada pela falta de procedimentos uniformizados na área mencionada no SU e também pelo facto deste ser um tema apontado como uma necessidade formativa.

A VNI assume cada vez mais uma maior relevância tanto nos estudos científicos desenvolvidos, como na prática clínica, que a sustentam como sendo uma opção terapêutica segura e eficiente, sem recurso a métodos invasivos da via aérea⁹.

O enfermeiro tem um papel crucial no seio da equipa multidisciplinar e na monitorização do cliente hospitalizado submetido a VNI, pelo que a este se exige uma prática profissional baseada na evidência e em linhas de orientação (Guidelines) que elevem os cuidados prestados ao cliente a um nível de excelência¹⁰.

Demonstrando assim, ser uma das áreas em que o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica deverá investir no contexto da sua intervenção, de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à especificidade destas pessoas.

Um relatório consiste num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo, como tal, não deve ser subvalorizada a sua importância. A sua elaboração constitui, um aspeto importante na transmissão de informação, sendo assim um requisito obrigatório na realização de um projeto¹¹.

Assim a elaboração deste relatório tem como objetivos:

- Descrever o PIS e o PAC ao longo dos estágios realizados;
- Fazer uma análise descritiva sobre as competências comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as competências de Mestre adquiridas ao longo do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O presente relatório apresenta um percurso teórico e reflexivo, e é estruturalmente organizado em cinco partes essenciais.

⁹ (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

¹⁰ (Ordem dos Enfermeiros - regulamento nº 122/2011, 2011)

¹¹ (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010)

A primeira parte contempla o Enquadramento conceptual, onde é abordada a teoria de Merle Mishel – Teoria da Incerteza, que norteou todo o nosso trabalho desenvolvido ao longo dos estágios referidos, bem como a definição de conceitos mais relevantes (VNI, IACS, qualidade), naturalmente com os melhores níveis de evidência e de fundamentação teórica que a suporte.

Na segunda parte descrevemos o desenvolvimento do PIS de acordo com as etapas da Metodologia de Projeto.

A descrição do desenvolvimento do PAC surge na terceira parte.

Na quarta parte faremos uma análise descritiva e reflexiva das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre em EMC adquiridas/desenvolvidas no decorrer do 2º curso de ME-MC.

Por último, na quinta parte faremos uma reflexão final sobre todo o trabalho desenvolvido, onde focaremos os aspetos mais relevantes e as dificuldades sentidas ao longo do curso supracitado.

No que concerne à redação do relatório de trabalho projeto, seguimos a metodologia proposta pela escola através do documento: Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de relatório projeto (ESS/IPS, 2012) e utilizamos a APA 6ª Edição para elaborar as referências bibliográficas e redigimos o relatório de acordo com o novo acordo ortográfico para a Língua Portuguesa.

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo apresentamos o enquadramento concetual que norteou a nossa prática ao longo deste percurso. Nele apresentamos, de forma sumária, a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, enquanto teoria de médio alcance à qual nos inscrevemos. Apresentamos, em seguida, o enquadramento de suporte que resultou da pesquisa bibliográfica realizada acerca da temática do projeto desenvolvido e que nos permitiu fundamentar as ações desenvolvidas.

Corroboramos com a ideia que o enquadramento conceptual permite a elaboração de um conjunto de conceitos claros e organizados para documentar a temática em estudo, que fundamentam a pertinência no quadro de conhecimentos atuais¹².

1.1 - TEORIA DE ENFERMAGEM

A Enfermagem constitui-se como disciplina que suporta e implica epistemologia, entendida como o ramo do saber que estuda a origem, a natureza e os métodos do conhecimento científico, bem como as limitações no seu processo de desenvolvimento¹³.

Segundo Abreu¹⁴ existem três requisitos essenciais para a afirmação de uma profissão: uma base consistente de conhecimentos, um conjunto de meios para os difundir e um elevado nível de autonomia.

No âmbito da enfermagem existem diversas teorias com o propósito de tentar explicitar a natureza e os contornos da disciplina.

Deste modo, enquanto disciplina, a Enfermagem integra um corpo de conhecimentos próprios e fundamentados, e nela a necessidade intrínseca de produção e renovação contínua do conhecimento através da Investigação¹⁵ o que a distingue de outros campos de estudo.

¹² (Fortin, 1999)

¹³ (Lopes, 2001)

¹⁴ (Abreu, 2007)

¹⁵ (Ordem dos enfermeiros, 2006)

Abreu¹⁶ defende que “a enfermagem compreende um conjunto de saberes e processos, centrados nas respostas humanas e no autocuidado, com o objetivo de agir sobre o estado de saúde de forma a promover a melhor qualidade de vida possível ou proporcionar uma morte serena”.

Segundo Carper¹⁷, a disciplina de enfermagem enquanto disciplina orientada para a prática compreende quatro padrões fundamentais de conhecimento: o empírico (a ciência de enfermagem); o estético (a arte de enfermagem); o conhecimento pessoal (que diz respeito à qualidade dos contatos interpessoais, promoção das relações terapêuticas e cuidados individualizados) e o ético (a componente do conhecimento moral em enfermagem). A autora supracitada reconhece não apenas a centralidade do conhecimento teórico, mas também o conhecimento obtido pela prática clínica.

Existe a concordância geral da literatura de que a enfermagem se preocupa com quatro conceitos principais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. Juntos, eles formam o metaparadigma que identifica o conteúdo nuclear de uma disciplina, sendo o nível mais abstrato do conhecimento¹⁸.

Estes conceitos encontram-se definidos em Portugal, no Enquadramento Conceptual explanado pela Ordem dos Enfermeiros¹⁹. Sendo que estes constituem o alicerce da prática da prestação de cuidados de enfermagem.

A teoria de enfermagem é o corpo de conhecimentos que sustenta a prática dos cuidados em enfermagem e as teorias variam pelo seu nível de abstração e esfera de ação. Uma teoria abrangente e abstrata é considerada uma grande teoria, ao passo que uma teoria concreta e restrita é considerada uma teoria de médio alcance²⁰.

As teorias e os modelos de enfermagem surgem no sentido de melhorias significativas dos padrões de cuidados da prática, porque são consideradas propostas concretas e inovadoras para romper com formas tradicionais de prestação de cuidados de enfermagem face à mudança. Tudo o que foi dito torna-se útil para guiar a prática, o ensino e a investigação em enfermagem²¹.

De acordo com as matérias lecionadas em sala de aula no módulo Enquadramento Conceptual, estes modelos ajudam a dar consistência aos cuidados prestados ao Cliente/família/comunidade, apoiam as intervenções dos elementos de Enfermagem

¹⁶ (Abreu, 2007, p. 40)

¹⁷ (Carper, 1978)

¹⁸ (George, 2000)

¹⁹ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

²⁰ (Fawcett, 2005)

²¹ (Ramalho, 2005)

quando integrados em equipas multidisciplinares e servem de guia de orientação na área da formação da Investigação. É fundamental fazer esta aproximação da teoria à prática.

Nesta perspetiva, no sentido de nortear todo o nosso trabalho ao longo dos estágios que desenvolvemos no decurso do 2º ME-MC da ESS e o PIS e o PAC desenvolvido no decorrer dos mesmos, escolhemos a Teoria da Incerteza de Merle Mishel, na medida que esta é definida como sendo uma Teoria de Médio Alcance, derivada de e aplicável à prática clínica, é um exemplo de múltiplas etapas necessárias para desenvolver uma teoria quer com valor heurístico, quer prático²².

A teoria de Mishel descreve um fenómeno experimentado por indivíduos com doenças agudas e crónicas e pelas suas famílias²³.

A incerteza é definida como sendo a incapacidade de determinar o significado da doença e eventos relacionados, que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definido a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão²⁴.

Esta teoria de Médio alcance, supracitada, defende que ao longo da trajetória de uma doença contínua, a imprevisibilidade no início, a durabilidade e a intensidade dos sintomas tem sido relacionado com a incerteza observada. Também a natureza ambígua dos sintomas de doença e conseqüentemente a dificuldade em determinar o significado das sensações físicas tem sido frequentemente identificados como fatores de incerteza²⁵.

Para Merle Mishel²⁶ a incerteza diminui ao longo do tempo e volta na recidiva da doença ou na sua exacerbação. Esta dúvida durante a fase do diagnóstico pode ter um impacto negativo a nível psicológico, caracterizados diversamente como ansiedade, depressão, desespero e angústia psicológica. Afetando a qualidade de vida após o diagnóstico. A personalidade também pode estar intimamente relacionada com a qualidade de vida.

A incerteza também é acentuada por interações entre prestadores de cuidados de saúde, e o cliente/família. É aqui que os prestadores de cuidados (Enfermeiros) podem ter um lugar preponderante, diminuindo a incerteza, educando o cliente sobre a sua doença, mostrando confiança no tratamento e dando informações de forma clara.

²² (Tomey & Alligood, 2004)

²³ (Tomey & Alligood, 2004)

²⁴ (Mishel, 2004)

²⁵ (Mishel, 2004)

²⁶ (Mishel, 2004)

Esta teoria postula que a gestão da incerteza é essencial para a adaptação durante a doença e explica a forma como os indivíduos processam cognitivamente os eventos associados à doença e constroem um sentido a partir deles.

Os conceitos da teoria²⁷ estão organizados num modelo linear em redor de três temas: (1) Antecedentes da Incerteza, (2) Avaliação do Processo de Incerteza e (3) Lidar com a Incerteza. Os antecedentes da Incerteza incluem o quadro de estímulos, as capacidades cognitivas e os fornecedores de estrutura.

O primeiro componente refere-se a tudo o que é anterior à sua situação de doença, todos os antecedentes, todas as vivências porque o cliente terá passado. Poderá os ter percebido como positivos ou negativos.

O segundo componente conceptual do modelo é a apreciação/avaliação. A incerteza é percebida como um estado neutro, nem positivo, nem negativo, até ter sido apreciado pelo indivíduo. A apreciação da Incerteza envolve dois processos: (1) Inferência é construída a partir da disposição da personalidade do indivíduo e inclui a desenvoltura aprendida, a mestria, a localização do controlo. Dizem respeito à crença que o indivíduo possui, ou seja, a capacidade para lidar com os acontecimentos da vida. A ilusão é definida como uma crença construída a partir da incerteza que considera os aspetos favoráveis de uma situação. Baseada no processo de apreciação, a incerteza é entendida quer como um perigo, quer como uma oportunidade. A incerteza vista como um perigo surge quando o indivíduo considera a possibilidade de um resultado negativo, e é vista como uma oportunidade principalmente através do uso da ilusão, mas a interferência pode igualmente levar à apreciação individual da situação como um resultado positivo. Nesta situação, a incerteza é preferida e o indivíduo permanece esperançado²⁸.

O Terceiro tema contido no modelo original é o *coping*, lidar com a incerteza. Este ocorre em duas formas com o resultado final de adaptação. Se a incerteza for vista como um perigo, então o coping inclui ação direta, vigilância, procura de informação a partir de estratégias de mobilização, gestão de afetos recorrendo à fé, separação e apoio cognitivo. Se a Incerteza for apreciada enquanto oportunidade, o coping oferece uma memória intermédia para manter a incerteza²⁹.

Os Conceitos Meta-paradigmáticos estão desenvolvidos ao longo desta teoria.

²⁷ (Mishel, 2004)

²⁸ (Mishel, 2004)

²⁹ (Mishel, 2004)

Subentende-se através da leitura desta teoria que a autora define o conceito Saúde, dando-lhe o nome de adaptação. Mais que procurar um regresso a uma condição estável, os indivíduos com doença crónica podem deslocar-se no sentido de uma orientação complexa no mundo, formando um novo sentido para as suas vidas. Esta definição está equiparada ao que esta preconizado pela OE³⁰, como sendo o reflexo de um processo dinâmico e contínuo. Toda o cliente deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.

Pressupõe-se que a Pessoa seja definida, como sendo um sistema aberto que troca energia com o seu ambiente. Ou seja, a pessoa que tem um quadro de estímulos e que faz uso das suas estruturas de apoio. Possuidora de um quadro de referência. Pessoa com capacidade cognitiva para avaliar as situações. Segundo a OE³¹ a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseadas nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve.

Os cuidados de enfermagem segundo a teoria supracitada, apresentam-se sob o conceito de estruturas de apoio. A relação entre o prestador de cuidados de saúde e o cliente centrar-se no reconhecimento da incerteza contínua e em ensinar o cliente a forma como usar a incerteza para gerar diferentes explicações para os acontecimentos. Segundo a OE “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”³².

O ambiente é visto como um componente do quadro de estímulos, bem como a ampla rede de apoio, segundo a teoria escolhida. Esta definição vai de encontro com o que é recomendado pela OE³³, que define como sendo o local onde as pessoas vivem e se desenvolvem, constituída por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.

Há um esforço para que em todas as temáticas abordadas ao longo deste projeto se envolva a teórica escolhida.

³⁰ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

³¹ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

³² (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 8)

³³ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

Dentro do âmbito do SU, a Sala de Emergência e a sala de observações são dois dos setores que mais insegurança criam tanto nos clientes que são cuidados, assim como nos profissionais que ali trabalham.

Todos os clientes admitidos possuem um denominador comum de se encontrarem em situação crítica e por isso em situação de incerteza em relação ao seu processo de doença. Deste modo, os enfermeiros que cuidam do cliente crítico, na doença aguda, devem possuir um conjunto específico de saberes, de forma a alcançar a excelência dos cuidados.

A escolha da Teoria da Incerteza enquanto teoria de suporte recaiu precisamente pelo facto dos estágios terem sido realizados no contexto do serviço de urgência.

Um cliente com necessidade de VNI, pode olhar para a sua situação percecionando como uma oportunidade de melhoria do seu estado de saúde ou como um perigo. É necessário sermos nós enfermeiros os fornecedores de estrutura capazes de identificar, avaliar, intervir com o objetivo de ajudar a pessoa a procurar o seu próprio caminho, num processo de adaptação, ajudando-a a lidar com a incerteza por si percecionada.

1.2. VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA

Os primeiros passos na VNI ocorreram na poliomielite (1930-50), em que se utilizava a ventilação por pressão negativa (pulmão de aço, couraça, poncho), através da aplicação de pressão subatmosférica externa ao tórax em que simulava a inspiração e a expiração³⁴.

Foi na década de 80 que a VNI aumentou de forma significativa, com o reconhecimento da eficácia ventilatória, bem como as vantagens comparativamente com a ventilação invasiva³⁵. Retoma-se o interesse pela VNI no tratamento da Insuficiência respiratória Aguda (IRA) e Insuficiência Respiratória Crónica (IRC), sendo considerada um tratamento de primeira linha de várias doenças respiratórias agudas, em Unidades de Cuidados Intensivos, nomeadamente exacerbações da Doença pulmonar Obstrutiva

³⁴ (Cordeiro & Menoita, 2012)

³⁵ (Felgueiras, 2006)

Crônica (DPOC)³⁶. Esta técnica evita muitas das complicações inerentes à ventilação mecânica invasiva (VMI)³⁷.

Atualmente a VNI é uma estratégia terapêutica para gerir o desconforto respiratório em situações de emergência tanto no hospital como na comunidade³⁸. Com consequentes benefícios a nível da taxa de entubação, do tempo de internamento e da mortalidade hospitalar³⁹.

No entanto, segundo Esquinas⁴⁰ estima-se que apenas 4% da população mundial em falência respiratória usufrui da VNI. Num inquérito realizado no sistema nacional de saúde no Reino Unido, foi demonstrado que em 52% dos hospitais nem sequer dispunham desta técnica e 68% dos hospitais tinham capacidade de realização da VNI e apenas utilizavam em pouco mais de 20 clientes por ano. Estes dados transmitem a realidade de uma técnica que apesar da sua provada eficiência é ainda pouco conhecida e utilizada.

A VNI é um método de ventilação relativamente novo que utiliza uma máscara, em vez de um tubo endotraqueal, para a administração de ventilação a pressão positiva. Neste método a interface usada entre o ventilador e o cliente podem ser máscaras nasais, faciais, faciais totais, peças bucais, almofadas nasais, entre outras. No entanto nas situações agudas, são preferíveis as máscaras faciais, devido à dificuldade que os clientes têm de fazer o encerramento da boca⁴¹.

A principal finalidade da VNI é a interação com os componentes da caixa torácica de modo a proporcionar sincronia da interface da pessoa com o ventilador, por forma a minimizar a dispneia⁴².

De acordo com Esquinas⁴³, a VNI apresenta os mesmos benefícios fisiológicos, quando comparada com a VMI. Diminui o trabalho dos músculos respiratórios e otimiza a ventilação, reduzindo assim a dispneia e a frequência respiratória, aumentando o volume corrente e melhorando a oxigenação, hipercapnia e acidose respiratória.

Além dos objetivos acima descritos a VNI auxilia nos clientes com DPOC, a diminuição do auto-PEEP (positive expiratory end pressure)⁴⁴.

³⁶ (Cordeiro & Menoita, 2012)

³⁷ (Mourisco, 2006)

³⁸ (Combres & Jabre, 2009)

³⁹ (Cordeiro & Menoita, 2012)

⁴⁰ (Esquinas, 2011)

⁴¹ (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

⁴² (Araújo, 2005)

⁴³ (Esquinas, 2011)

⁴⁴ (Ambrosino, 1996) (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

Conforme o Observatório Nacional das doenças respiratórias⁴⁵ constata-se que a mortalidade por doenças respiratórias continua a aumentar, o mesmo se sucede com o número de internamentos hospitalares. Há também indicadores que apontam para um elevada prevalência de doenças respiratórias mais frequentes como a DPOC e a asma.

Segundo a estatística da Triagem de Manchester, do SU do Hospital no Alentejo no período de Junho a Dezembro de 2012 num total de 28 390 clientes admitidos, foram triados 1212 clientes com o fluxograma Dispneia⁴⁶. O que nos leva a inferir, que as doenças respiratórias assumem hoje em dia uma situação preocupante.

Conhecimentos aprofundados e atuais sobre a VNI, os seus critérios/recomendações de utilização, mecanismos de ação, benefícios e efeitos, permitem maximizar o potencial da sua utilização.

Deste modo, baseámo-nos na guideline da British Thoracic Society Standards of Care Committee, de acordo com os princípios estabelecidos pela Appraisal of Guidelines for research an evaluation (AGREE).

Passamos a descrever os critérios de nível de evidência e recomendações, baseados na guideline supracitada:

Níveis de evidência:

- 1++** Metanálise de alta qualidade, revisões sistemáticas da literatura de RCTs ou RCTs com muito baixo risco de viés (parcialidade).
- 1+** Metanálises bem conduzidas, revisões sistemáticas ou RCTs com baixo risco de viés
- 1-** Metanálise, revisão sistemática, ou RCTs com um elevado risco de viés
- 2++** Revisões sistemáticas de alta qualidade de estudo de caso-controle ou estudo de coorte;
Estudo de caso-controle de alta qualidade ou estudos de coorte com muito baixo risco de confusão ou viés e uma alta probabilidade de relação causal
- 2+** Estudos de caso-controle bem conduzidos ou estudos de coorte com baixo risco de confusão ou viés e uma moderada probabilidade de relação causal
- 2-** Estudo de caso-controle ou estudo de coorte com elevado risco de confusão e viés

⁴⁵ (Observatório Nacional de doenças respiratórias, 2011)

⁴⁶ (Documento interno do hospital do Alentejo, 2007)

e risco significativo de uma relação não causal.

- 3 Estudos não-analíticos, por exemplo relato de caso, série de casos
- 4 Opinião de Experts

Grau de recomendação

- A Informação recolhida a partir de pelo menos uma meta-análise, revisão sistemática, ou RCTs classificado como 1++, e aplicável diretamente à população alvo, ou Um corpo de evidências constituído principalmente por estudos classificados como 1+, diretamente aplicável à população alvo, e demonstrando coerência global dos resultados.
- B Um corpo de evidências incluindo estudos classificados como 2++, aplicável diretamente à população alvo, e demonstrando coerência global dos resultados, ou evidência extrapolada de estudos classificados 1++ ou 1+
- C Um corpo de evidências incluindo estudos classificados como 2+, aplicável diretamente à população alvo, e demonstrando coerência global dos resultados, ou evidência extrapolada de estudos classificados 2++
- D Evidência classificada 3 ou 4 ou evidência extrapolada de estudos classificados 2+

✓ **Onde usar a VNI**

De um modo geral, a VNI pode ser utilizada em situações agudas intra-hospitalar e em situações crónicas no domicílio.

A necessidade da existência de capacidade para realizar VNI em clientes agudos e em clientes internados, deriva do facto da VNI estar indicada no tratamento de uma variedade crescente de doenças e situações clínicas que podem cursar com IRA.

A nível agudo no hospital, a VNI deve ser aplicada preferencialmente nas Unidades de Cuidados Intensivos, Intermédios, Serviços de Urgência e Enfermarias com vigilância adequada e possibilidade de transferência rápida. Mais importante que o local onde se realiza a VNI é a experiência e a disponibilidade dos profissionais de saúde que os aplicam⁴⁷ (C).

⁴⁷ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002) (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

Martins⁴⁸ defende a existência de uma unidade especializada na realização de VNI na IRA fora das Unidades de Cuidados Intensivos, sempre que possível próximo destas e do SU. Considera ainda que esta unidade deve contemplar uma equipa e capacidade de monitorização e tratamento ao nível de uma unidade intermédia, para que seja possível tratar de forma adequada clientes mais graves e mais acidóticos, agitados e confusos, que possam requerer de entubação orotraqueal (EOT) urgente, e possuir um programa contínuo de aprendizagem/treino em serviço (D).

✓ **Equipa Multidisciplinar**

A existência de uma equipa formada e treinada em VNI, é verdadeiramente fundamental para garantir o sucesso do tratamento. Como qualquer nova técnica existe uma curva de aprendizagem, de resultados sucessivamente melhores ao longo do tempo⁴⁹.

A implementação da prática de VNI num serviço obriga à formação. Demanda aliar o suporte teórico à experiência clínica (C). Segundo a Guideline da British Thoracic Society⁵⁰ os profissionais de saúde após o treino/formação devem ser capazes de: Compreender a fisiologia e a fisiopatologia da Insuficiência respiratória, Hipercápnica e hipoxémica aguda e crónica; Conhecer as opções de tratamento e das alternativas da VNI; Conhecer os sinais de agravamento da Insuficiência respiratória; Interpretar os resultados de gasimetria do sangue arterial e da saturação arterial do sangue; Compreender os princípios do suporte ventilatório da VNI; Conhecer os critérios de seleção dos clientes para VNI e das suas contraindicações relativas e absolutas; Compreender os diferentes tipos de interfaces usados na VNI e como ajustá-los aos clientes e Identificar problemas e reconhecer a falência do tratamento.

A existência de uma norma de procedimento é recomendável porque uniformiza os cuidados ao cliente submetido a VNI, e aumenta a qualidade desses mesmos cuidados.

✓ **Seleção e preparação dos Clientes**

A experiência acumulada dos últimos anos com a utilização da VNI, permite que ela seja aplicada em situações que anteriormente apenas podiam ser resolvidas com recurso à VMI.

⁴⁸ (Martins A. , 2009)

⁴⁹ (Carlucci, Ceriana, Navalesi, & Nava, 2003)

⁵⁰ (British Thoracic Society Standards of Care Committe, 2002)

As vantagens deste tipo de ventilação são descritas como sendo: Evita a lesão traqueal, devido à EOT; evita a perda da barreira glótica natural; poupa o cliente dos riscos associados à entubação, nomeadamente infeções por aspiração de conteúdo orofaríngeo contaminado (diminuição da incidência de pneumonia adquirida no hospital). Sendo realizada através de uma interface (máscara) permite ao cliente interagir com o meio externo, podendo comunicar, comer, movimentar-se, tossir⁵¹. Não precisa de sedação, é fácil de instituir e de retirar⁵², não é excessivamente complexo em termos de montagem, e na maioria das vezes, é transportável, o que permite a sua utilização em diferentes localizações. Acarretando por isso uma diminuição do internamento hospitalar, da mortalidade e uma diminuição dos custos. Outro aspeto positivo a salientar é o respeito pelo ciclo respiratório da pessoa⁵³.

No entanto, segundo Esquina⁵⁴ todas as vantagens acima descritas da VNI podem virar-se contra o cliente e originar graves consequências por falta de experiência por parte dos profissionais.

Os resultados obtidos com a utilização da VNI na IRA dependem do critério de seleção dos clientes. Clientes acordados e colaborantes, a quem a técnica foi devidamente explicada, adaptam-se melhor e apresentam melhores resultados.

Desta forma, segundo a guideline escolhida as indicações para o uso da VNI na Insuficiência respiratória aguda (IRA), são: ausência de critérios de Entubação orotraqueal (D), descompensação de DPOC com acidose respiratória (A); edema agudo pulmão cardiogénico (B); deformação torácica, doença neuromuscular (C); apneia do sono (C); trauma torácico (D); pneumonia adquirida na comunidade (C) asma (C) clientes imunocomprometidos (B), desmame ventilatório em clientes com DPOC (B); fibrose quística (C); insuficiência respiratória no pós-cirúrgico (D); no síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) (D)⁵⁵.

Apesar do largo espectro de indicações para a VNI, temos que ter em conta as contraindicações existentes. Estas contraindicações são comuns à insuficiência respiratória crónica e aguda⁵⁶. Como contraindicações absolutas identificam-se as seguintes: depressão do estado de consciência com risco de aspiração (C), instabilidade hemodinâmica ou

⁵¹ (Mourisco, 2006) (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

⁵² (Urden, 2008)

⁵³ (Marcó, 2010)

⁵⁴ (Esquinas, 2011)

⁵⁵ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002) (Esmond, 2005) (Felgueiras, 2006) (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009) (Bhattacharyya, 2011) (Nouira, 2011) (Chiumello, 2011) (Delgado, 2012) (Landoni, 2012) (Esquinas, 2011)

⁵⁶ (Esquinas, 2011)

arritmia grave (C), incapacidade de utilização da máscara facial por traumatismo facial (D), secreções traqueobrônquicas excessivas (C), hemorragia digestiva (C). No grupo das contraindicações relativas há a referir: o baixo grau de colaboração do cliente (C), história de angor ou enfarte do miocárdio recente e falta de autonomia para remover a máscara quando necessário⁵⁷ (mais apropriado quando falamos de VNI no domicílio). Os principais fatores preditivos de sucesso na VNI estão relacionados com menor idade; menor severidade da doença; cliente cooperativo e bom estado neurológico; cliente capaz de coordenar respiração com o ventilador; ausência de fugas de ar; hipercapnia não-severa ($\text{PaCO}_2 > 45$ e < 92 mmHg); acidose não severa ($\text{pH} < 7,35$ e $> 7,10$) e melhoria das trocas gasosas, frequência cardíaca e respiratória nas primeiras duas horas⁵⁸.

Quando a VNI não está a resultar não se deve atrasar a VMI, como por exemplo nas seguintes situações: intolerância à interface, assincronismo cliente/ventilador; ausência da melhoria das trocas gasosas e/ou dispneia; instabilidade hemodinâmica; isquemia do miocárdio; necessidade urgente de EOT (secreções abundantes, proteção da via aérea e incapacidade de melhorar o estado de consciência após 30 minutos de VNI em pessoas com hipoxemia e com agitação)⁵⁹.

✓ Tipos de Ventiladores e Modalidades na Ventilação Não-Invasiva

Diferentes tipos de ventiladores têm sido usados com sucesso na VNI, o local onde se realiza o tratamento determina o tipo de ventilador a ser utilizado. Se possível deve ser utilizado um único modelo de ventilador em qualquer área clínica para facilitar o treino e familiaridade da equipa com o equipamento (D)⁶⁰.

Os principais modos ventilatórios na VNI, são a ventilação regulada por pressão ou por volume. Habitualmente, são utilizados na VNI os ventiladores regulados por pressão (C), uma vez que apresentam um menor custo, maior capacidade para compensação de fugas e mais bem tolerados pelos clientes. Podem ser usados em situações crónicas ou agudas⁶¹.

Podem ser aplicadas nas modalidades “Assistida” (o cliente desencadeia todos os movimentos ventilatórios e o ventilador auxilia insuflando volumes); “Assistida/Controlada” (o cliente desencadeia alguns movimentos ventilatórios e o

⁵⁷ (Amado, 2001) (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002) (Urden, 2008) (Felgueiras, 2006)

⁵⁸ (Hill, 2009) (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

⁵⁹ (Antonelli, 2005)

⁶⁰ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002)

⁶¹ (Urden, 2008) (Ferreira S. N., 2009)

ventilador inicia os restantes); “Controlada” (o ventilador assegura todos os movimentos ventilatórios). O mais recomendado é o modo Assistido/controlado, ou simplesmente assistido, em pessoas que mantenham desempenho respiratório adequado às necessidades⁶².

Os ventiladores regulados por pressão são designados BIPAP. Estes fornecem uma pressão positiva com níveis de pressão, um suporte inspiratório (IPAP) e um nível de pressão no fim da expiração (EPAP ou PEEP)⁶³.

O IPAP é regulado entre 10 a 12 cm H₂O para fornecer ajuda aos músculos inspiratórios. A aplicação do EPAP tem como objetivos, melhorar a oxigenação e aumentar o volume pulmonar em doentes com IRA hipoxémica; contrabalançar o auto-PEEP nos doentes com DPOC e garantir a permeabilidade das vias aéreas na apneia do sono⁶⁴.

Nos clientes hipoxémicos a utilização da PEEP elevada pode justificar-se com o objetivo de melhorar a hipoxemia. Nos clientes com DPOC recomenda-se PEEP \leq 5 cm de H₂O uma vez que o auto-PEEP raramente excede este valor e quanto mais elevada for o PEEP maior é a probabilidade de fugas, autocyling e assincronias⁶⁵.

O CPAP aplica uma pressão contínua durante todo o ciclo respiratório (inspiração e expiração), não assistindo ativamente na inspiração. É utilizada na apneia do sono e em alguns casos no edema agudo do pulmão⁶⁶. Estudos referem que o CIPAP e o BIPAP são ambos preconizados no tratamento do edema agudo do pulmão cardiogénico, no entanto não existe superioridade de uma técnica em relação à outra em termos de melhoria clínica, apenas o BIPAP acelera a melhoria da IRA comparado com o CPAP⁶⁷.

✓ **Escolha da Interface**

A escolha da interface é crucial para uma boa adaptação e conforto do cliente e para uma VNI eficaz. É por isso um fator determinante do sucesso da VNI.

As máscaras nasais e faciais são as mais utilizadas na VNI (D) e são constituídas por duas partes: uma almofada insuflável/autoinsuflável ou de gel que fica em contacto direto com a face do cliente e o suporte da máscara com dois a cinco pontos de fixação onde prendem os fixadores elásticos⁶⁸.

⁶² (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

⁶³ (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

⁶⁴ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002) (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

⁶⁵ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002)

⁶⁶ (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

⁶⁷ (Nouira, 2011)

⁶⁸ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002)

Existem diferentes tamanhos de máscaras, devendo ser selecionado o tamanho adequado ao cliente, assim como os modelos moldáveis facilitam a adaptação da máscara à face.

A tolerância do cliente depende do tipo e do modelo de máscara. Na máscara facial a principal causa de desadaptação é a sensação de claustrofobia, e na máscara nasal o não encerramento da boca. A máscara facial é preferida na IRA, uma vez que o cliente com dispneia intensa tem tendência para abrir a boca a respirar e isso aumenta a fuga⁶⁹.

Uma máscara facial deverá adaptar-se a um terço do caminho a partir do topo da ponte nasal, rodear o nariz e a boca e apoiar-se abaixo do lábio inferior. O ajuste adequado é essencial para o sucesso da técnica. Se houver vazamento em redor dos olhos, a probabilidade de falha será muito alta. Se a máscara for grande ou pequena demais, será difícil obter a vedação adequada. Como tal, podemos recorrer a instrumentos de medição do tamanho para escolher a máscara facial. Todo o cuidado deve ser tomado ao posicionar as presilhas, para evitar contacto próximo aos olhos e que se aperte demasiado⁷⁰.

As máscaras utilizadas para ventiladores portáteis possuem válvulas que evitam a asfixia caso o ventilador falhar ou se os tubos se desconectarem. As máscaras faciais usadas no cliente crítico com IRA não possuem essa característica.

A máscara ideal deve ser confortável, estável, de aplicação fácil, rápida e barata. Deve adaptar-se a faces de vários tamanhos e configurações com vista a minimizar fugas, a claustrofobia, o desconforto do cliente e o traumatismo da pele⁷¹. Sendo impossível combinar todos estes atributos numa mesma interface, o serviço deve possuir vários tamanhos e saber escolher para cada caso a mais adequada (C).

✓ **Complicações da Ventilação Não-Invasiva**

As complicações da VNI são entendidas como fenómenos adversos que podem surgir motivados pela aplicação da técnica, bem como pela situação do cliente. O seu aparecimento não implica necessariamente o cessar da técnica, mas sim uma atuação eficaz e segura, de modo a atuar na prevenção e tratamento⁷².

⁶⁹ (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

⁷⁰ (Egan, 2009)

⁷¹ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002)

⁷² (Amado, 2001) (Mourisco, 2006)

Embora diferenciadas, as complicações mais frequentes relacionam-se com as máscaras, com a pressão e as fugas de ar, ocorrendo em praticamente 100% dos clientes nalguma fase do tratamento⁷³.

O desconforto, eritema facial e claustrofobia, podem ser minimizados reduzindo a pressão da máscara na face, assim como usar máscaras alternativas e cremes protetores e hidratantes⁷⁴.

A ulceração nasal é a complicação mais comum, pode ser facilitada por fatores como sejam, o ajuste inadequado da máscara ou por condições dos clientes (pele frágil, má perfusão, idade). As medidas a tomar para diminuir o seu aparecimento incluem a aplicação de almofadas, suportes cutâneos⁷⁵. Proteções transparentes colocadas sobre os pontos de pressão da face ajudam a minimizar as fugas de ar e a prevenir a necrose cutânea provocada pela máscara (placas hidrocolóides finas)⁷⁶.

A congestão/ secura nasal, irritação ocular, secura da pele, são resolúveis com processos simples que passam pela escolha adequada da máscara, adaptando-a à fisionomia do cliente, fazendo diminuir as fugas, através de almofadas de gel, encorajando ao encerramento da boca, reduzir a pressão do cabresto, usar sistemas humidificadores, e aplicar medicamentos tópicos (lagrimas artificiais, soro fisiológico)⁷⁷.

A distensão gástrica surge da propagação da pressão positiva pelo tubo digestivo, aparece raramente, resolvendo-se muitas vezes por processos naturais. Mas se persistir recorre-se à entubação nasogástrica, ficando em drenagem passiva⁷⁸.

As Complicações Major são descritas como sendo a pneumonia de aspiração, hipotensão e pneumotórax⁷⁹. Embora raras estas resultam muitas vezes da seleção inadequada dos clientes. Dada a sua gravidade requerem vigilância restrita⁸⁰.

✓ **Intervenções de Enfermagem/Monitorização do cliente em VNI**

Estudos revelam que embora a VNI seja considerada a primeira linha para a IRA em DPOC, as taxas de insucesso variam, e podem ser tão elevadas, como 40%. Identificaram-se como causas da falha do tratamento: assincronia cliente/ventilador; máscaras mal adaptadas, intolerância, falha nas orientações práticas e falta de

⁷³ (Mourisco, 2006) (Hill, 2009) (Royal College of Physicians, 2008)

⁷⁴ (Mourisco, 2006)

⁷⁵ (Mourisco, 2006)

⁷⁶ (Urden, 2008)

⁷⁷ (Mourisco, 2006)

⁷⁸ (Mourisco, 2006)

⁷⁹ (Felgueiras, 2006) (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009) (Hill, 2009)

⁸⁰ (Amado, 2001)

conhecimento no ajuste e na manutenção da VNI⁸¹. Ou seja, a experiência dos enfermeiros desempenha um papel fulcral para o sucesso do tratamento com a VNI.

Todas as vantagens que a VNI proporciona podem virar-se contra o cliente e originar graves consequências por falta de experiência dos profissionais. Quando realizamos este procedimento não podemos esquecer um dos principais conceitos, nomeadamente não adiar a EOT em caso de falência. Para evitar isto, é fundamental segundo Esquinas⁸², a existência de uma equipa de médicos e enfermeiros com experiência, motivação e formação que assegure o sucesso da técnica. Paralelamente a isto, é necessário que haja normas atualizadas de atuação no serviço, estendendo-se a todo o hospital.

Além desses fatores, é necessário que os enfermeiros envolvam os clientes na técnica, dando-lhes a informação sobre a utilização do equipamento e as suas vantagens. A formação e supervisão dos enfermeiros são essenciais para o sucesso da implementação da VNI⁸³.

Antes de iniciar a técnica, deve-se ter em conta a revisão da história clínica, antecedentes pessoais, diagnóstico, doença atual. É importante saber se é um novo utilizador ou se já tem experiência de utilização da técnica. Deve-se informar do procedimento ao cliente e as suas vantagens e instituir-se terapêutica. Em caso de falência crónica, avaliar mecanismos de agudização, ponderar risco/benefício, indicações e contra-indicações. Deve ter-se em conta caso se o tratamento falhar (EOT)⁸⁴.

Se o cliente tiver indicação, é necessário estabelecer objetivos terapêuticos em função do quadro clínico e contexto de doença crónica. Também antes de iniciar a técnica deverá ter-se em atenção o local escolhido para a utilização do equipamento assim como métodos de monitorização e recursos humanos (médicos e enfermeiros)⁸⁵.

Quando se inicia a VNI, o enfermeiro deverá estar atento aos fatores que favoreçam a não adesão a esta terapêutica e aos fatores relacionados com o seu sucesso. Nesse sentido começa a selecionar o equipamento adequado, nomeadamente, o tipo e o tamanho de máscara, assim como o capacete ou arnês; verifica as fugas e corrige-as; e administra oxigénio, se prescrito.

⁸¹ (Ambrosino, 1996) (Sorensen, 2012)

⁸² (Esquinas, 2011)

⁸³ (Hilbert, 2009)

⁸⁴ (Popat, 2012) (Esquinas, 2011)

⁸⁵ (Esquinas, 2011)

Além destes aspetos, a equipa, nomeadamente o enfermeiro, centrará a sua atenção, no cliente/família e no modo como esta está a vivenciar esta nova experiência, uma vez que é frequente sentir ansiedade, desconforto e sensação de claustrofobia. Por isso recomenda-se que o enfermeiro concentre o seu foco na preparação do cliente, na tentativa de tirar partido de todas as potencialidades da técnica e evitar ao máximo a falência da própria.

Deste modo, cabe ao enfermeiro, segundo alguns autores⁸⁶ **antes de iniciar a técnica:**

- Confirmar a respiração espontânea, avaliar o reflexo da tosse, presença ou não de secreções, valores gasimétricos e o nível de colaboração, bem como o estado de consciência do cliente (escala de Glasgow > 10), estado cardiovascular, gastrointestinal.
- Transmitir informação sucinta da técnica ao cliente, como por exemplo: o que vai ser feito e porquê, como funciona a VNI (mostrar o equipamento e funcionamento do ventilador), as sensações que o cliente possa vir a experimentar e tentar acalmá-lo em caso de ansiedade. Se existir agitação psicomotora pode utilizar-se (de acordo com prescrição) sedação leve sem deprimir o centro respiratório;
- Solicitar a participação da pessoa e envolver a família na técnica, caso esteja presente;
- Com a cabeceira da cama elevada a 30° de modo a proporcionar uma boa expansão torácica e conforto;
- Satisfazer todas as necessidades fisiológicas básicas urgentes (hidratação, alimentação, urinárias, gastrointestinais) sempre que possível. Adequar os períodos de ventilação com as atividades diárias;
- Hidratar a pele e mucosas (boca, lábios, face, olhos se necessário) com creme hidratante comum e colírio oftálmico. Na existência de prótese dentária não retirar, porque pode agravar as fugas;

⁸⁶ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002) (Esmond, 2005) (Hill, 2009) (Esquinas, 2011)

- Procurar possíveis alterações da integridade cutânea nos locais de pressão da máscara. Proteger com adesivos hidrocolóides ou hidrocelulares no espaço interocular e supra nasal, sendo que esta área é uma zona sujeita a uma grande pressão causada pela máscara facial e onde existe maior risco de ulceração cutânea;
- Utilizar EPI na abordagem ao cliente submetido a VNI e higienizar as mãos. A ação correta no momento correto é a garantia de cuidados limpos e seguros para os clientes, prevenindo IACS por transmissão cruzada, causada pelas mãos (Direção Geral da Saúde, 2010). O EPI deve ser adequado ao risco de infecção. Prevenir a infecção associada aos cuidados de saúde (Direção Geral da Saúde, 2007).
- Preparar todo o material necessário: máscara (acordo com as características e necessidades do cliente), proteção de silicone, traqueia, arnês, swivel, filtro (antibacteriano/viral e humidificador) e adaptador de O2 de modo a otimizar o tempo, bem como, assegurar que o ventilador tem o teste diário realizado, e caso contrário verificar a operacionalidade do ventilador antes de iniciar a VNI;
- Aplicar a máscara na face e nariz e ajustar sem pressões exageradas e com o mínimo de fugas, deixando o cliente participar;
- Introduzir os parâmetros ventilatórios e conectar o cliente ao ventilador;

No tratamento do cliente em situação crítica, a decisão precoce pela terapêutica adequada são fatores que condicionam positivamente o sucesso da terapêutica.

O atraso da VNI aumenta a necessidade de EOT e o atraso da EOT, quando indicada, aumenta o risco de mortalidade⁸⁷.

As intervenções de enfermagem **durante a técnica da VNI** são, segundo alguns autores⁸⁸:

- Providenciar meios de comunicação adequados ao cliente.

⁸⁷ (Martins, 2009)

⁸⁸ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002) (Esmond, 2005) (Hill, 2009) (Esquinas, 2011)

Promover a comunicação sensorial e escrita, através por ex. do fornecimento de um bloco de notas, de modo a diminuir a ansiedade.

- Monitorizar e registar os diversos sinais vitais do cliente.

A monitorização é fundamental para avaliar a eficácia da VNI que se traduz na melhoria da ventilação alveolar e na redução do esforço respiratório do cliente, ao mesmo tempo que é garantido o seu conforto⁸⁹.

O atingimento destes objetivos depende em grande parte duma boa interação cliente-ventilador e de um bom controlo de fugas. A vigilância à cabeceira do cliente é muito importante durante o período de implementação da VNI.

As variáveis clínicas como a frequência respiratória, frequência cardíaca, utilização dos músculos respiratórios acessórios, movimento abdominal paradoxal, score de dispneia, score de coma, são continuamente avaliados. Também as variáveis fisiológicas como a oximetria contínua, gasimetria arterial e pressão arterial.

- Avaliar e registar a sincronia do cliente e ventilador.

A dessincronização cliente/ventilador implica a procura sistemática de fugas, o reposicionamento da interface e o ajuste dos parâmetros ventilatórios programados (FiO₂, fugas, volume corrente expiratório, triggering). Como tal, ajudar o cliente a cooperar/sincronizar com o ventilador (explicar a necessidade de uma boa adaptação à máscara e coordenação com o ventilador).

- Monitorizar os efeitos secundários.

A insuflação do estomago é uma complicação desta modalidade terapêutica e coloca o cliente em risco de aspiração. Em consequência o cliente é rigorosamente monitorizado relativamente à distensão gástrica e, se necessário é colocada uma sonda nasogástrica, para a descompressão.

Com frequência, os clientes estão muito ansiosos e têm elevados níveis de dispneia antes do início da ventilação. Uma vez estabelecida a ventilação adequada, verifica-se um alívio da ansiedade e da dispneia. Deve ser evitada a sedação pesada mas, se necessária, impõe a intubação e VMI. Permanecer 30 minutos com o cliente, a partir do

⁸⁹ (Royal College of Physicians, 2008) (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009) (Popat, 2012)

início da VNI, é importante para a sua tranquilização e para aprender a respirar com a máquina⁹⁰.

Nas zonas de maior pressão pode ser aplicada placas hidrocolóides e, de seguida colocar a máscara selecionada, verificando se existem fugas. Habitualmente programa-se o ventilador que será ajustado de acordo com a evolução clínica e gasimétrica. Deve administrar-se oxigénio suplementar de modo a manter saturações de O₂ (SPO₂) \geq 90%. A monitorização gasimétrica deve ser efetuada após 30-60 minutos e realizada periodicamente.

Um cliente submetido a VNI com máscara facial nunca deve ser imobilizado. Deve ser capaz de remover a máscara no caso da mesma se deslocar ou se vomitar⁹¹.

- Higiene/prevenção da Infeção.

Proporcionar uma adequada higiene oral (com cloro-Hexidina 0,2%, solução oral, frequente, no mínimo 1x turno, ou caso não exista no serviço utilizar outro elixir oral); observar a integridade cutânea e mucosas; proporcionar dieta adequada, segundo prescrição; trocar filtros 24/24 horas e em SOS e circuitos 72/72 horas; manter a higiene adequada da máscara (as máscaras devem ser desinfetadas com detergente de alto nível entre clientes, e no mesmo cliente sempre que necessário, uma simples lavagem com água e detergente seguida de secagem); manutenção do material; verificar o procedimento de desinfeção e esterilização do equipamento utilizado⁹².

- Registos de Enfermagem

É importante que todas as variáveis sejam registadas em espaço próprio no processo individual do cliente, para avaliar a eficácia da técnica, efeitos secundários e complicações. Por exemplo, a data e horário do procedimento, modelo e tamanho da máscara utilizada; avaliação e registo dos parâmetros vitais (FC, FR, TA, Spo₂, Dor) e do ventilador; os cuidados de enfermagem e intervenções e registos de evolução.

Segundo Pereira⁹³ os registos de enfermagem permitem, quando elaborados adequada e atempadamente, fundamentar tomadas de decisão e intervenções, relativamente à dinâmica individual e situação clínica de cada cliente.

⁹⁰ (Urden, 2008)

⁹¹ (Urden, 2008)

⁹² (CDC, 2004) (Direção Geral da Saúde, 2004)

⁹³ (Pereira, 1991)

As Guidelines internacionais⁹⁴ contemplam que durante a realização do procedimento sejam considerados aspetos fundamentais para o êxito do tratamento, tais como: a segurança, a higiene/prevenção da infeção e os registos de enfermagem, como foi abordado anteriormente.

É fundamental confortar o cliente, manusear o equipamento com habilidade, resolver todos os problemas que surjam e compreender a importância dos modos ventilatórios e as suas configurações.

No entanto, o enfermeiro também terá que oferecer explicações, dar conselhos, tranquilizando a fé do cliente, encorajá-lo, fortalecendo a sua autoestima, proporcionando empatia⁹⁵. É aqui que entram os fornecedores de estrutura⁹⁶ com o intuito de transformar a VNI (Incerteza) numa oportunidade em vez de ser vista como uma ameaça.

Um estudo qualitativo descritivo⁹⁷, em que observa enfermeiras durante a prestação de cuidados a pessoas submetidas a VNI mostra que foram encontradas evidências que as enfermeiras experientes (cinco anos de experiência de trabalho) demonstram uma ampla e complexa compreensão da importância da colaboração enfermeira/cliente durante a VNI. Para Benner⁹⁸, estes enfermeiros podem ser considerados enfermeiros competentes e especialistas. O que se pode aferir com este estudo, que a VNI é considerada uma técnica que exige grande disponibilidade e dedicação por parte dos enfermeiros, obrigando a reavaliações frequentes, principalmente na fase inicial, pois só assim se garante o sucesso e a deteção precoce do insucesso.

Torna-se premente que seja instituída por profissionais treinados e conhecedores dos fatores preditivos de insucesso, com seleção criteriosa dos clientes, assim como unidades próprias, com monitorização apertada, com materiais e equipamentos organizados e adequados, de modo a garantir o sucesso desta terapêutica⁹⁹.

No entanto a VNI também poderá acarretar algumas consequências, nomeadamente a pneumonia associada à ventilação (PAV). A IACS assume particular relevância na pessoa em situação crítica. À medida que dispomos de tecnologias mais avançadas e invasivas, que aumentam a esperança média de vida, o número de pessoas submetidas a terapêutica imunossupressora, antibioterapia, também aumenta o risco de

⁹⁴ (Royal College of Physicians, 2008) (Popat, 2012)

⁹⁵ (Benner, 2001)

⁹⁶ (Mishel, 2004)

⁹⁷ (Sorensen, 2012)

⁹⁸ (Benner, 2001)

⁹⁹ (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

infecção. Estudos revelam que um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados seria evitável.

1.3 – IACS

A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, e que pode também afetar os profissionais no decorrer do seu exercício¹⁰⁰.

As IACS apesar de não serem consideradas um problema novo assumem-se como de grande importância tanto para Portugal como para o mundo. Como indicador bem revelador desta preocupação, realça-se o último inquérito de prevalência conduzido pela OMS em 55 hospitais de 14 países, revelando que 8,7% dos clientes internados têm possibilidade de adquirir uma IACS. Já para não falar do aumento substancial da morbilidade dos doentes internados em contexto hospitalar. Constitui-se como uma das maiores causas de morte do mundo¹⁰¹. Taxas semelhantes foram reveladas em estudos realizados em Portugal.

A pneumonia associada ao ventilador é uma infecção respiratória nosocomial que se desenvolve como consequência da entubação e ventilação mecânica. No entanto, nesta definição também se pode incluir a ventilação mecânica não invasiva (através da máscara nasal ou facial), associando-se a uma incidência mais baixa de pneumonia em relação à VMI¹⁰². Segundo a guideline British Thoracic Society Standards of Care Committee¹⁰³ não há nenhuma evidência publicada que aborde as questões do controle de infecção especificamente em relação à VNI. Até ao momento não houve nenhum relato de caso de pneumonia nosocomial associada a esta modalidade de tratamento. Todavia, os equipamentos utilizados durante a VNI podem estar expostos a material potencialmente infeccioso durante o uso rotineiro, através do contato com a pele dos clientes, das mucosas, secreções brônquicas, e sangue.

Segundo a Guideline supracitada as políticas hospitalares, em conjunto com os profissionais de saúde e a CCIH devem fazer um esforço de modo a reduzir a infecção cruzada. O que seria desejável/recomendado seria material descartável, mas isso acarretaria

¹⁰⁰ (Direção Geral da Saúde, 2007)

¹⁰¹ (Direção Geral da Saúde, 2007)

¹⁰² (Direção Geral da Saúde, 2004)

¹⁰³ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002)

demasiados custos para as instituições, neste caso, obriga a que se opte pela esterilização ou desinfecção do material entre clientes (nomeadamente as máscaras) e que todos os materiais reprocessados devem ser inspecionados antes de serem novamente reutilizados. É importante que se tenha em consideração as recomendações do fabricante para o número permitido de desinfecções/esterilizações.

De acordo com a mesma guideline, na maioria dos ventiladores usados na VNI não existe fluxo de ar do cliente para o ventilador. É utilizado um filtro bacteriano, tornando o risco de contaminação extremamente baixo, sendo apenas necessário uma limpeza superficial do ventilador entre clientes (C), e a sua manutenção de acordo com as recomendações do fabricante (D).

A Direção Geral de Saúde reconhece que a IACS é um problema nacional de grande importância, afetando não só a qualidade da prestação de cuidados mas também a qualidade de vida dos clientes e a segurança dos mesmos, assim como dos profissionais de saúde. Aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde¹⁰⁴.

A prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde deverão constituir uma prioridade estratégica a longo prazo para as instituições de cuidados de saúde¹⁰⁵.

Posto isto, os profissionais de saúde estão deste modo submetidos a uma exigência de atualização de conhecimentos, que necessita do contributo de importantes esforços profissionais e institucionais para enfrentarem o importante desafio de distinguirem os aspetos que têm de ser incorporados na prática clínica e na organização dos cuidados ou na gestão da instituição, à luz das melhores e mais recentes evidências científicas¹⁰⁶.

Deste modo, a VNI revelou-se como uma estratégia terapêutica com consequentes benefícios em relação à VMI, no que respeita ao tempo de internamento, aos custos, à mortalidade hospitalar, que muitas vezes está associada direta ou indiretamente às IACS.

Os conhecimentos atuais sobre a VNI, permitem maximizar o potencial da sua utilização. Por este motivo sendo esta área do meu interesse, desenvolvemos um PIS neste âmbito.

Não poderíamos abordar um projeto, sem falar em qualidade, é no atingir desta condição, que os projetos nascem.

¹⁰⁴ (Direção Geral da Saúde, 2007)

¹⁰⁵ (Jornal oficial da União Europeia, 2009)

¹⁰⁶ (Direção Geral da Saúde, 2005)

A qualidade em saúde segundo os padrões de qualidade da OE¹⁰⁷ é um atributo reconhecido como uma necessidade e exigência na perspectiva de vários intervenientes: Clientes, prestadores de cuidados, gestores e políticos.

Para Hesbeen¹⁰⁸ a qualidade está em permanente evolução e as vias para uma melhor qualidade implicam a reflexão sobre determinadas práticas, para que elas possam evoluir. Defende também que cada prestador de cuidados pode agir de modo a criar qualidade, tanto pelo modo como orienta a sua prática quanto pela intenção que põe nela. Ou seja, podemos utilizar os recursos disponíveis para ajudar a pessoa a alcançar a saúde.

Ao longo deste processo de busca de excelência foi necessário estabelecer exigências para assegurar que os cuidados prestados respondessem aos critérios da qualidade, como por exemplo: divulgar normas de orientação clínica, que ajudem os profissionais nas diferentes áreas de atuação¹⁰⁹, neste caso específico - intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI; e coordenar e controlar organizado das infeções associadas aos cuidados de saúde.

O PIS visa participar na melhoria contínua para a saúde, levando-nos à reflexão das práticas diárias e a enfraquecer a resistência à mudança.

¹⁰⁷ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

¹⁰⁸ (Hesbeen, 2001)

¹⁰⁹ (Direção Geral da Saúde, 2009)

2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

Corroborando com Botelho¹¹⁰, o homem é um ser vivo, que faz projetos, uma vez que ele não pode viver sem eles. Projeto é projetar-se, lançar um olhar sobre si mesmo, imaginar-se no futuro.

De acordo com Barbier¹¹¹ a metodologia de trabalho de projeto caracteriza-se por ser uma pesquisa no terreno, por dinamizar a relação teoria e prática e aprender, num processo aberto, produzir conhecimentos sobre os temas em estudo ou intervir sobre os problemas identificados. Todo o desenvolvimento parte de uma planificação flexível e passível de ser alterada segundo as necessidades do projeto. Na teoria integra conhecimentos adquiridos e desencadeia a aquisição de novos conhecimentos e experiências, na prática humaniza-se e socializa-se o saber. Deste modo, esta metodologia favorece a articulação curricular e o desenvolvimento de competências adequadas para a formação em contexto de trabalho que conduzem à aptidão profissional.

Por outro lado Ferrito¹¹² também refere que “a metodologia de projeto baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. (...) É promotora de uma prática fundamental e baseada na evidência”.

Este capítulo pretende descrever o projeto de intervenção em serviço, realizado no âmbito dos estágios I, II, e III no decorrer do 2º e 3º Semestre do 2º Curso de ME-MC da ESS/IPS. Utilizando a metodologia de projeto, o PIS foi desenvolvido em três fases. No estágio I foram desenvolvidos o diagnóstico de situação, no estágio II o planeamento do projeto e no estágio III decorreram as fases de execução, avaliação e divulgação do mesmo. Todos os estágios foram realizados no SU de um hospital no Alentejo.

O serviço de urgência onde foi realizado o PIS é classificado como sendo Médico-Cirúrgica (S.U.M.C.). Trata-se do segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que segundo o Ministério da Saúde¹¹³ a S.U.M.C. deve localizar-se estrategicamente de modo, a que dentro das áreas de influência respetiva, os trajetos terrestres não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o Hospital. Esta classificação não se

¹¹⁰ (Botelho, 1996)

¹¹¹ (Barbier, 1993)

¹¹² (Ferrito, 2010, p. 2)

¹¹³ (Ministério da Saúde, 2006)

enquadra totalmente na nossa realidade. Comparando com a nossa realidade, alguns Concelhos têm populações que chegam a atingir mais de 60 minutos de distância ao hospital.

Em termos de recursos humanos esta classificação de S.U.M.C. deverá possuir equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à evolução da procura do SU¹¹⁴. Analisando à luz da nossa vivência, verifica-se portanto que, apesar do aumento no número de admissões, a dotação da equipa de enfermagem sofreu decréscimo, o que diminuiu a capacidade de resposta da equipa na vigilância e satisfação das necessidades dos clientes, interferindo na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Em relação às valências médica obrigatórias e equipamento mínimo: Medicina Interna, cirurgia geral e ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, Bloco operatório (24h), imagiologia e patologia clínica. Está em conformidade com o nosso S.U.

Também tem apoio das diferentes especialidades, de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologista, nefrologia e medicina Intensiva¹¹⁵.

Por sua vez o serviço/hospital supramencionado tem como missão¹¹⁶ promover e prestar cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, desenvolver atividades de saúde pública, investigação, formação e ensino, de qualidade, assegurando o acesso da população, garantindo a sustentabilidade económico-financeira, de acordo com a estratégia nacional e regional de forma a obter ganhos em saúde.

E tem como visão¹¹⁷: Constituir-se como uma unidade de referência, com credibilidade, competência, eficácia e compromisso na promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados, melhorando o estado de saúde da população através da ação conjugada de utentes, profissionais e comunidade, contribuindo para o desenvolvimento integrado da Região.

No desenvolvimento da sua atividade o hospital rege-se pelos seguintes valores¹¹⁸:

- Ética na prestação de cuidados, assente em princípios deontológicos e conduta moral dos profissionais (Código de Ética);

¹¹⁴ (Ministério da Saúde, 2006)

¹¹⁵ (Ministério da Saúde, 2006)

¹¹⁶ (Hospital do Alentejo, 2012)

¹¹⁷ (Hospital do Alentejo, 2012)

¹¹⁸ (Hospital do Alentejo, 2012)

- Dignidade Humana, através do reconhecimento do caráter único de cada pessoa;
- Respeito pela vida, pelos direitos e pela vontade esclarecida dos utentes;
- Compromisso com a legalidade, a causa pública e a defesa do bem comum;
- Confidencialidade, através da garantia do sigilo profissional e respeito pela privacidade do doente;
- Colaboração, traduzida no espírito de organização em equipa, gestão participada e solidária entre os profissionais, numa cultura interna de interdisciplinaridade, e bom relacionamento no trabalho;
- Responsabilidade, assente na integridade, transparência, equidade e encaminhamento assistencial e responsabilidade social;
- Acolhimento, através da cortesia e urbanidade no atendimento do utente;
- Promoção da satisfação dos profissionais através de condições de trabalho estimulantes, valorizando a diferenciação técnica e a melhoria contínua;
- Promoção da satisfação dos utentes mediante o envolvimento e participação dos doentes, família e comunidade.

Ao termos feito o enquadramento do local onde realizamos estágio e desenvolvemos um PIS, passaremos agora a descrever o desenvolvimento do PIS de acordo com as etapas que constituem a metodologia de projeto.

2.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

É a primeira etapa da metodologia de projeto, que visa a identificação de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto de estágio sobre a qual incidiu a ação (Apêndice 1).

Os enfermeiros são considerados fundamentais para o aumento da eficácia do VNI e para a redução dos fatores de intolerância a esta terapêutica, bem como minimizar situações que possam causar infeções adquiridas associadas aos cuidados de saúde (IACS), para tal devem trabalhar de forma eficiente e integrada, sabendo relacionar e executar cuidados na VNI: Adaptação e Manutenção.

Contudo, por vezes a falta de experiência/familiaridade dos enfermeiros explica muitas vezes a baixa adesão por parte dos clientes à opção terapêutica VNI.

Há sobretudo uma necessidade de uma equipa de enfermagem qualificada; de implementação de documentos orientadores para a prestação de cuidados de qualidade aos clientes submetidos a VNI; uma boa organização do serviço de urgência, com material acessível e disponível, assim como equipamentos adequados.

Para Ferreira et al.¹¹⁹ e Cordeiro & Menoita¹²⁰ a VNI é uma técnica que exige grande disponibilidade e dedicação do enfermeiro, obrigando a reavaliações frequentes, pois só assim se garante o sucesso. Advoga-se por isso, que seja instituída por profissionais treinados e conhecedores dos fatores preditivos de insucesso. A VNI assume cada vez mais uma maior relevância tanto nos estudos científicos desenvolvidos, como na prática clínica, que a sustentam, como sendo uma opção terapêutica segura e eficiente, sem recursos a métodos invasivos da via aérea. Tem um papel importante quer em patologia aguda quer na doença respiratória crónica. É considerada uma alternativa terapêutica à VMI, acarretando por isso uma diminuição do internamento hospitalar, da mortalidade e uma diminuição dos custos¹²¹.

A temática supracitada atinge grande importância, de acordo com o Relatório do Observatório Nacional das doenças respiratórias¹²², as doenças desta natureza continuam a ser umas das principais causas de morbilidade em Portugal, com tendência clara para o aumento da sua prevalência. Estas foram responsáveis em 2009, por 83.163 internamentos, e destes internamentos, 10% terminaram em óbito¹²³.

Segundo a estatística da Triagem de Manchester, do SU do Hospital do Alentejo no período de Junho a Dezembro de 2012 num total de 28 390 clientes admitidos foram triados 1212 clientes com o fluxograma Dispneia¹²⁴, o que nos leva a inferir, que as doenças respiratórias assumem hoje em dia uma situação preocupante.

O enfermeiro tem um papel crucial no seio da equipa multidisciplinar e na monitorização do cliente hospitalizado submetido a VNI, pelo que a este se exige uma prática profissional baseada na evidência e em linhas de orientação (Guidelines) que elevem os cuidados prestados ao cliente a um nível de excelência¹²⁵.

¹¹⁹ (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

¹²⁰ (Cordeiro & Menoita, 2012)

¹²¹ (Ferreira, Nogueira, Conde, & Taveira, 2009)

¹²² (Observatório Nacional de doenças respiratórias, 2011)

¹²³ (Observatório Nacional de doenças respiratórias, 2011)

¹²⁴ (Documento interno do hospital do Alentejo, 2007)

¹²⁵ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

Como defende Esquinas¹²⁶, todas as vantagens da VNI podem virar-se contra o cliente e originar graves consequências por falta de experiência. Por isso é fundamental a existência de enfermeiros com experiência/formação e motivação que assegure o sucesso da técnica.

Deste modo, é necessário dotar enfermeiros com formação na área atrás referida como forma de melhorar qualidade dos cuidados prestados, ou seja, uniformizar/sistematizar a prestação de cuidados ao cliente submetido a VNI no serviço de urgência: na adaptação e manutenção, aumentando a segurança nos cuidados prestados. Sendo que a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem, em que os enfermeiros têm o dever de assegurar cuidados em segurança, promover um ambiente seguro e agir de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas¹²⁷.

No sentido de conhecermos a realidade do SU relativamente ao número de clientes admitidos no SU que eram submetidos a VNI, criámos para esse propósito uma folha de registos e solicitamos a colaboração dos colegas para o preenchimento das mesmas sempre que fossem admitidos clientes com VNI no SU do hospital. O que nos levou a inferir que só no período de 1 e 31 de Dezembro de 2012 foram admitidos dezoito clientes com necessidades de VNI, facto esse que foi de encontro à ideia que percecionávamos.

No sentido de auscultar a enf^a responsável do SU e conhecer a opinião da mesma relativamente à temática supracitada, realizamos uma entrevista não-estruturada, da qual, podemos concluir que a VNI seria uma temática relevante a trabalhar de extrema utilidade, dado ao facto de ainda não ter sido trabalhada neste serviço. Segundo Fortin¹²⁸ a entrevista não-estruturada surge para compreender a significação dada ao projeto e “(...) foi utilizada como etapa preliminar à elaboração de um instrumento de medida para uma investigação em particular”.

Paralelamente a essa entrevista, houve uma consulta do plano de formação de 2007 onde se lê que já nessa altura foi levantado a formação da VNI como uma necessidade formativa pelos elementos da equipa de enfermagem, no entanto essa necessidade nunca foi suplantada¹²⁹.

¹²⁶ (Esquinas, 2011)

¹²⁷ (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

¹²⁸ (Fortin, 1999, p. 247)

¹²⁹ (Documento interno do hospital do Alentejo, 2007)

Com o objetivo de conhecer a opinião da equipa de enfermagem do SU e o tipo de formação que a mesma tinha relativamente à temática da VNI, foi elaborado um questionário (apêndice 2), pois este constitui uma ferramenta de colheita de dados, instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar dados¹³⁰. Deste modo, dirigimos um pedido de autorização para aplica-lo (apêndice 3), com o respetivo consentimento informado (apêndice 4) à Enf^a Diretora do hospital do Alentejo, que foi deferido.

Nesta linha de ação, no período de 1 a 10 de Dezembro de 2012 aplicámos um pré-teste, com a finalidade de validar o seu conteúdo, pois segundo Fortin¹³¹ pretende-se que uma pequena amostra reflita a diversidade da população visada, a fim de avaliar a eficácia e a pertinência do mesmo, bem como a compreensão semântica das questões. Assim após ter sido realizado o pré-teste, e procedido às alterações sugeridas foi aplicado o questionário propriamente dito no período de 8 a 18 de Janeiro de 2013. É de salientar que os mesmos se fizeram acompanhar do consentimento informado, pois segundo Phipps¹³², “é um pedido de autorização a uma pessoa devidamente informada antes de lhe fazer seja o que for”.

A amostra foi intencional, ou seja, da população alvo (enfermeiros), foram escolhidos os enfermeiros do SU que prestam cuidados aos clientes submetidos a VNI. Foi excluído a autora dos questionários, a Enf^a responsável do SU e os colegas que se encontravam de baixa e de licença de parentalidade.

Corroborando o que foi dito anteriormente, Streubert¹³³ defende que as pessoas são selecionadas por causa do conhecimento específico que têm de um determinado fenómeno.

Assim após a aplicação dos questionários e após tratamento de dados efetuados em Excell (Apêndice 5), concluímos que estávamos perante uma equipa jovem, que na sua globalidade tinha 30 anos de idade e possuía como habilitações académicas a Licenciatura em Enfermagem. Quando questionados relativamente à importância do tema do PIS a maioria (94%) dos enfermeiros, considerava o tema da VNI pertinente. E, 77% considerava que não havia uniformização nos cuidados de enfermagem prestados ao cliente submetido a VNI. Concluímos também que os enfermeiros na sua maioria considerava ter alguns conhecimentos sobre o manuseio de ventiladores, mas a grande maioria advogava falta de conhecimentos sobre as máscaras utilizadas na VNI, no entanto

¹³⁰ (Fortin, 1999)

¹³¹ (Fortin, 1999)

¹³² (Phipps, 2003, p. 111)

¹³³ (Streubert & Carpenter, 2002)

defendiam que possuíam alguns conhecimentos sobre os equipamentos utilizados na VNI (53%).

Dos enfermeiros que responderam ao questionário 94% achavam que a temática da VNI deveria ser incluída na formação em serviço, e os dados revelaram que os enfermeiros possuíam conhecimentos sobre alguns efeitos adversos e contraindicações da VNI. Contudo, 69% revelava que não possuíam curso de ventilação para enfermeiros, e aqueles que o tinham, já o realizaram há mais de 3 anos e fizeram-no através de formação pós-graduada. Para 97% dos enfermeiros a criação de um documento orientador para a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente submetido a VNI e para os ventiladores era uma mais-valia para o SU.

Ainda no decorrer da fase de diagnóstico, de forma a acautelar algumas falhas, foi aplicada uma ferramenta de gestão a análise FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) (apêndice 6). A FMEA é uma metodologia que possibilita avaliar e minimizar riscos através da análise de possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha e planejar ações para aumentar a confiabilidade¹³⁴). É um documento passível de ser alterado sempre que ocorram alterações no processo de forma a permitir a inclusão de falhas não previstas até então.

Assim, pode-se dizer que a sua utilização diminui as hipóteses de falha inicial que colocaria em risco todo o esforço e investimento, pela não ponderação dos riscos¹³⁵.

De acordo com Chiozza & Ponzetti¹³⁶, a análise FMEA permite uma sequência lógica e sistemática de analisar os riscos:

- Identificar modos de falha conhecidos e potenciais para cada etapa;
- Determinar o efeito potencial de cada modo de falha;
- Ranking da gravidade dos efeitos do modo de falha;
- Ranking da probabilidade e detetabilidade de cada modo de falha;
- Identificar as áreas de maior preocupação (modos de falha críticos);
- Avaliar o potencial de risco de cada modo de falha e definir medidas para redução do risco de falha.

Para avaliar os riscos e as prioridades de ação são definidos índices de gravidade (G), Ocorrência (O) e Detecção (D) para cada causa de falha. A prioridade de intervenção

¹³⁴ (Pires, 1999)

¹³⁵ (Moura, 2000)

¹³⁶ (Chiozza & Ponzetti, 2009)

será consoante o valor de RPN (GxOxD) e deverá ser direcionada para as etapas cujo valor ultrapasse 100.

Em seguida iremos analisar os resultados obtidos através da FMEA, de forma a concluir quais as prioridades de ação, assim como as medidas corretivas obedecendo à ordem por RPN (nº de prioridade de risco) mais elevado:

- Com maior valor de RPN de 200, tínhamos a etapa, adaptação à opção terapêutica - VNI. Para iniciar a VNI era necessário que o enfermeiro tivesse experiência, que explicasse o procedimento ao cliente, se isto não acontecesse poderia interferir na segurança e na qualidade do processo. Poderia advir ansiedade ao cliente, que resultaria numa baixa adesão e até mesmo do agravamento da situação clínica. Para esta etapa tínhamos como ações: promover ações de formação no âmbito da VNI, desenvolver um folheto destinado ao Cliente/família; Elaborar um guia de consulta rápida para enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem ao cliente submetido a VNI; incentivar à uniformização dos registos de enfermagem e a criação de um livro de registos aos clientes submetidas a VNI.
- Com igual valor de RPN de 200 tínhamos a etapa, manutenção da opção terapêutica – VNI. A manutenção da VNI requeria muita vigilância e atenção, especialmente nas primeiras horas para assegurar o sucesso. Era premente que o enfermeiro fosse capaz de detetar os sinais preditivos de insucesso. Nesta etapa poderia haver diminuição da segurança dos cuidados, levando ao agravamento da situação, bem como o aumento dos efeitos adversos. As ações a desenvolver para retificar as falhas foram: promover ações de formação no âmbito da VNI; elaboração de um guia de consulta rápida para enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem ao cliente submetido a VNI e incentivar à uniformização dos cuidados.
- Com um valor de RPN de 180, tínhamos a etapa, acondicionamento do material equipamento para o uso de VNI. Inexistência de um local próprio, devidamente identificado, para acondicionar os materiais e equipamentos disponíveis usados na VNI e o material danificado ou incompleto podiam levar ao atraso no início do tratamento. Como ações a fim de corrigir estas falhas tínhamos: criar um espaço próprio para acondicionamento de materiais e equipamentos de fácil acesso aos enfermeiros do SU; verificação do nº de desinfecções que cada máscara era submetida; criar uma check-list do material que compõe o kit da VNI e criar uma check-list de verificação para montagem/operacionalidade do equipamento.

- Com um valor de RPN de 96, tínhamos a etapa, prevenção das infecções respiratórias. O Deficit de formação da equipa de enfermagem associada à prevenção da pneumonia na VNI, fez com que houvesse um risco acrescido de infeção, associado aos cuidados de saúde. Como ações a serem implementadas, foram nomeadas as seguintes: promover ações de formação no âmbito da prevenção da pneumonia associada à VNI (higienização das mãos, uso do equipamento de proteção individual, higiene oral e da máscara) e verificação do nº de desinfecções que cada máscara era submetida (sinalização das máscaras e registo).
- Com um valor de RPN de 80, tínhamos a etapa, prevenção das úlceras de pressão. O risco de aparecimento das úlceras de pressão associadas ao uso da máscara, poderia ter como causa o deficit de conhecimentos sobre a prevenção das úlceras/proteção da pele, bem como das máscaras a utilizar na VNI. O risco a considerar era a presença de úlceras de pressão (UP), que poderia instigar a incidência/prevalência das UP na pirâmide nasal e maxilar superior. Como ações a serem implementadas para colmatar estas falhas tínhamos: ações de formação sobre a prevenção das úlceras de pressão associadas à VNI; incentivar a equipa de enfermagem a utilizar placas hidrocolóides para aplicar antes de iniciar a VNI e a sua mudança ao longo do processo; incentivar a selecionar adequadamente a máscara.
- Com menor valor de RPN de 60, tínhamos a etapa, acolhimento do cliente com necessidade de VNI. A deteção de ensinios ao cliente não validados, poderiam provocar ansiedade e falta de colaboração por parte do cliente/família potenciada pelo desconhecimento da técnica. As ações a serem implementadas foram: promover ações de formação no âmbito do apoio emocional ao cliente/família no âmbito da VNI e elaborar um guia orientador para o cliente/família sobre a VNI a fim de envolve-los nos cuidados.

Ao identificar as áreas de maior preocupação (modos de falha críticos), foi dada prioridade às áreas em que a melhoria do processo era mais necessária.

Uma vez calculado o RPN (nº de prioridade de risco) para cada modo de falha, a ação corretiva dirigiu-se em primeiro lugar para os problemas de mais alto valor de RPN e

a elementos críticos¹³⁷. A prioridade de Intervenção foi de acordo com o valor de RPN e foi dirigida para as etapas onde este assume valor superior a 100, como referimos anteriormente.

Posto isto, a nossa prioridade foi a etapa - adaptação à opção terapêutica VNI, com um valor RPN de 200; à etapa - manutenção da opção terapêutica VNI, com um valor de RPN de 200 e à etapa - acondicionamento do material equipamento para o uso de VNI, que tem um valor de RPN de 180.

Analisando os resultados da FMEA, concluímos que o nosso PIS incidiu nas ações corretivas e preventivas nas etapas supramencionadas com valor de RPN de 200 e 180. Identificadas as falhas críticas, o objetivo foi tentar eliminar o risco destas falhas, reduzir a probabilidade de acontecerem ou atenuar os efeitos da falha.

Todas as etapas descritas acima tiveram ações em comum, como por exemplo, a formação no âmbito da VNI. O que nos levou a concluir que o PIS que nos propusemos a desenvolver era de crucial importância e o desenvolvimento do mesmo contribuiu para uma uniformização dos cuidados de enfermagem.

Como tal, após a análise integral do problema, suportada nas ferramentas de diagnóstico referidas, identificámos os problemas parcelares que resultaram da decomposição do problema geral em várias partes, que se complementaram e permitiram a articulação entre si:

- Défice de conhecimentos sobre: Manipulação dos ventiladores; Tipos de máscaras (interfaces) e a sua colocação e manutenção; as Indicações, contraindicações e os efeitos adversos do uso da VNI;
- Inexistência de um local próprio, devidamente identificado, para acondicionar os materiais disponíveis, equipamentos e documentos orientadores, usados na VNI;
- Falta de formação por parte dos enfermeiros do SU do hospital do Alentejo relativamente à VNI;
- Inexistência de uniformização dos registos de enfermagem em relação à VNI;
- Inexistência de uma norma de procedimento em relação aos cuidados ao cliente submetida a VNI.

Em nosso entendimento a necessidade de definir prioridades surgiu pela impossibilidade de satisfazer todas as necessidades simultaneamente. Foi imperativo

¹³⁷ (Pires, 1999)

definir quais as necessidades afetadas. Pelo afirmado, definimos antelações de forma a identificarmos a ordenação prevista para o planeamento do projeto.

Após a definição dos problemas parcelares, definimos as nossas prioridades de intervenção no projeto, atendendo aos resultados obtidos na FMEA, foram determinadas as seguintes prioridades:

- Realizar pesquisa bibliográfica;
- Elaborar uma norma sobre as intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a VNI;
- Formar a equipa de enfermagem do SU sobre prestação de cuidados de qualidade ao cliente submetido a VNI;
- Melhorar o acondicionamento do equipamento/material utilizado para instituir a VNI.

Os objetivos assumem-se como representações antecipatórias centradas na ação a realizar. Estes apontam os resultados esperados, podemos incluir vários níveis, vão do mais geral ao mais específico¹³⁸.

Objetivo geral

- Contribuir para a melhoria dos Cuidados de Enfermagem prestados ao Cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva no SU do hospital do Alentejo.

Objetivos específicos

- Elaborar uma norma de procedimento sobre as intervenções de Enfermagem ao Cliente submetido a VNI;
- Organizar espaço apropriado para acondicionar material e equipamento, necessário à VNI;
- Realizar formação teórico-prática subordinada ao tema da Ventilação Não-Invasiva, destinada aos enfermeiros do SU.

¹³⁸ (Vaz, 2010)

2.2 PLANEAMENTO

O planeamento (apêndice 7) consiste na terceira fase do projeto, em que foi elaborado um plano detalhado do projeto, englobando as várias vertentes: calendarização das atividades, meios e estratégias, recursos disponíveis, um cronograma, bem como os resultados esperados e indicadores de avaliação¹³⁹.

Objetivo 1 - Elaborar uma norma de procedimento sobre as Intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a VNI.

Atividades

Realização de pesquisa bibliográfica sobre a VNI; Elaboração de um dossiê temático sobre as intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI; Elaboração de uma norma de procedimento; Discussão sobre a norma de procedimento com a Enf^a Responsável e a Enf^a Orientadora, e proceder às alterações, caso necessário; Apresentação da norma à equipa de enfermagem, à responsável pelo serviço de esterilização, à responsável pelo serviço de CCIH e a peritos na área da VNI, no sentido de recolher sugestões e Pedido de Homologação da NP ao Conselho de Administração e implementar a norma de procedimento.

Recursos Humanos

Equipa de Enfermagem, Responsável pelo Departamento da CCIH, Perito na área da VNI, Responsável pelo Departamento da Formação, Responsável pelo Serviço de Esterilização, Enf^a Diretora de Enfermagem e Enf^a Responsável do SU.

Recursos materiais

Material didático e informático.

Indicadores de Avaliação

Existência da norma de procedimento; Homologação da norma de procedimento; 100% da equipa de enfermagem aplica a norma; 100% da equipa de enfermagem tenha

¹³⁹ (Rodrigues, 2010)

conhecimento da norma de procedimento da VNI e implementação de Norma de procedimento.

Objetivo 2 - Organizar espaço apropriado para acondicionar material e equipamento, necessário à VNI.

Atividades

Reunião com a Enfª Chefe do SU para estipular o espaço mais apropriado; Auscultação à equipa e aceitar sugestões sobre o local apropriado para acondicionar os materiais; Eleição do espaço; Organização das máscaras de VNI/ Identificação das máscaras como pertencendo ao SU; Organização do material a ser utilizado na VNI/listar kits de VNI; Criação de uma folha de registos de limpeza do material/equipamentos necessários à VNI; Elaboração de uma check-list do material que deve conter os Kits usados na VNI; Divulgação do espaço atribuído à VNI durante as passagens de turno e via correio eletrónico.

Recursos Humanos

Enfª Responsável do SU, Enfª Responsável pela esterilização, Fabricantes das máscaras de VNI.

Recursos Materiais

Espaço/Armário identificado, Caneta, Norma de procedimento, Material dos Kits de VNI e respetivo equipamento; Manual de Instruções dos Ventiladores.

Indicadores de Avaliação:

Existência do espaço organizado e limpo; que 100% da equipa de enfermagem tenha conhecimento do espaço criado para a VNI; listagem de kits de VNI; folha de registos de limpeza.

Objetivo 3 - Realizar Formação Teórico-Prática subordinada ao tema da Ventilação Não-Invasiva, destinada aos enfermeiros do Serviço de Urgência.

Atividades

Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática; Elaboração de dossiê temático de apoio para deixar no serviço de urgência; Convidar Peritos na área a fim de colaborarem na realização da formação; Reunião formal com Enfermeira Responsável pela formação para marcar a data da formação; Construção da apresentação em suporte informático (Slides); Discussão dos slides com a Enf^a Orientadora e a Enf^a Chefe e proceder às alterações, caso necessário; Elaboração de um Plano de Sessão; Divulgação da formação (Data, hora, local) através de email e Cartazes informativos; Requisição da sala para a formação; Realização da formação (enfermeiros) e Avaliação da Formação.

Recursos Humanos

Formador, Formandos, Enf^a Responsável pelo SU, Pessoal do Departamento da Formação do hospital do Alentejo, perito na área da VNI e Enf^o Responsável pela Formação do SU.

Recursos Materiais

PC, Data Show, Plano de Sessão, Folhas de Presença, Folhas de Avaliação, Sala de Formação, Impressora para impressão dos cartazes informativos e Cartaz para divulgar a formação.

Indicadores de Avaliação

Presença de pelo menos 70% dos enfermeiros do SU na formação; existência do dossiê temático; 100% da Equipa de Enfermagem tem conhecimento sobre o dossiê sobre a VNI; plano de formação, cartaz de divulgação da formação, slides da formação e relatório da formação.

Orçamento

A realização deste PIS não contemplou custos acrescidos com os recursos humanos. De acordo com as despesas planeadas, foi definido serem gastos cerca de 20 euros para a impressão de cartazes e material didático.

Recursos humanos: Colaboração da equipa de enfermagem para a formação em serviço; Colaboração dos peritos para a formação em serviço.

Recursos materiais: Contudo, relativamente aos recursos materiais foram previstos gastos na ordem dos 20 euros que se destinavam à impressão de cartazes e material didático (canetas e folhas).

Cartazes; Material didático e informático, PC e Sala de Formação

Previsão dos Constrangimentos e forma de os ultrapassar

O planeamento não estava livre de sofrer alterações, foi havendo necessidade de certos ajustes ao longo do processo.

As formações teórico/práticas dependeram da articulação com alguns intervenientes em todo este processo, nomeadamente da Enf^a Responsável pelo SU, dos peritos convidados, do Enf^o Responsável pela Formação do SU e pela Enf^a Responsável da Formação do hospital.

Havia sempre o risco da não adesão da equipa de Enfermagem, devido a vários fatores, como a indisponibilidade, devido ao rácio enfermeiro/turno ser de todo desfasado, das necessidades de serviço e ao horário não contemplar horas para formação.

A forma de colmatar estes constrangimentos passou pela divulgação adequada da formação em serviço através de cartazes e pela intranet e pela realização da formação em dias distintos, de forma a englobar o maior n^o de enfermeiros.

2.3 EXECUÇÃO DO PROJETO (PIS)

No estágio III, desenvolvemos o que estava planeado, ou seja na fase de execução foi materializado o planeado. Como defende Fortin¹⁴⁰ e Nogueira¹⁴¹ a etapa de execução da Metodologia de Projeto preconiza a realização do que foi planeado, coloca em prática o que foi mentalmente esboçado, tornando-se numa situação real construída.

Considerámos, esta a fase mais trabalhosa, no que concerne ao nosso projeto, no entanto também a de maior interesse e a mais prazerosa. Reforçando com Nogueira¹⁴²,

¹⁴⁰ (Fortin, 1999)

¹⁴¹ (Nogueira, 2005)

¹⁴² (Nogueira, 2005)

quanto maior o interesse, maior será o processo de pesquisa, experimentação, descoberta e consequentemente a potencialização das diversas competências.

No sentido de tornar os objetivos do PIS exequíveis elaborámos um cronograma de atividades.

Um cronograma de atividades, auxiliou-nos enquanto orientação em termos de tempo, para cumprir os tempos estipulados. O que realizámos inicialmente foi de acordo com os objetivos específicos delineados, posteriormente, sentimos necessidade de o alterar devido às circunstâncias que se foram impondo (anexo 7).

De seguida passaremos a analisar cada objetivo específico e as atividades delineadas no planeamento fazendo uma análise do executado.

Objetivo 1 - Elaborar uma norma de procedimento sobre as Intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a VNI.

Atividades

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a VNI.

A pesquisa bibliográfica é o termo geral para qualquer tentativa de sintetizar os resultados de duas ou mais publicações sobre o mesmo tópico¹⁴³.

Esta revisão teve como objetivo obter informações pertinentes sobre o uso da VNI, no cliente crítico, bem como os conceitos que lhe estão diretamente relacionados.

Sendo assim, define-se como cliente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”¹⁴⁴.

A questão de partida que norteou este trabalho foi “Quais as Intervenções de Enfermagem ao Cliente submetido a VNI”.

A busca de evidência teve início com a definição de termos. As palavras-chave foram: Ventilação Não-invasiva, infeção respiratória aguda, metodologia de projeto e competências.

Seguiu-se as estratégias de busca, definindo as bases de dados e outras fontes de informação a serem pesquisados, nomeadamente bases de dados eletrónicas (EBSCO, B-on, MedLine, Cochrane, ScieLo), repositórios nacionais, Google Scholar e a capítulos de

¹⁴³ (Ramalho, 2005)

¹⁴⁴ (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p.9)

livros. Segundo Sampaio & Mancini¹⁴⁵ a busca em bases de dados eletrônicas e em outras fontes é uma habilidade importante no processo de realização de uma pesquisa, considerando que sondagens eficientes maximizam a possibilidade de encontrar artigos relevantes em tempo reduzido. Uma pesquisa eficaz inclui não só a escolha de termos adequados mas também a escolha de bases de dados que insiram mais especificamente o tema.

Durante a seleção dos estudos, foi necessário avaliar os títulos e os resumos, identificados na busca inicial. Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos com base na pergunta que norteou a pesquisa: tempo de busca apropriado (preferencialmente 5 anos); população alvo (adultos) e também foram incluídos estudos que abordavam as indicações, contraindicações, as interfaces utilizadas, efeitos adversos, indicadores de sucesso e os cuidados de enfermagem ao cliente submetido a VNI, bem como a qualidade, a segurança dos cuidados, o controlo de infeção, a metodologia de trabalho projeto e as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

A pesquisa bibliográfica regeu-se pelos mesmos princípios de uma revisão sistemática da literatura. Foi escolhida a guideline British Thoracic Society Standards of Care Committee¹⁴⁶ recorrendo ao instrumento AGREE.

Efetuámos atualização e aprofundamento de conhecimentos, para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar ao cliente submetido a VNI através de base de dados credíveis, nacionais e internacionais recentes.

A pesquisa efetuada estendeu-se ao longo do tempo, de um modo faseado, todas as fases contemplavam esta revisão. Pelo que inicialmente definimos o início em Dezembro de 2012 e o término nos finais de Junho de 2013, mas o que é certo, é que se estendeu até ao fim do projeto (outubro de 2013).

- Elaboração de um dossiê temático sobre as intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI.

Toda a informação recolhida, foi compilada e foi elaborado um dossiê temático que foi colocado no serviço, nomeadamente na sala de observações, para que os profissionais do serviço o possam consultar quando necessário.

¹⁴⁵ (Sampaio & Mancini, 2007)

¹⁴⁶ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002)

- Elaboração de uma norma de procedimento.

A falta de Uniformização de intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva, fez com que emergisse esta norma de procedimento.

Apoiando-nos na ACSS¹⁴⁷, esta norma teve como pretensão ser um contributo para os enfermeiros do SU nos processos de cuidar no cliente submetido a VNI, tendo por base os princípios científicos. Teve como principais objetivos:

- ✓ Normalizar procedimentos que garantam as boas práticas;
- ✓ Orientar na execução de procedimentos por princípios científicos e de otimização de recursos;
- ✓ Desenvolver a arte do saber fazer.

No entanto, focalizámos o desenvolvimento das normas relativamente aos domínios ético-legais, realçando o direito à diferença, à individualidade de cada pessoa.

Segundo OE¹⁴⁸, a norma de procedimento é considerada um instrumento de qualidade.

De acordo com a OE¹⁴⁹, a realização da norma de procedimento foi baseada em práticas recomendadas, em linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, tornando os cuidados prestados mais seguros, visíveis e eficazes. Ou seja, foi feita uma pesquisa bibliográfica, apoiada em estudos científicos, em guidelines internacionais e nacionais, com o mais elevado grau de evidência, bem como atendendo aos pareceres dos peritos em VNI.

Antes de realizar a norma de procedimento (apêndice 8) foi tido em conta a apresentação-tipo da instituição onde realizamos os estágios (anexo 1), com conteúdo atual, preciso sintético e claro, adequando uma linguagem acessível a uma forma facilitadora de leitura.

Após a sua elaboração, o mesmo foi enviado por correio eletrónico a todos os colegas do serviço de urgência, enfermeira responsável do SU, à responsável pelo serviço de esterilização, à responsável pelo serviço de CCIH e a peritos na área da VNI, para que fossem dados contributos de melhoria e de forma a obter validação pelos pares. O que contribuiu em muito para a sua conclusão.

¹⁴⁷ (ACSS, 2011)

¹⁴⁸ (Ordem dos enfermeiros, 2007)

¹⁴⁹ (Ordem dos enfermeiros, 2007)

A elaboração da norma de procedimento numa primeira fase tínhamos previsto ter início em Abril de 2013 e terminar a Maio de 2013, mas este prazo estendeu-se até Julho de 2013.

A divulgação da norma de procedimento junto à equipa de enfermagem, Enf^a responsável pelo SU, dos peritos em VNI, da Enf^a responsável pela CCIH e da Enf^a responsável pelo serviço de esterilização, foi acontecendo de um modo faseado, desde os finais de Abril até finais de Setembro de 2013.

- Pedido de Homologação pelo Conselho de Administração para implementar na Norma de procedimento.

Foi elaborada uma carta para o Conselho de Administração para pedir a homologação da norma de procedimento (Apêndice 9). O pedido de homologação, deu entrada no serviço de pessoal já no mês de Outubro, e aguardamos a sua homologação.

Indicadores de Avaliação:

Existência da norma de procedimento; Aguardamos a homologação da norma de procedimento pelo Conselho de administração, no entanto no SU, já teve o aval da Enfermeira chefe para se implementar no serviço; 100% da equipa de enfermagem tem conhecimento da norma de procedimento da VNI, isto porque foi enviado a norma para todos os elementos da equipa de enfermagem via email, com aviso de receção, bem como o reforço nas passagens de turno e junto aos chefes de equipa, com o objetivo de difundir a informação a todos os elementos da equipa.

Objetivo 2 - Organizar espaço apropriado para acondicionar material e equipamento, necessário à VNI.

Atividades

- Eleição do espaço para acondicionar material e equipamento, necessário à VNI

Houve numa fase inicial reunião com a Enf^a Chefe do SU para estipular o espaço mais apropriado e auscultação da equipa, e aceitamos sugestões sobre o local apropriado

para acondicionar os materiais. Chegamos à conclusão que a Sala de observações, seria a melhor opção visto, que a maioria da VNI, se inicia neste espaço.

Tornou-se urgente encontrar um local onde fosse possível concentrar os recursos materiais/equipamentos, de fácil acesso aos enfermeiros, a fim de otimizar o tempo e para facilmente instituir a VNI, de forma organizada e disponível. As máscaras foram organizadas e identificadas como pertencendo ao SU, houve a criação de uma folha própria para registo de limpeza/desinfecção das máscaras e uma check-list do material que deve conter os kits usados na VNI.

A divulgação do espaço atribuído à VNI aconteceu durante as passagens de turno e via correio eletrónico (apêndice 10).

Nesse armário também consta um livro de registos dos clientes submetidos a VNI, com a respetiva informação, nomeadamente: a data de início/término, o diagnóstico, o número da máscara (elas estão identificadas por números), e o local de transferência se for o caso. Este livro também teve o seu contributo, passámos a ter dados, para poder justificar a quantidade de material que é necessário, as máscaras que são imprescindíveis, os recursos humanos que são mobilizados, os diagnósticos mais comuns. O levantamento destes dados deu-nos a possibilidade de intervir nalguns aspetos, com vista na melhoria do projeto a que nos propusemos.

A organização do espaço apropriado para o acondicionamento dos materiais/equipamentos para uso da VNI e elaboração de uma check-list do material que deve conter os Kits usados na VNI estava planeada a sua realização entre o fim de Abril de 2013 e o fim de Maio de 2013, o que foi cumprido.

Indicadores de Avaliação:

Existência do espaço organizado e limpo; 100% da equipa de enfermagem tem conhecimento do espaço criado para a VNI; existência de listagem de kits de VNI e folha de registos de limpeza e check-list do material que deve conter os kits usados na VNI.

Objetivo 3 - Realizar Formação Teórico-Prática subordinada ao tema da Ventilação Não-Invasiva, destinada aos enfermeiros do Serviço de Urgência.

Concordamos que a formação, orientada para a melhoria dos cuidados de qualidade em enfermagem, promove mudanças significativas no desenvolvimento pessoal

e profissional, que influenciam na competência profissional dos enfermeiros. A partilha de conhecimentos e de experiências, possibilita a harmonização do trabalho em equipa e conseqüentemente a coesão da mesma. A análise da prática é muito importante, na medida em que permite refletir sobre o desempenho profissional, com o objetivo de melhorar constantemente a prestação de cuidados, pelo que a formação contínua dos enfermeiros é promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade¹⁵⁰.

Atividades

- Elaboração de dossiê temático de apoio para deixar no serviço de Urgência.

Todos os artigos científicos consultados, as guidelines nacionais e internacionais, bem como os diapositivos (apêndice 11) foram incorporados no dossiê temático.

- Convidar Peritos na área a fim de colaborarem na realização da formação.

Convidamos o Dr. R.C. para complementar com o seu conhecimento na formação da VNI, no entanto não foi possível estar presente, por incompatibilidades de agenda. Quando replicarmos a formação teremos oportunidade de o convidarmos novamente para estar presente, numa data acordada com o Dr. R.C. e com a Enf^a Chefe do serviço de urgência.

- Construção da apresentação em suporte informático (Slides)

A par da preparação da apresentação em suporte informático sobre a VNI, foi criado um Fluxograma de atuação (Apêndice 12) de rápido acesso aquando a necessidade de instituir a VNI (este também disponível junto à norma de procedimento que se encontra no dossiê temático na sala de observações). Este fluxograma foi distribuído durante a formação sobre a temática mencionada. E tem como pretensão num futuro próximo ser afixado na sala de observações, após devida autorização.

A construção da apresentação da formação em suporte informático, estava planeado inicialmente de Junho de 2013 a Setembro de 2013, pelo que foi cumprido os prazos estipulados.

¹⁵⁰ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

- Divulgação da formação (Data, hora, local) através de email e Cartazes informativos

A divulgação da formação ficou uma parte a cargo dos responsáveis pela formação em serviço pela fixação de cartazes na sala de pausa do SU. Foram enviados emails com informação sobre a formação, e também foi divulgado através das redes sociais (facebook), mediante convite. O que se teve os seus frutos, na medida em que houve uma maior adesão dos formandos, não só do serviço de urgência, mas também de outros serviços que se deslocaram porque acharam o tema pertinente.

A divulgação da formação sobre a temática da VNI estava ajustada para ser em Setembro de 2013, o que foi cumprido o tempo estabelecido.

- Realização da formação (enfermeiros)

Foi realizada a formação (anexo 2) no auditório do hospital como combinado com a Enfermeira responsável pela formação. Estavam presentes num total de 20 enfermeiros do SU, bem como outros enfermeiros de outros serviços, que não foram contemplados na percentagem de presenças, no atingimento dos objetivos (70%).

Foi cumprido integralmente o plano da sessão definido (apêndice 13) e apresentámo-lo no tempo previsto.

A formação irá ser replicada num futuro próximo, porque apesar de ter cumprido o objetivo a que nos propusemos, queremos estende-la ao maior número de elementos.

A realização da formação Teórico-Prática subordinada ao tema da Ventilação Não-Invasiva, destinada aos enfermeiros do Serviço de Urgência, estabelecida inicialmente para início de Outubro de 2013, foi antecipada para dia 25 de Setembro de 2013, devido ao agendamento da sala de formação e conveniência para os formandos.

- Avaliação da Formação.

Para a avaliação dos conhecimentos anteriores à formação foi aplicado uma ficha, que intitulamos como “ficha de diagnóstico 1”. Em que 80% das respostas se encontravam corretas. Após a formação foi entregue a mesma ficha, com as mesmas perguntas para avaliar os conhecimentos adquiridos pelos formandos (Apêndice 14), em que 95% das respostas se encontram corretas. Para a avaliação da sessão de formação foi utilizado o questionário de avaliação final da ação, fornecido pelo centro de formação do hospital

(Anexo 3), que passamos a analisar os itens mais pertinentes através dos gráficos, que se encontram no apêndice 15.

Da análise da opinião acerca do formador relativamente à preparação técnica; preparação pedagógica; ao grau de exigência e à dinamização e ao incentivo à participação, 95% responderam que ficaram totalmente satisfeitos e 5% insatisfeitos. Relativamente ao domínio dos temas abordados; à linguagem utilizada, ao relacionamento/sensibilidade interpessoal com os formandos; ao apoio para superar dificuldades na compreensão dos conteúdos; à disponibilidade de material de apoio e à pontualidade, 100% dos formandos responderam que ficaram totalmente satisfeitos. De um modo geral, a avaliação foi avaliada como positiva.

De acordo com a análise dos módulos 100% dos participantes referiram que ficaram totalmente satisfeitos. Não deixaram sugestões de melhoria.

Indicadores de avaliação

Presença de pelo menos 70% dos enfermeiros do SU na formação; existência do dossiê temático; 100% da equipa de Enfermagem tem conhecimento sobre o dossiê temático relativamente à VNI; Existência de plano de formação, cartaz de divulgação da formação, slides da formação e relatório da formação.

Alguma calendarização não foi cumprida, por motivos de escassez de tempo, em virtude da carga horária escolar, que englobava o período de estágio e aulas e a carga horária laboral. No entanto, não considerámos esta situação problemática, uma vez que não impossibilitou que os objetivos fossem cumpridos. Sendo este processo dinâmico, foram efetuadas as respetivas alterações em termos de cronograma.

2.4 AVALIAÇÃO DO PROJETO (PIS)

A avaliação de um projeto deve integrar dois momentos, a avaliação intermédia que decorre em simultâneo com a execução do projeto e a avaliação final do mesmo, em que ocorre a avaliação do processo e produto do projeto¹⁵¹.

¹⁵¹ (Ferrito, 2010)

Este projeto foi sendo avaliado à medida da sua execução através das sugestões dos pares, bem como dos peritos, da Enf^o orientadora de estágio A.C.G. e da professora E.M.

Para avaliar algo, segundo Malpique, et al¹⁵², são necessários instrumentos de medida. As avaliações são momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido. Deste modo, utilizámos os questionários, a avaliação da formação, a discussão da norma de procedimento com os pares, assim como com os peritos, com a enfermeira responsável da do SU, enfermeira responsável da CCIH, entre outros, foram algumas formas de operacionalizar a avaliação.

Uma das características da metodologia de projeto é precisamente o facto de a avaliação ser contínua e possibilitar deste modo a readequação de alguns aspetos.

Como defende Nogueira¹⁵³ a avaliação como processo dinâmico implicou a comparação dos objetivos delineados inicialmente com os objetivos atingidos, nomeando os indicadores de avaliação.

Deste modo, após análise pormenorizada, da forma como foram desenvolvidas as atividades para cada objetivo específico definido, assim como cada um deles foi sendo atingido. Apraz-nos aferir que os mesmos, foram atingidos e todos eles foram pertinentes para o processo.

Sendo assim, concluímos que o PIS com o tema: Intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a VNI, foi um trabalho bastante compensador, que nos possibilitou desenvolver competências quer comuns, específicas e de mestre, cujos outcomes incidem na melhoria da qualidade e na segurança dos cuidados prestados. Sendo que a segurança e gestão do risco assumem extrema importância nos cuidados de Enfermagem¹⁵⁴.

Este projeto constituiu uma mais-valia tanto para a equipa multidisciplinar, como para a instituição, uma vez que ambas, existem para atender aos problemas dos cidadãos, com cuidados de enfermagem de qualidade¹⁵⁵, indo de encontro à missão, visão e valores da instituição que nos permitiu a realização dos estágios.

Defendemos que este trabalho não se prescreve ao período de estágio, é necessário que haja essa continuidade ao longo do tempo. No futuro próximo pretendemos avaliar a sua continuidade, com utilização de instrumentos de medida que nos dê outros critérios de avaliação, que até à data do término do projeto não nos foi possível realizar.

¹⁵² (Leite, Malpique, & Santos, 1989)

¹⁵³ (Nogueira, 2005)

¹⁵⁴ (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

¹⁵⁵ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

2.5 DIVULGAÇÃO

A divulgação dos resultados obtidos após a implementação de um projeto é uma fase muito importante, na medida em que se dá a conhecer a sua pertinência e o caminho percorrido, como defende Ferrito¹⁵⁶.

Assim, a divulgação assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir estratégias adotadas na resolução de problemas.

No sentido de divulgarmos o que desenvolvemos ao longo do PIS, elaborámos um artigo científico (Apêndice 16), por forma a divulgar e dar a conhecer à comunidade científica os resultados do trabalho realizado.

Deste modo, segundo Fortin¹⁵⁷ é necessário a divulgação do projeto e dos seus resultados, porque se não for realizado esta etapa, nenhuma profissão terá o seu contributo na investigação. Indo ao encontro com a OE¹⁵⁸, quando defende que o conhecimento obtido através da investigação em enfermagem proporciona o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os cuidados em saúde.

¹⁵⁶ (Ferrito, 2010)

¹⁵⁷ (Fortin, 1999)

¹⁵⁸ (Ordem dos enfermeiros, 2006)

3 - PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)

Os planos de emergência de Proteção civil são documentos formais onde estão definidas orientações relativamente à forma de atuação dos vários organismos, serviços e estruturas envolvidas em operações de Proteção Civil. Estas orientações são imprescindíveis à reposição da normalidade e preconizam minimizar os efeitos de um acidente grave ou catástrofe¹⁵⁹.

O hospital onde realizamos os estágios, dispõe de um plano de emergência interno (PIE) que data de 2008 e encontra-se acessível a todos os funcionários através da intranet. Este plano implica a criação de uma estrutura adequada, de forma a uma atuação o mais eficaz e ordenada possível, em situação de emergência interna, ou seja, perante vários tipos de sinistro que possam suceder, tais como: incêndio, ameaça de bomba, explosão, sismo.

Nesta instituição existe ainda a NP-ULSLA-34 – Segurança e avaria e resgate de pessoas nos elevadores e a NR-ULSLA -10 – Segurança, Vigilância e Controlo de Acessos, ao qual tivemos oportunidade de consultar no decorrer do estágio I e II.

A DGS divulgou uma orientação em que recomenda a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde a elaboração de um Plano de emergência. Devendo as unidades de saúde planear, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários (catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico)¹⁶⁰.

A segurança também tem um enfoque muito importante nos cuidados de enfermagem. Numa abordagem ao código deontológico, encontramos múltiplas referências à segurança das pessoas. Segundo a OE¹⁶¹ o desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com um largo campo de ação, como o recrutamento e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e gestão de risco (controlo de infeção, uma prática de clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de ambiente de cuidados seguros).

¹⁵⁹ (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2008)

¹⁶⁰ (Direção Geral da Saúde, 2010)

¹⁶¹ (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

Todos os passos na intervenção de enfermagem junto ao cliente podem acarretar possibilidade de erro e um certo nível de risco à segurança deste. Uma clara identificação dos fatores de risco é o primeiro passo para os prevenir¹⁶².

Corroborando o que foi mencionado anteriormente, a DGS¹⁶³ - Estratégia Nacional da Qualidade em Saúde, fomenta que no processo da busca da excelência é necessário estabelecer exigências para assegurar que os cuidados prestados respondam aos critérios de qualidade, nomeadamente “criar um sistema de notificação de eventos adversos, não punitivo, mas antes, educativo, na procura da aprendizagem com o erro”. Todo este processo pode levar à melhoria da cultura de segurança tanto dos clientes como dos profissionais que trabalham nas instituições.

A estratégia Nacional para a Qualidade em saúde determina ainda que uma das ações a desenvolver é a criação do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e eventos. Este sistema tem a pretensão de recolher informação sobre incidentes de segurança que afetem os clientes do sistema nacional de saúde. Esta notificação é anónima, são recebidas e avaliadas as notificações para identificar padrões e tendências sobre a segurança do cliente e para desenvolver soluções com vista a evitar esses incidentes.

É importante uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, consideradas peças fundamentais a uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição, que venha a estar, eventualmente, afetada por uma crise.

Por outro lado, existem outros meios para garantir a segurança dos cuidados, nomeadamente a formulação de normas, procedimentos, partilhados com a equipa. Segundo a OE¹⁶⁴ os enfermeiros têm o dever da excelência e, conseqüentemente assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro.

No decorrer do estágio I e II foi-nos proposto um PAC com vista à aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, como tal procuramos refletir e traçar objetivos exequíveis que constituíssem estratégias fundamentais para o desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com a realização do PIS pensamos que teríamos oportunidade em desenvolver a competência K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência Orgânica e a competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo

¹⁶² (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

¹⁶³ (Direção Geral da Saúde, 2009, p. 24668)

¹⁶⁴ (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

No entanto pelo facto da realização do PIS não permitir a aquisição da competência específica K2- dinamiza a resposta a situações de Catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à realização, e após consulta de documentos sobre planos de emergência na área da segurança do cliente e reunião com a Enfermeira chefe do SU, pensámos desenvolver um trabalho na área da identificação/notificação de riscos, na medida que não existe nenhum gabinete de risco na instituição.

No decorrer dos estágios I, II e III, de forma a aumentar os conhecimentos sobre planos de emergência, houve uma preocupação de conhecer o plano distrital de emergência da proteção civil de Setúbal e o plano de emergência interno do hospital do Alentejo.

Este plano serve como uma ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reação da unidade de saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto.

Por tudo o que temos vindo a referir, e com vista à aquisição da competência K2 e de modo a contribuir para o desenvolvimento da competência supracitada, traçámos como Objetivo Geral:

- Contribuir para a melhoria da segurança nos Cuidados de Enfermagem prestados ao no SU do hospital do Alentejo.

E como objetivos específicos:

- Elaborar um formulário de notificação de Incidentes críticos para os enfermeiros/Identificação e avaliação do Risco;
- Formar e treinar a equipa de enfermagem sobre identificação e notificação de relatos de incidentes.

Para cada objetivo específico, foram definidas atividades/estratégias para a consecução dos mesmos. Os recursos também foram identificados, assim como os indicadores de avaliação. Foi igualmente necessário elaborar um cronograma para que a consecução do projeto possa ocorrer em tempo útil, cumprido minimamente os prazos estabelecidos.

3.1 PLANEAMENTO (PAC)

À semelhança como fizemos no PIS, também aqui delineamos atividades, estabelecemos recursos disponíveis e enumeramos indicadores de avaliação, que se encontram em apêndice (17).

Atividades

Objetivo 1 - Elaborar um formulário de notificação de incidentes críticos para os enfermeiros/identificação e avaliação do Risco

Atividades/Estratégias a desenvolver: Pesquisa bibliográfica sobre Segurança e Gestão de Risco nos cuidados de enfermagem; Reunião com a Enf^o responsável e com a Enf^a Orientadora sobre os itens a incluir no formulário, no sentido de recolher opiniões sobre o formulário a construir; Construção de um formulário de notificação de Incidentes Críticos em suporte de papel; Apresentação do formulário à Enf^a responsável pelo SU e à Enf^a orientadora, no sentido de recolher sugestões, proceder às alterações, caso necessário; Auscultação da equipa, a fim de recolher sugestões sobre o formulário; Realização de pedido de autorização à Enf^a responsável do SU para a implementação do formulário de relato de incidentes e Implementação do formulário de relato de incidente.

Recursos Humanos: Enf^a Responsável do SU; Equipa de Enfermagem, Enf^a Diretora e Diretor Clínico do SU.

Recursos Materiais: Material didático e informático

Indicadores de Avaliação: Concretização da reunião com a Enf^a responsável do SU; existência do formulário de notificação de incidentes críticos; que 100% da equipa de enfermagem tenha conhecimento do formulário de notificação de incidente crítico e que faça relatos de incidentes.

Objetivo 2 – Formar e treinar a equipa de enfermagem sobre a identificação e notificação de incidentes

Atividades/estratégias a desenvolver: Pesquisa bibliográfica sobre a temática; reunião formal com Enfermeira responsável pela formação; construção da apresentação em suporte informático (Slides); discussão dos slides com a Enf^a responsável e com a Enf^a orientadora, proceder a alterações, caso necessário; elaboração de um plano de sessão; divulgação da formação (Data, hora, local) através de email e cartazes informativos; requisição da sala para a formação; realização da formação (enfermeiros) e avaliação da formação.

Recursos Humanos: Formador; Formandos; Enf^a Responsável pelo SU; Pessoal do Departamento da Formação do hospital do Alentejo e Enf^o Responsável pela Formação do SU.

Recursos Materiais: PC; Data Show; Plano de Sessão; Folhas de Presença; Folhas de Avaliação; Sala de Formação; Impressora para impressão dos cartazes informativos e Cartaz para divulgação da Formação.

Indicadores de Avaliação: Cartaz de divulgação da formação; Plano da Sessão; Concretização da Formação Teórico/prática e Presença de pelo menos 70% dos enfermeiros do SU na formação.

Orçamento: Contudo, relativamente aos recursos materiais tínhamos previsto gastos na ordem dos 20 euros que se destinam à impressão de cartazes e material didático (canetas e folhas) e não prevíamos gastos com os recursos humanos.

Recursos Humanos: Colaboração da equipa de enfermagem para a formação em serviço

Recursos Materiais: Cartazes; Material didático e informático; PC e Sala de formação

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

O planeamento foi elaborado de modo a ser flexível, e deste modo poder sofrer alterações, e possibilidade de ser sujeito a ajustes durante todo o processo.

As formações teórico-práticas dependem da articulação com a Enf^a Responsável pelo SU, da Enf^a responsável pela formação do SU e da Enf^a responsável pelo departamento da formação do hospital do Alentejo.

Equacionámos que poderia haver não adesão da equipa de enfermagem, devido à indisponibilidade, ao rácio enfermeiro/turno que é de todo desfasado, das necessidades do serviço.

Para colmatarmos estes constrangimentos colocámos a hipótese da divulgação adequada da formação em serviço através de cartazes e pela intranet. E se necessário realizar a formação em dias distintos, de forma a englobar o maior nº de enfermeiros.

3.2 EXECUÇÃO DO PAC

A calendarização de um modo geral, exceto a realização da formação, foi cumprida. A alteração da data da formação deveu-se à impossibilidade de agenda, por férias da responsável de serviço. No entanto, não considerámos esta situação problemática, uma vez que não impossibilitou que os objetivos fossem cumpridos. Sendo este processo dinâmico, foram efetuadas as respetivas alterações em termos de cronograma.

Objetivo 1 - Elaborar um formulário de notificação de Incidentes críticos para os enfermeiros/Identificação e avaliação do Risco

Foi realizado uma reunião com a Enf^a responsável pelo SU no sentido de aceitar sugestões sobre a pertinência do tema, bem como o que deveria estar incluído no formulário de relato de incidentes. Aceitamos as sugestões e enquadramo-las na sua elaboração. Assim como as sugestões dos nossos pares.

Para alcançar este objetivo foi necessário pesquisa bibliográfica à semelhança do que fizemos no PIS.

No decorrer deste período houve uma pesquisa bibliográfica sobre a temática da segurança e gestão de risco, assim como acesso à plataforma online da DGS¹⁶⁵ sobre o

¹⁶⁵ <http://seguranca.dgs.pt/ni/login?accion=inicioProceso&tipo=profesional>

relato de incidente, para perceber como podia ela ser importante para a elaboração do formulário em suporte de papel.

A elaboração deste formulário de relato de incidente (apêndice 18) foi realizada em conjunto com a colega de mestrado, na medida que a mesma também tinha um objetivo similar, tendo em conta que não existe nenhum grupo no hospital responsável por esta área, e também porque exercemos funções na mesma instituição onde realizámos estágio.

Após a sua elaboração houve a divulgação desse formulário através de correio eletrónico, das passagens de turno e na formação em serviço.

Foi solicitado à Enf^a Responsável pelo SU a sua implementação, no entanto ainda não tivemos a perceção da quantidade de relatos até à data. Este projeto não se finda neste relatório, o que vai ter decerto uma continuidade ao longo do tempo.

De acordo com o cronograma, a reunião com a Enf^a Chefe do SU sobre a importância do formulário, aconteceu na última semana de Fevereiro de 2013; a pesquisa bibliográfica sobre a temática da segurança e gestão de risco, iniciou-se no início do mês de Fevereiro de 2013 estendendo-se até ao final de Julho de 2013 e a construção do formulário de relato de Incidente, teve início no mês de Junho de 2013 e terminou no final do mês de Julho de 2013.

Objetivo 2 – Formar e treinar a equipa de enfermagem sobre a identificação e notificação de incidentes

A divulgação da formação fez-se através da fixação de cartazes na sala de pausa, do envio de emails e de convite nas redes sociais. Essa propagação ficou a cargo tanto dos responsáveis pela formação em serviço como dos formadores.

O modo como a formação foi divulgada conseguiu reunir não só formandos do serviço de urgência como também de outros serviços da instituição.

Foi realizada a formação (anexo 4) no auditório do hospital como combinado com a Enfermeira responsável pela formação. Estavam presentes num total de 20 enfermeiros do SU.

Foi cumprido integralmente o plano da sessão definido (apêndice 19) e apresentámo-lo no tempo previsto.

A formação (Apêndice 20) irá ser replicada num futuro próximo, porque apesar de se ter cumprido o objetivo a que nos propusemos, queremos estende-la ao maior número de elementos.

Para a avaliação da sessão de formação foi utilizado o questionário de avaliação final da ação, fornecido pelo centro de formação do hospital (Anexo 3). Analisamos os itens mais pertinentes através de gráficos, que se encontram em apêndice (21).

Da análise da opinião acerca do formador relativamente à preparação técnica; preparação pedagógica; ao grau de exigência e à dinamização e ao incentivo à participação, 90% responderam que ficaram totalmente satisfeitos e 10% satisfeitos. Relativamente ao domínio dos temas abordados; à linguagem utilizada, ao relacionamento/sensibilidade interpessoal com os formandos; ao apoio para superar dificuldades na compreensão dos conteúdos; à disponibilidade de material de apoio e à pontualidade, 100% dos formandos responderam que ficaram totalmente satisfeitos. De um modo geral, a avaliação foi avaliada como positiva.

Em conformidade com a análise dos módulos 100% dos participantes referiram que ficaram totalmente satisfeitos. Não deixaram sugestões de melhoria.

De acordo com o cronograma de atividades, a preparação da apresentação da formação em suporte informático, aconteceu durante o mês de Julho de 2013; a divulgação da formação foi realizada duas semanas antes da execução, ou seja nas duas primeiras semanas de Setembro de 2013 e realização da formação estava agendada para o início de Setembro, no entanto, só foi possível no dia 25 de Setembro de 2013, sendo concretizada no auditório do hospital no qual realizamos os estágios.

3.3 AVALIAÇÃO DO PROJETO (PAC)

Deste modo, após análise pormenorizada, da forma como foram desenvolvidas as atividades para cada objetivo específico definido, assim como cada um deles foi sendo atingido, podemos concluir que desenvolvemos a competência K2- dinamiza a resposta a situações de Catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à realização.

Este pequeno projeto teve como principal objetivo refletir para a mudança de comportamentos, com vista a uma cultura de segurança não só para o serviço de urgência mas tentar extrapolar para a instituição. Com esse intuito surgiu a criação do formulário de relato de incidente em conjunto com uma colega da unidade de cuidados intensivos, na

expetativa de num futuro próximo criar um grupo de trabalho de gestão de risco, fazendo uma proposta à instituição e laborar nesse sentido, de modo a uniformizar a prática a nível hospitalar. A construção foi em suporte de papel, mas o objetivo será criar uma plataforma online intra-hospitalar.

3.4 DIVULGAÇÃO (PAC)

A divulgação deste projeto acontece através do relatório de trabalho projeto, em que vai ser defendido para obtenção do grau de mestre. Assim, a divulgação assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir estratégias adotadas na resolução de problemas.

Através da formação em serviço que ocorreu no dia 25 de Julho de 2013, já houve lugar para a divulgação, para a partilha em equipa, onde se debateram estratégias de melhoria. A difusão permite garantir a segurança dos cuidados. Segundo a OE¹⁶⁶ os enfermeiros têm o dever da excelência e, consequentemente assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro.

¹⁶⁶ (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

4 SÍNTESE DAS APRENDIZAGENS

A aprendizagem caracteriza-se por uma procura contínua de atualização de conhecimentos, pois os conhecimentos apreendidos não são estanques, nem infundáveis, têm o poder de nos transformar. Os aportes teóricos que foram lecionados em sala de aula, nomeadamente nos módulos: ética em investigação, análise do código deontológico, direito da enfermagem, ética de enfermagem e estratégias de melhoria contínua da qualidade, ajudaram-nos a emergir, a ter um olhar crítico para a nossa prática e refletir sobre ela, e só através destes conhecimentos conseguimos atingir a meta a que nos propusemos desde o início.

No decorrer dos estágios I, II e III procuramos desenvolver e adquirir as competências comuns, específicas e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica através da realização do PIS: Intervenções de Enfermagem ao Cliente Submetido a VNI no SU do hospital do Alentejo, assim como através do PAC.

Um enfermeiro especialista segundo a Ordem dos enfermeiros¹⁶⁷ “é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...)”. O domínio do enfermeiro especialista envolve as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação. Aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar, levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem.”

Segundo Hesbeen¹⁶⁸, o Enfermeiro especialista, possui competências técnicas, científicas, profissionais e relacionais, distinguindo-se dos outros por atuar na deficiência, na incapacidade e desvantagem, os seus objetivos são analisar, suprimir, atenuar, ajudar a ultrapassar os obstáculos que a geram.

A OE¹⁶⁹ regulamentou que o agregado de competências clínicas especializadas dos enfermeiros decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas. As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, já as específicas são definidas para cada

¹⁶⁷ (Ordem dos Enfermeiros - regulamento n.º 122/2011, p. 8648)

¹⁶⁸ (Hesbeen, 2001)

¹⁶⁹ (Ordem dos Enfermeiros - regulamento n.º 122/2011)

área de especialidade e desenvolvem-se através da prestação de cuidados especializados com elevado grau de adequação às necessidades das pessoas.

4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do Enfermeiro Especialista dividem-se em quatro domínios principais. São eles, responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais¹⁷⁰.

Ao realizar as várias fases da metodologia de trabalho projeto, designadamente as etapas de diagnóstico de situação, planeamento, com a definição de atividades, estratégias e meios, execução, avaliação e divulgação dos resultados, julgamos terem sido desenvolvidas as seguintes competências comuns, de acordo com o que vai ser aqui explanado:

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

De acordo com o REPE¹⁷¹, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”. Com a ajuda dos aportes teóricos lecionados nas unidades curriculares: Filosofia, Bioética e Direito – nos módulos de Ética de Enfermagem, Direito da Enfermagem e Análise do Código Deontológico, fomos tentando perceber como o fazíamos de uma forma consciente.

Aquando da realização do PIS foi sempre tido em conta os princípios éticos aquando a nossa prática profissional.

Martins¹⁷², refere que toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhes são intrínsecas.

Deste modo, a ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos¹⁷³.

¹⁷⁰ (Ordem dos Enfermeiros - regulamento nº 122/2011)

¹⁷¹ (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, 1996, p. 2961)

¹⁷² (Martins L. , 2008)

¹⁷³ (Nunes L. , 2013)

No sentido de corroborar a problemática do PIS era necessário proceder-se à aplicação de um questionário à equipa de enfermagem do SU o hospital do Alentejo. Para tal, procedemos a um pedido de autorização para a respetiva aplicação dos mesmos ao Conselho de Administração, e assim, foi cumprido mais uma diretriz, constituição e responsabilidade de revisão ética¹⁷⁴. Ou seja, foi enviado para o Conselho de Administração/Conselho de ética, para serem submetidos à revisão e aprovação. É necessário a aprovação da proposta para realizar a pesquisa antes de iniciar a sua execução. E assim se sucedeu, a autorização foi deferida.

Com o objetivo de conhecer a opinião da equipa de enfermagem do SU do hospital do Alentejo e o tipo de formação que a mesma tinha em relação à temática da VNI, foi elaborado um questionário. De acordo com as Diretivas Éticas Internacionais para a Investigação Biomédica em Seres Humanos e a Convenção de Oviedo, foi elaborado um consentimento informado.

Segundo Deodato¹⁷⁵, o pesquisador deverá obter um consentimento informado do possível sujeito a ser pesquisado. Este consentimento tem que ser dado de forma livre e esclarecida. Posto isto, às pessoas que responderam ao questionário foi-lhes dada previamente informação adequada quanto ao objetivo e à natureza do estudo, e informado que poderiam revogar livremente o seu consentimento.

Deste modo, foi cumprido outra diretriz, que consiste em garantir e proteger a confidencialidade, na medida em que se estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade de dados de pesquisa¹⁷⁶.

Por outro lado, a abordagem da responsabilidade profissional do enfermeiro, no plano ético, centra-se na relação de cuidado estabelecida, podendo o agir profissional encontrar-se diretamente ligado à prestação de cuidados humanos, na ética do cuidar e ou indiretamente através de atividades, por exemplo a formação ou a investigação¹⁷⁷.

O tratamento da pessoa em situação crítica no SU, nomeadamente na sala de emergência, requer conhecimento interdisciplinar, habilidades na área da atuação em emergência, comunicação, identificação de prioridades e tomada de decisão clínica e ética.

A ética e a moral são fundamentais na prática dos cuidados. A moral diz respeito aos deveres profissionais, enquanto a ética fundamenta o agir¹⁷⁸. Esta, em saúde visa

¹⁷⁴ (Santos, 2004)

¹⁷⁵ (Deodato, 2008)

¹⁷⁶ (Santos, 2004)

¹⁷⁷ (Deodato, 2008)

¹⁷⁸ (Pires, 2008)

essencialmente a qualidade dos cuidados prestados, em que todas as ações desenvolvidas devem promover o bem-estar à pessoa/família.

A Enfermagem enquanto profissão criou a sua própria deontologia, impregnando os enfermeiros de princípios e valores, direitos e sobretudo deveres para com as pessoas, tendo por finalidade cruzar “a dimensão da práxis em ambiente moral e os deveres concretos, comportamentos de natureza profissional ao serviço de um bem comum, fundado e decorrente do mandado social assumido”¹⁷⁹.

Na abordagem da relação profissional de saúde/pessoa é importante considerar-se um dos aspetos mais relevantes e pertinentes na definição da relação terapêutica com o cliente: os princípios éticos. A prática clínica deve reger-se não só por códigos deontológicos, mas também assentar numa conduta ética¹⁸⁰.

Falar de cuidados de enfermagem, os quais tem por fundamento uma interação, uma relação de ajuda com o outro, leva a que se considere as intervenções, as quais são realizadas com o cuidado da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro¹⁸¹. Na perspetiva ética, esta relação inclui a pessoa que é cuidada mas também o enfermeiro cuidador. Segundo Nunes, Amaral, & Gonçalves¹⁸² “o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, bem como deverá reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida”. O que caracteriza as pessoas e as dota de dignidade especial é exatamente serem um fim em si mesmo, sendo únicas e insubstituíveis¹⁸³.

Os princípios da dignidade e da autonomia prendem-se com a autonomia, definida como sendo a “liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afeta a vida de cada um”¹⁸⁴.

O exercício da autonomia profissional implica tomar decisões: identificando as necessidades de cuidados de enfermagem assim como planeando as intervenções de enfermagem de forma a evitar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados¹⁸⁵.

Uma vez feito o levantamento de necessidades, detetado o problema, foram planeadas estratégias de intervenção de forma a solucioná-lo. Houve um reconhecimento

¹⁷⁹ (Nunes L. , 2011, p. 196)

¹⁸⁰ (Catarino, 2003)

¹⁸¹ (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005)

¹⁸² (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 61)

¹⁸³ (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 60).

¹⁸⁴ (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 61)

¹⁸⁵ (Paiva, 2004)

da necessidade de prevenir práticas que envolvam algum tipo de risco para o cliente, nomeadamente a VNI.

Deste modo, a ética assume cada vez mais a centralidade das decisões nas quais os enfermeiros se vêm envolvidos, com o objetivo de garantir uma prestação de cuidados de qualidade às pessoas. “Quando um enfermeiro decide e age, o seu procedimento reflete a intersecção entre a esfera profissional singular (dos saberes, capacidades e competências científicas, técnicas e humanas) e a esfera da vida de Outro, sendo que o próprio cuidado que presta, na sua dimensão temporal, acontece num hoje, assumindo-se como concordante com o melhor estado de arte”¹⁸⁶.

No decorrer deste processo foi sempre tido em conta, os direitos humanos. Segundo o REPE¹⁸⁷ os enfermeiros deverão atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, diz ainda que “o exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”¹⁸⁸.

A lei de bases da saúde II (políticas de saúde) refere que é estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade. O projeto de intervenção em serviço está a desenvolver-se neste âmbito, a necessidade de formação e uniformização de cuidados.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro tem que “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”¹⁸⁹. O que foi mencionado foi a genesis deste PIS.

Para desenvolvimento desta competência, foram também cruciais os trabalhos desenvolvidos nos módulos supervisão de cuidados e questões éticas emergentes em cuidados complexos, que nos permitiu desenvolver habilidades na tomada de decisão ética e deontológica, legal, bem como realizar avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

De acordo com o que foi referido, pensamos que foi atingido 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.

¹⁸⁶ (Nunes L. , 2011, p. 24)

¹⁸⁷ (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, 1996)

¹⁸⁸ (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, 1996, p. 2961)

¹⁸⁹ (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 6548)

B – Domínio da Melhoria da Qualidade

Para tentar fazer um paralelo entre as competências do domínio da melhoria da qualidade adquiridas/desenvolvidas no decorrer do estágio I, II e III foram cruciais os conteúdos lecionados em sala de aula, nomeadamente Gestão de Processos e Recursos (módulo Estratégias de Melhoria Contínua).

Há aspetos que nos motivam para a qualidade, por exemplo, ser melhor profissional, utilizar da melhor forma os recursos existentes, avaliar o impacto do nosso trabalho, atualização das práticas (Práticas baseadas na evidência), melhores resultados na saúde e por último a satisfação do cliente. No entanto também há inúmeras dificuldades quando se fala de qualidade, por exemplo, a falta de recursos, a resistência à mudança, a não conformidade de procedimentos, etc.

O desenvolvimento do PIS surge como um aspeto motivador para a qualidade, pelo facto de representar uma iniciativa estratégica institucional que visa não só ser um programa de melhoria contínua, mas ao mesmo tempo assegurar a minimização do erro, proporcionando um ambiente seguro. A criação de uma norma de procedimento – intervenções ao cliente submetido a VNI internado no SU, responde à identificação de uma oportunidade de melhoria de um processo. Ou seja, suportamos o nosso agir de acordo com os padrões de qualidade da OE¹⁹⁰.

A qualidade em saúde é um atributo reconhecido como uma necessidade e exigência na perspetiva de vários intervenientes; clientes, prestadores de cuidados, gestores e políticos¹⁹¹.

Há ainda a salientar que relativamente ao PIS foi utilizado uma ferramenta de Gestão - FMEA, um instrumento de avaliação de resultado, permitiu a introdução de melhorias a fim de reduzir a probabilidade não intencional de eventos adversos. Ou seja, foi fornecida através da sua análise, as estratégias para uma melhoria contínua ao longo do projeto.

Além de toda a pesquisa bibliográfica que foi desenvolvida desde a fase do levantamento de necessidades, passando pelo diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação até à divulgação, fomos acedendo assim à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade.

¹⁹⁰ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

¹⁹¹ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

O enfermeiro especialista é convocado a criar e manter uma cultura de segurança com vista a atingir ambientes seguros e terapêuticos, devendo para tal integrar procedimentos específicos de atuação.

Sendo assim, o desenvolvimento da segurança segundo a OE¹⁹², envolve um conjunto de medidas, com largo campo de ação, como por exemplo, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controle de infeção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguros), indo de encontro com a criação do formulário de relato de incidentes e a sua divulgação na equipa de enfermagem do serviço de urgência no hospital no qual estagiamos, bem como a norma de procedimento, intitulada – intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI internado no SU.

É inquestionável a necessidade da manutenção da segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, pelo que o PIS apresentado mostra que é possível uma gestão adequada dos recursos humanos existentes no serviço de modo a que o atendimento de emergência seja eficaz, eficiente e seguro. E por outro lado é ainda responsável por envolver a família desde a primeira abordagem, promovendo assim um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos mesmos¹⁹³.

Nesta perspetiva, o PIS desenvolvido, aflui com o defendido na teoria da Incerteza de Merle Mishel, quando refere que a incerteza, na fase de apreciação, pode ser entendida de duas formas, como uma ameaça ou como uma oportunidade. Deste modo, o enfermeiro tem um papel preponderante pois, nesta fase de apreciação a forma como é vista a incerteza pode manter a esperança do indivíduo na vida tornando-se numa força positiva para as múltiplas situações subsequentes¹⁹⁴.

Desta forma pensamos que atingimos as competências B1 – “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e no Suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; B2 – “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade” e B3 – “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”.

¹⁹² (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

¹⁹³ (Ordem dos Enfermeiros - regulamento nº 122/2011)

¹⁹⁴ (Tomey & Alligood, 2004)

C – Domínio da Gestão dos Cuidados

No que respeita a esta competência e na continuidade do anteriormente exposto, pensamos tê-la desenvolvido de forma maioritária através do PIS enquanto orientador de boas práticas. Além disto, como atuais enfermeiros especialistas a exercer funções no serviço onde foram realizados os estágios, sentimos que diariamente otimizamos o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, ou seja, disponibilizar aos que dele necessitam, de respostas de elevada qualidade.

Durante todo este processo de um modo geral mostrámo-nos disponíveis para a equipa de enfermagem, sempre que foi necessário prestar cuidados aos clientes com VNI, participamos nas decisões a serem tomadas, por exemplo, em relação às máscaras, à proteção da pele, aos modos ventilatórios, à prevenção da infeção, e a todas as intervenções associadas à VNI.

Ao longo dos estágios pudemos desenvolver esta competência, pois fomos frequentemente chamados a tomar decisões e a agir de forma a poder alterar profundamente os resultados das pessoas que cuidamos. Paralelamente a isto fomos gestores de todo o nosso projeto. Delineamos estratégias, estabelecemos prioridades, recuamos e avançamos, sempre com vista ao atingimento dos nossos objetivos.

Por outro lado, a criação de um livro de registos, onde constasse a quantidade de vezes que foi instituída a VNI no SU, também teve a pretensão de atender à gestão de cuidados, incluindo os recursos humanos e materiais. Um gestor tem o propósito de inovar, procurando novos objetivos e métodos visando a melhoria do trabalho no serviço.

O cliente submetido a VNI necessita de uma maior vigilância e atenção nas primeiras horas para assegurar o sucesso e promover a segurança no procedimento, como defende Esquinas¹⁹⁵, o que se subentende a necessidade de um rácio enfermeiro/cliente adequado às necessidades.

Posto isto, a nossa visão vai de encontro ao definido pela ICN¹⁹⁶ que preconiza que as dotações seguras ocorrem em todas as alturas em que existe quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades do cliente. Para Nunes¹⁹⁷, “de forma análoga à prestação de cuidados aos clientes, gerir os recursos humanos visa otimizá-los, conduzir ao máximo potencial possível tornando realidade”.

¹⁹⁵ (Esquinas, 2011)

¹⁹⁶ (Internacional Council of Nurses, 2006)

¹⁹⁷ (Nunes L. , 2006, p. 432)

Por tudo aquilo que foi explanado, pensamos que foi atingido a C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Quanto ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, reconhecemos que este percurso formativo se constituiu como mais um contributo no desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade, concretamente em situações de mais adversidade, em alguns momentos do estágio.

Esta competência foi desenvolvida ao longo dos três estágios e é aquela que nos permite agora refletir acerca das aprendizagens no que respeita à consciência daquilo que eramos enquanto pessoa/enfermeiro, e a transformação a que fomos sujeitos ao longo deste tempo.

Metamorfoseamos uma oportunidade num processo de melhoria através de um método eficaz, o PIS, consciencializamo-nos de uma progressiva maturidade no nosso desenvolvimento. Este crescimento advém da aprendizagem contínua ao longo da vida, apoiada pela andragogia.

Para uma prestação de cuidados de qualidade é imprescindível a importância da formação, “ela desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes”¹⁹⁸. Desta forma, a formação contribui para que cada um de nós construa o seu próprio caminho, e vá adquirindo determinadas competências.

A formação contínua deve fomentar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de algumas técnicas, no entanto um aspeto de grande relevância é que o profissional com base na sua experiência, tente enriquecê-la e conceptualizá-la de forma a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e portadora de sentido. A formação constitui igualmente um elemento determinante da qualidade¹⁹⁹.

Procuramos, ainda basear a prática clínica em padrões de conhecimento válidos e atualizados, fundamentando as intervenções planeadas.

¹⁹⁸ (Colliére, 1999, p. 339)

¹⁹⁹ (Hesbeen, Qualidade em Enfermagem, 2001)

No campo do conhecimento é fulcral referenciarmos a teoria de Bárbara Carper que em 1978, preconizou que a Enfermagem possui um corpo de conhecimentos organizado em quatro padrões, que permitem distinguir uma estrutura única da disciplina de enfermagem.

Falamos do conhecimento Empírico, que representa o conhecimento do que é verificável, objetivo e baseado na investigação, que permite o desenvolvimento de teorias.

O conhecimento Ético que se assume como o conhecimento moral sobre princípios e valores, enquanto linhas condutoras sobre a decisão no agir profissional, inclui ações deliberadas e voluntárias submetidas a escolhas éticas e morais. Obriga a que o profissional esteja consciente de que as distintas culturas, assim como as diferentes posições filosóficas afetam as decisões no que respeita à prestação de cuidados.

O conhecimento Estético é o conhecimento aliado às habilidades técnicas, necessárias para o desenvolvimento das atividades de cuidar, engloba o conhecimento tácito e a intuição, assim como a imaginação e a criatividade, requer determinadas capacidades e habilidades como a comunicação e a empatia.

E por último o conhecimento Pessoal – representa o autoconhecimento, a autoconsciência e a sabedoria pessoal, relacionado com o seu existencial, a sua integridade e a sua autenticidade, que requer capacidade de reflexão, oportunidade para a relação e capacidade de analisar e sintetizar o conhecimento²⁰⁰.

Numa visão global os estágios possibilitaram a autoavaliação de desempenho, permitiram um autoconhecimento tanto ao nível pessoal, quanto ao nível profissional. Houve sobretudo, um reconhecimento dos limites, das carências/lacunas, dos recursos, de modo a que fossem superados para atingir o melhor nível de satisfação e de motivação.

Estas aprendizagens ao longo da vida, temáticas abordadas na unidade curricular enfermagem, no módulo Modelo de formação contínua aplicada à enfermagem, também serviram de suporte para atingir este domínio.

²⁰⁰ (Carper, 1978)

4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

É considerado que o serviço de urgência permite ao enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica adquirir todas as competências específicas inerentes.

K.1 – Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência Orgânica

Segundo a OE²⁰¹, o enfermeiro deve considerar a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família. Este deverá mobilizar conhecimentos e habilidades diversas de modo a responder em tempo útil e de forma holística.

K.1.1. Presta Cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Os cuidados de enfermagem visam a identificação de focos de instabilidade, respondendo atempadamente, permitindo detetar possíveis complicações, priorizando intervenções.

Durante os estágios foram prestados cuidados ao cliente crítico, tanto na sala de emergência, como na sala de observações do hospital do Alentejo. Maioritariamente o enfoque foram as doenças do foro respiratório (IRA), principalmente, DPOC agudizados, com necessidade de Ventilação assistida.

Houve uma necessidade de pesquisa bibliográfica para aprimorar a prestação de cuidados ao cliente crítico, com necessidade de atuação imediata. A elaboração de um dossiê temático, também permitiu alargar os conhecimentos a toda a equipa. Por outro lado, consideramos, que a elaboração da norma de procedimentos – intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI, permitiu a aquisição desta competência, na medida em que requereu pesquisa aprofundada sobre esta temática de forma a intervir de um modo mais seguro, constituindo-nos desta forma elementos de referência na equipa.

Para o desenvolvimento desta competência, contribuíram imensamente os aportes lecionados no módulo de intervenções de enfermagem em situação de emergência, que

²⁰¹ (Ordem dos Enfermeiros - regulamento nº 122/2011)

permitiram consolidar uma panóplia de conhecimentos, associados à pessoa em situação crítica.

K.1.2 Gere a administração de protocolos terapêuticos

No serviço de urgência existem alguns protocolos, que foram implementados há pouco tempo, como por exemplo, a Via verde de AVC, Via Verde coronária, Via verde de sépsis, intervenção de enfermagem ao grande queimado na sala de emergência e intervenções de enfermagem ao intoxicado com organofosforados na sala de emergência. Tornou-se emergente tomar conhecimento dos protocolos existentes no serviço, a fim de aplicá-los de forma a uniformizar os cuidados e aumentar a qualidade desses mesmos cuidados.

A realização da norma de procedimento sobre as intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI, teve a ambição de dar resposta a esta competência específica de gerir e administrar protocolos terapêuticos complexos, assim como implementar respostas de enfermagem adequadas às complicações que possam surgir.

Como atividades realizadas para a aquisição desta unidade de competência temos a referir a elaboração da NP sobre a temática da VNI; a construção de um fluxograma de forma a possibilitar uma consulta rápida, uma sessão de formação sobre as intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI e divulgação do projeto, bem como, a apresentação da respetiva NP.

A existência de uma NP, que englobe conhecimentos científicos atuais, baseados na evidência de forma a fundamentar e uniformizar os cuidados, irá contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança.

A tomada de decisão baseada na evidência constitui-se como um elemento importante na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem²⁰².

k.1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas

A dor considerada como o quinto sinal vital²⁰³, deve ser monitorizada em todas as situações. A pessoa tem o direito ao controlo da sua dor, de forma a evitar o sofrimento

²⁰² (Nunes F. , 2007)

²⁰³ (Direção Geral da Saúde, 2003)

desnecessário. O Enfermeiro entra aqui como o fornecedor de estrutura, por forma a minimizar a dor, contribuindo para o bem-estar e humanização dos cuidados de saúde²⁰⁴, com o tratamento diferenciado da dor, tendo como princípios orientadores de descritivos no Programa Nacional de Controlo da dor e o Guia Orientador de Boa prática²⁰⁵.

Existem vários instrumentos de medida para esse efeito, contudo a utilizada no SU, é a escala visual analógica (EVA). Com a realização do PIS, na norma de procedimento e nas formações teórico-práticas, foi abordado esta temática no que concerne ao cliente crítico, particularmente avaliar a dor e o desconforto nas patologias do foro respiratório, gestão de medidas farmacológicas e as várias intervenções não-farmacológicas que constam no Guia Orientador de Boas práticas da Ordem dos enfermeiros²⁰⁶, para o alívio da dor.

Pelo que sabemos sobre a Dor e os fatores que a poderão influenciar, na diversidade de cada um, será o enfermeiro, sobretudo o especialista, o profissional mais desperto para a avaliação, prevenção e controlo da dor.

Enquanto enfermeiros devemos tomar consciência que a avaliação da dor é mais que uma atividade, não serve somente para dar cumprimento a normas, mas similarmente, a avaliação da dor permite-nos conhecer melhor a pessoa de quem cuidamos. Devemos englobar a pessoa/família na decisão das medidas analgésicas e informá-las das formas e horários da terapêutica analgésica e adjuvante, assim como de outras intervenções não farmacológicas. Sobretudo estarmos disponíveis para aceitar a dor que a pessoa refere como sua²⁰⁷.

k.1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica

Com o apoio do que foi lecionado na unidade curricular: cuidados em situação de crise: cliente/família contribuiram grandemente para o desenvolvimento desta competência.

Todas as situações de doença assumem-se como ameaçadoras do bem-estar do cliente/família. O enfermeiro funciona como um elemento facilitador/fornecedor de estrutura, para ajudar o outro a gerir a crise que se instalou nas suas vidas e das suas famílias. Porque a doença que afeta um membro da família afeta todos os outros.

²⁰⁴ (Direção Geral da Saúde, 2008)

²⁰⁵ (Ordem dos enfermeiros, 2008)

²⁰⁶ (Ordem dos enfermeiros, 2008)

²⁰⁷ (Ordem dos enfermeiros, 2008)

Os enfermeiros podem intervir na crise, na medida em que podem ajudar com dignidade, evitar traumas, ajudar as pessoas a tirarem benefício ao lidar com a crise, orientá-las na medida de as fazer ver quais são os seus recursos disponíveis de modo a ultrapassar essa crise que se instalou derivada à doença.

É de considerar que esta competência tenha sido adquirida. Na prática acontece quando adequamos o espaço que permita ao cliente expressar-se em relação aos seus temores, às suas dúvidas. Mostramo-nos disponíveis, transmitimos-lhe segurança para que a pessoa possa pedir ajuda, e quando isso acontece, reconhecemos o pedido (foco) e somos capazes de compreender o cliente/pessoa alvo dos nossos cuidados.

Enquadrando na teoria que escolhemos para orientar a nossa prática, Mishel defende que a incerteza associada à ansiedade e medo vivenciados pela pessoa em situação crítica e a sua família podem conduzir a pensamentos negativos e a graves problemas emocionais futuros. Defende ainda que a influência da incerteza sobre os resultados psicológicos é medida pela eficácia das estratégias de coping na redução das mesmas²⁰⁸.

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

Os cuidados de enfermagem centram-se nas relações interpessoais. No domínio do relacional salienta-se a relação terapêutica. Chalifour²⁰⁹ define-a como a interação particular entre duas pessoas o enfermeiro e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Uma relação terapêutica tem início num pedido de ajuda, que o outro nos faz.

Paralelamente a comunicação é fundamental enquanto ser social visando esta relação terapêutica, permite a transmissão de informação de forma clara e compreensível, que visa dar resposta aos objetivos da pessoa.

Foi com ajuda dos aportes das aulas de relação de ajuda e aconselhamento em enfermagem, que nos permitiu planearmos os cuidados numa perspetiva relacional. A complexidade do pedido, começa antes de mais pela compreensão do outro, do seu ciclo de vida, sobre a conceção que temos da pessoa e do tempo que é necessário para a conhecer. Refletindo-se na prática pelo facto de englobar a pessoa nos ensinamentos, realizando-os de forma adequada e mostrar disponibilidade na relação.

²⁰⁸ (Mishel, 2004)

²⁰⁹ (Chalifour, 2008)

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

Segundo a OE²¹⁰, o enfermeiro deverá intervir na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítimas. Gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência pronta, diante da complexidade de um cenário de multivítimas.

No decorrer do estágio I, II e III, de forma a aumentar os conhecimentos sobre planos de emergência, houve uma preocupação de conhecer o plano distrital de emergência da proteção civil de Setúbal e o plano de emergência interno do hospital onde decorreram os estágios.

Este plano serve como uma ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reação da unidade de saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto. Sendo esta consulta fundamental, aquando de uma situação de catástrofe. É primordial que toda a equipa conheça o plano previamente, pois não será certamente numa situação de catástrofe que se irá conhecer.

De forma a atualizar conhecimentos na área da catástrofe, em estágio assistimos à formação teórico/prática no âmbito do plano de emergência interno, onde foram abordadas as temáticas de emergência e catástrofe em meio hospitalar, assim como a articulação com a proteção civil, bem como a utilização de extintores.

Durante a realização dos estágios também tivemos oportunidade de consultar a NP-ULSLA-34, intitulada Segurança e avaria e resgate de pessoas no elevador e a NR-ULSLA-10, Segurança, vigilância e controlo de acessos.

No entanto, a segurança também segue o seu propósito em projetos micro, que poderão ter uma influência positiva numa dimensão macro, como por exemplo para toda uma instituição. Foi a partir deste pressuposto que surgiu o projeto na área da segurança do cliente, com a criação de um formulário de relato de incidentes bem como a sua divulgação numa sessão de formação. Este projeto visou refletir sobre a identificação/notificação de riscos, na medida que não existia nenhum gabinete de risco na instituição, promovendo junto aos pares uma política de cultura de segurança. Num futuro próximo desejamos que este projeto tenha uma dimensão institucional.

É importante uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, consideradas peças fundamentais a uma ação coordenada, integrada, eficaz e

²¹⁰ (Ordem dos Enfermeiros - regulamento nº 122/2011, 2011)

eficiente por parte de todos os profissionais da instituição, que venha a estar, eventualmente, afetada por uma crise²¹¹.

Os aportes lecionados em sala de aula nomeadamente na unidade curricular de enfermagem: módulo de segurança e gestão de risco nos cuidados de enfermagem e na unidade curricular Médico-Cirúrgica II: módulo das intervenções de enfermagem em situação de emergência. Estas temáticas, foram fulcrais para o aprofundamento de conhecimentos nesta área. Onde foi evidenciada a pertinência dos profissionais conhecerem os planos de emergência internos e os riscos específicos existentes nas suas regiões, bem como a importância de melhoria da cultura de segurança dos clientes das instituições portadoras de cuidados de saúde, tal como consigna a estratégia nacional para a qualidade em saúde²¹², que determina que uma das ações é a criação de um sistema nacional de notificação de incidentes e eventos críticos, não com o intuito penalizador, mas sim de aprendizagem.

k.3 – 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 necessidades de respostas em tempo útil e adequadas

De acordo com a OE²¹³ “o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo da infeção”.

A IACS (Infeção Associada aos Cuidados de Saúde), tem vindo a assumir uma preocupação cada vez maior na medida em que, com o aumento da esperança média de vida e com as novas tecnologias, assim como o aumento do número de clientes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção. De acordo com estudos internacionais, cerca de um terço das infeções adquiridas em contexto da prestação de cuidados são evitáveis²¹⁴.

É sabido que o cliente crítico acarreta uma panóplia de procedimentos, que fazem dele um alvo fácil das IACS. O cliente submetido a VNI também é contemplado, no que foi referido anteriormente. Para dar resposta a esta competência reunimo-nos com a

²¹¹ (Jornal oficial da União Europeia, 2009)

²¹² (Direção Geral da Saúde, 2009)

²¹³ (Ordem dos Enfermeiros - regulamento nº 122/2011, p. 8657)

²¹⁴ (Direção Geral da Saúde, 2007)

responsável da CCIH, para tentar perceber o que havia relacionado com esta temática. Foi importante conhecer o plano da CCIH, assim como o plano Nacional de controlo da Infecção.

Foi igualmente realizado pesquisa bibliográfica em bases de dados fidedignas, com o maior grau de evidência, a fim de justificar a prática. Ingressamos em sites da Direção Geral da Saúde, Centers for Disease Control and Prevention, bem como as guidelines internacionais que relacionavam a VNI às IACS, nomeadamente a British Thoracic Society Standards of Care Committee. (guidelines) bem como nas normas de procedimento a nível hospitalar disponíveis na intranet.

Também as temáticas lecionadas em sala de aula: Cuidados ao Cliente com múltiplos sintomas, ajudaram na aquisição destas competências.

A norma de procedimento realizada no decorrer do PIS, a formação teórico/prática, assim como a organização de um espaço preconizado para materiais e equipamentos usados na VNI, assentam em princípios na prevenção da IACS.

Após a realização da NP, foi pedido parecer por parte da CCIH, e aceites sugestões de melhoria.

O pedido de homologação e a implementação da norma também contribuiu para a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, nomeadamente aos cuidados associados à ventilação.

Tivemos igualmente a contribuição da Enf^a responsável pela esterilização, na medida em que nos facultou as normas de procedimento sobre a limpeza e desinfeção das máscaras utilizados na VNI, o que se mostrou numa mais-valia para todo o processo (anexo4).

O envolvimento de todos os elementos fez com que a cadeia se tornasse mais forte, com o objetivo de um ambiente seguro para a prática.

Na prática, tem que haver um esforço da parte de todos os intervenientes no processo de saúde/doença, na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, tanto na lavagem das mãos, no uso do equipamento de proteção individual, nos procedimentos invasivos, nas instalações hospitalares, entre outros.

4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que é dotado de competências profissionais diferenciadas para intervir em ambiente complexo, mas sobretudo capaz de suportar na evidência, o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos na área da Enfermagem Médico - Cirúrgica (Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica, ESS/ IPS (2012).

O Decreto-Lei nº 74/2006 de 25 de Março, preconiza que no ensino superior politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (artigo 18º, nº 4). Deste modo, dando continuidade ao capítulo anterior onde se analisaram criticamente as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, importa agora fazer a ponte com o perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Sendo assim, apresentam-se as competências a desenvolver no sentido de assegurar que o Mestre em Enfermagem:

1-Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

A prática profissional, o desenvolvimento dos estágios e o aporte teórico das unidades curriculares do 2º Curso de ME-MC foram fundamentais para a aquisição desta competência.

De acordo com o código deontológico²¹⁵, os profissionais de enfermagem têm como pretensão intervir no domínio da satisfação das necessidades humanas básicas e nos cuidados de reparação, no entanto é necessário que sejam baseadas em fundamentos científicos sólidos, atuais e em estratégias e procedimentos que se tenham revelado como os mais eficazes na ajuda dos clientes e das suas famílias para a resolução dos seus problemas de saúde. Desta forma, podemos fazer o paralelismo com as competências específicas que foram abordadas no capítulo anterior em relação à pesquisa bibliográfica, suportada na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos de enfermagem na área da especialidade.

²¹⁵ (Ordem dos enfermeiros, 2009)

Uma avaliação exaustiva do indivíduo, das famílias e da comunidade, em situações complexas, como descrito nas competências de Mestre, visam um processo relacional complexo (relação de ajuda profissional), através do qual o interveniente (o enfermeiro) se interessa pela pessoa/família, grupos, aos seus modos de reagir com o seu ambiente para aí recolher a informação, energia e a matéria necessária à satisfação das suas necessidades. Pretende-se criar o clima necessário à procura de resposta, à gestão de uma dificuldade ou de um problema ou à elaboração de estratégias que favoreçam a adaptação numa relação marcada de respeito, confiança mútua, compreensão empática, compaixão e esperança²¹⁶. Podemos também enquadrar com a teoria da Incerteza, que balizou o PIS.

Esta avaliação implica uma tomada de decisão clínica, autónoma e segura fundamentada em premissas de “natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica”²¹⁷.

A fase de identificação do problema é determinante para o decorrer da tomada de decisão em enfermagem, que se pressupõe sustentada nos princípios éticos (Autonomia, Justiça, Beneficência e Não Maleficência) e nos valores profissionais inscritos no Código Deontológico do Enfermeiro, essencialmente no respeito pelos direitos do Homem, na responsabilidade social e na excelência do exercício profissional²¹⁸.

Os enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência são confrontados diariamente com situações complexas que envolvem cuidados de enfermagem diferentes para pessoas diferentes, no entanto, o modo e a forma de agir do enfermeiro deverá respeitar um conjunto essencial de princípios, que orientam e mantêm a qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com Deodato²¹⁹, o processo de tomada de decisão necessita de uma reflexão crítica tendo em conta os princípios éticos e valores profissionais, cimentado por meio do artigo 78º do Código deontológico do Enfermeiro²²⁰, que considera a ética como sendo intrínseca às intervenções de enfermagem, que têm como padrão a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do próprio enfermeiro

Para além disso, outro elemento fundamental para a tomada de decisão é o contexto onde todo o processo se desenvolve, influenciando conseqüentemente o planeamento e gestão dos cuidados. O PIS desenvolveu-se no âmbito do serviço de urgência, fundamentamos as nossas escolhas e processos, com o intuito de uniformizar um

²¹⁶ (Chalifour, 2008)

²¹⁷ (Deodato, 2008, p. 27)

²¹⁸ (Deodato, 2008)

²¹⁹ (Deodato, 2008)

²²⁰ (Ordem dos enfermeiros, 2009)

procedimento no campo de ação da VNI, com vista a uma atuação segura e eficaz, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica. Permitiu-nos desenvolver competências na prescrição de intervenções de enfermagem geral e do domínio especializado, especialmente no que respeita ao cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica²²¹.

Tomando como linha orientadora a “Teoria da Incerteza” de Merle Mishel que declara os processos de incerteza face a uma situação de doença e apropriando ao contexto de emergência, o PIS determina a forma como um planeamento eficaz, prévio à atuação, com a clarificação dos papéis dos intervenientes, facilitará o processo de tomada de decisão e diminuirá os receios próprios da pessoa e família que vivem este período de incerteza²²².

Para além disto, é esperado dos Mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a integração plena do conceito de supervisão clínica, pois deles se espera que avaliem a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade²²³.

Por outro lado, os aportes lecionados em sala de aula, bem como o trabalho realizado, também nos ajudaram a desenvolver esta competência, compreendendo que a supervisão clínica dos cuidados de enfermagem definida por Maia & Abreu²²⁴ é designada com um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados, a proteção e a segurança dos clientes e o aumento da satisfação pessoal.

No que respeita ao processo de supervisão dos cuidados e enquanto enfermeiros especialistas, consideramos que desenvolvemos esta competência com a integração dos novos elementos no serviço, na orientação de alunos em estágio, bem como na prática diária, ainda que de forma informal, com os pares com menos experiência em determinadas áreas. Paralelamente a uma formação teórica ajustada ao estadió de aprendizagem do estudante, a supervisão clinica em ambiente de ensino clinico ou estágio, assume uma abordagem pedagógica frequente na formação de enfermeiros²²⁵.

No que se consigna ao desenvolvimento do PIS, consideramos ter mobilizado esta competência de mestre. Na medida em que identificamos um problema/ uma necessidade

²²¹ (Ordem dos Enfermeiros - regulamento nº 122/2011, 2011)

²²² (Mishel, 2004)

²²³ (ESS/IPS, 2011/2012)

²²⁴ (Maia & Abreu, 2003)

²²⁵ (Deodato, 2010)

de serviço, realizamos um diagnóstico da situação, planeamos atividades a fim de dar resposta a essa mesma necessidade. Em simultâneo ao longo de todo este processo de tomada de decisão segura, foram considerados os aspetos éticos e deontológicos, de forma a assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

2- Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.

A formação ao longo da vida dá-nos alicerces sustentáveis para que cada um de nós construa o seu próprio caminho. Em consonância com a ideia que a competência profissional é um processo que se desenvolve no percurso da vida, com estreita relação entre os saberes práticos, os teóricos adquiridos na práxis clínica e na aquisição de saberes significativos através da andragogia, para aplicar no quotidiano, de forma a agir eficazmente numa situação específica²²⁶.

Neste caso o ingresso neste 2º ME-MC, teve como principal objetivo apostar na formação para aliar à prática, isto porque, segundo Mendonça²²⁷, os enfermeiros são profissionais em formação contínua, porque a saúde exige profissionais detentores de competências multidimensionais, capacidades de interação, adaptação e readaptação.

O modelo de formação/aprendizagem está ancorado no referencial da andragogia. O adulto é independente, tem maturidade, interesses, vivencia relações interpessoais, é capaz de criticar e analisar situações, fazendo paralelos com experiências já vividas, aceitar ou não informações obtidas, e busca continuamente, a educação e o conhecimento com expectativa de melhorar as suas ações²²⁸, ou seja, aprende a aprender por descoberta autónoma.

A busca incessante de formação faz de nós seres inquietos, pautados pela necessidade de responder melhor aos desafios que nos são colocados diariamente, tanto a nível profissional como pessoal. Participámos em diversas ações de formação, globalmente centradas na área da enfermagem em urgência e emergência, não só como formandos, mas também como formadores. Apresentamos em três congressos, três comunicações, uma em forma de póster (anexo 6) e duas comunicações livres (anexo 7 e anexo 8). Ingressamos em cursos de ECG, de trauma, triagem de Manchester, pós-graduação em trauma e emergência, enfim sempre com o intuito a excelência do exercício.

²²⁶ (Boterf, 2003)

²²⁷ (Mendonça, 2009)

²²⁸ (Somera, Junior, & Rondina, 2010)

Consideramos a autoformação como componente essencial ao desenvolvimento, uma vez que nos permite uma atualização de conhecimentos e desta forma respondemos a um dos deveres do enfermeiro, configurado no Código Deontológico do Enfermeiro no Artigo 88º na alínea c) “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos...”²²⁹. Esta necessidade de formação coadunasse quando percebemos as consequências negativas do desconhecimento e porque entendemos como vantajoso e benéfico para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal²³⁰.

3- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.

No seguimento do descrito no ponto anterior, a procura de novos conhecimentos torna-se fundamental para a aquisição e desenvolvimento desta competência enquanto futuros Mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ou seja, desenvolver o saber tornar-se, e alimentar a capacidade de inferência do artífice, inscreve-se num processo permanente que permite aos enfermeiros aumentar as suas habilidades pessoais na prestação de cuidados ao cliente/família²³¹.

Por consequente, a multi-profissionalidade perante a complexidade de soluções a problemas de saúde e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem exigem respostas de um profissional competente. Sabemos que a interdisciplinaridade numa equipa de saúde não exclui nem a independência, e a autonomia de cada profissional, nem um referencial próprio que necessite da contribuição específica no vasto domínio da saúde²³². Também a OE²³³ defende que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, esta não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser deixado de lado ou tornar-se invisível nos esforços para obter essa qualidade.

Posto isto, é importante que os enfermeiros assumam um papel ativo no seio das equipas para criar projetos de qualidade, por outro lado, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação²³⁴.

Sendo assim, pensamos que a criação de alguns projetos tenha contribuído para o que foi realçado anteriormente. Como por exemplo, a construção de uma NP, fez com que nos entrosássemos com outros profissionais, nomeadamente com o departamento da CCIH,

²²⁹ (Ordem dos enfermeiros, 2009, p. 6548)

²³⁰ (Somera, Junior, & Rondina, 2010)

²³¹ (Hesbeen, 2000)

²³² (Serrano, Costa, & Costa, 2011)

²³³ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

²³⁴ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

da esterilização e de peritos na área da VNI, levando a cabo a premissa de melhorar a saúde global. Também a formulação do relato de incidentes, solicitado para desenvolver a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica - K2, fez com que houvesse o envolvimento de dois serviços (Urgência/Unidade de cuidados intensivos) que partilhavam os mesmos princípios: promover a saúde, a segurança dos cuidados de enfermagem, com vista à disseminação pela Instituição, com a incorporação de um Gabinete de Risco.

Ao longo da nossa prática paralelamente a este ano letivo de 2012/2013, integramos alguns projetos, designadamente o projeto intitulado “Acolhimento no serviço de urgência”, que foi apresentado nas III Jornadas de Enfermagem da ULSLA- “Acrescentando valor aos cuidados de saúde”, assim como o trabalho que foi apresentado nas 1^{as} Jornadas de urgência e emergência da ULSBA – sobre o tema o idoso no SU, que realidade? Este último, teve a pareceria da equipa de gestão de altas, assim como das assistentes sociais do hospital.

Consideramos, que de alguma forma nos constituímos elementos de referência, consultores para outros profissionais de saúde quando apropriado.

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

A tomada de decisão é um fator preponderante na qualidade dos cuidados de enfermagem nas suas diferentes áreas de atuação. O contexto particular de emergência, conduz-nos a uma questão fundamental que versa com a reflexão acerca da forma como o nosso agir, enquanto enfermeiros especialistas e futuros mestres em enfermagem Médico-Cirúrgica, se reflete na melhoria dos cuidados de enfermagem. Como defende Hesbeen²³⁵ é necessário prever um tempo de paragem para olhar, analisar, discutir e criticar a nossa prática e a organização que nela se inscreve.

De acordo com enunciado pela OE²³⁶, “a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática”, pelo que no processo de tomada de decisão, devemos incorporar os resultados da investigação na prática clínica, utilizando argumentos rigorosos e por conseguinte contribuímos para a melhoria contínua da qualidade e excelência no exercício da profissão.

²³⁵ (Hesbeen, 2000)

²³⁶ (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 10)

Foi baseado nesta premissa que incluímos os mais recentes dados da evidência em todas as fases de elaboração do projeto e na reflexão acerca das competências desenvolvidas neste percurso. Com a elaboração da NP, reconhecemos que produzimos guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem na temática da VNI, baseados nos princípios acima descritos.

A prática baseada na evidência tem sido definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais atual evidência de pesquisa na tomada de decisões clínicas sobre os cuidados ao cliente. Toda a decisão é centrada no cliente/família. Pesquisas desenvolvidas de forma conhecedora fornecem certezas para auxiliar na tomada de decisão, no entanto são complementadas pelo raciocínio e pela experiência do profissional para decidir qual a intervenção adequada para um determinado cliente, já que a pessoa é um ser único e individual²³⁷.

O nosso agir foi fundeado não só numa teoria de enfermagem, mas também no nosso percurso pessoal, bem como na autoformação, assente na andragogia, conforme analisado anteriormente.

Portanto, o enfermeiro na sequência de um processo de tomada de decisão, pode escolher agir desta ou daquela forma (incluindo a escolha de não agir). Sendo avaliado os atos dessa decisão. Sendo por isso, responsável por eles, respondendo pelas suas consequências²³⁸. Baseado no Código Deontológico do Enfermeiro, na alínea b) do art.º 79º²³⁹ que declara que o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega. Segundo o art. 8º do Cap. IV do REPE²⁴⁰, “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos”. Posto isto, a tomada de decisão contempla fatores, positivos e negativos, que o enfermeiro deve estar ciente, em relação às suas ações.

Os nossos projetos de intervenção em serviço tiveram como principal objetivo contribuir para a qualidade do exercício profissional, no entanto é necessário uma avaliação da ação num futuro próximo (por exemplo daqui a um ano), para que seja avaliado as consequências deste esforço. Foram traçadas metas/estratégias ao longo do projeto para que efetivamente os objetivos possam ser alcançados.

²³⁷ (Sampaio & Mancini, 2007)

²³⁸ (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005)

²³⁹ (Ordem dos enfermeiros, 2009, p. 6547)

²⁴⁰ (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, 1996, p. 2961)

5- Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

O PIS teve como ponto de partida numa necessidade/problema observada numa organização do serviço (falta de uniformização nas intervenções de enfermagem), que foi convertida numa questão, formulada de um modo claro e exequível. Foi com base na necessidade de informação que surgiu a pesquisa bibliográfica assente nos princípios da revisão sistemática da literatura. Essa busca teve início na definição de palavras-chave, seguida das estratégias de busca, onde foram definidas as bases de dados e outras fontes de informação a serem pesquisados.

Foram sendo selecionados estudos obedecendo a métodos de exclusão e inclusão, definidos no protocolo de pesquisa. Os critérios de inclusão foram definidos com base na pergunta que norteou a pesquisa, nomeadamente o tempo de busca (cinco anos), população alvo (adultos), entre outros elementos de interesse. A seguir, as evidências encontradas foram sendo avaliadas em termos de validade e confiabilidade metodológica, além da aplicabilidade na clínica²⁴¹.

Estas revisões da literatura são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada temática, que podem ter resultados coincidentes ou conflitantes, bem como identificar temas que necessitem de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras²⁴².

De acordo com Ferrito²⁴³, não podemos exercer a prática clínica baseada em tradições e rotinas. É necessário fundamentar as nossas atividades em informação científica válida e eficaz, como se processou na pesquisa bibliográfica efetuada no PIS.

A pesquisa bibliográfica assente em princípios da revisão sistemática da literatura, teve como principal objetivo aplicá-la à prática de enfermagem, facilitando a tomada de decisão, acerca dos cuidados a prestar a cada cliente. A utilização da evidência também contribuiu para provar com bases sólidas e credíveis as nossas ações, de modo a implementar as mudanças nas organizações.

O desenvolvimento deste trabalho de mestrado, foi aportado na metodologia de projeto. Esta metodologia envolve reflexão, sustentada pela investigação-ação. Esta visa a implementação de uma mudança ou de uma nova ideia no contexto prático (num ambiente de cuidados de saúde atual). A sua maior vantagem é a de criar soluções práticas para os

²⁴¹ (Domenico & Ide, 2003)

²⁴² (Sampaio & Mancini, 2007)

²⁴³ (Ferrito, 2007)

problemas cotidianos de enfermagem. Devido a implicar a implementação e avaliação de novas ideias também fornece uma resposta para o fosso existente entre a teoria e a prática. A investigação-ação é um processo dinâmico que permite um ciclo entre a análise, ação, a reflexão e a avaliação²⁴⁴.

Seguindo a mesma analogia, os enfermeiros cuidam de indivíduos, famílias e grupos em diversos contextos, acompanhando-os ao longo do ciclo de vida. As fontes de ideias concretas para a prática de enfermagem encontram-se nos locais onde se prestam os cuidados. A investigação assim é uma forma de validar a realidade²⁴⁵ (Ferrito, 2007).

De acordo Streubert & Carpenter²⁴⁶, a investigação-ação leva à criação de conhecimento prático.

Enquanto participantes e membros ativos da equipa de investigação tornou-nos mais comprometidos com a mudança desejada, dispostos a incluir a mesma no nosso exercício profissional, de modo permanente, mesmo quando o estudo termina. Deste modo criando uma prática de enfermagem mais significativa.

É importante uma cultura da prática baseada na evidência e na informação científica, onde as preferências dos clientes, os recursos disponíveis e a competência clínica são incluídos no processo de tomada de decisão²⁴⁷ foi com base nestes pressupostos que foi realizado o PIS.

A melhoria da qualidade é apontada como uma meta a atingir tanto para os enfermeiros como para as instituições de saúde, contudo é premente que as instituições envolvam os profissionais nesses programas de qualidade, e os profissionais ao mesmo tempo se deixem envolver com a realização deste tipo de projetos.

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

Esta competência foi desenvolvida com a elaboração do PIS, onde seguimos a metodologia de trabalho de projeto e que, portanto, engloba as fases acima descritas.

O nosso projeto de Intervenção em serviço intitulado “Intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI, internado no SU”, demonstra ser uma das áreas

²⁴⁴ (Streubert & Carpenter, 2002)

²⁴⁵ (Ferrito, 2007)

²⁴⁶ (Streubert & Carpenter, 2002)

²⁴⁷ (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

em que o Enf^o especialista em pessoa em situação crítica deverá intervir no contexto da sua intervenção autónoma, por forma a contribuir para a qualidade dos cuidados e garantir a segurança dos mesmos.

A falta de uniformização destas intervenções associadas à VNI, despoletou a investigação-ação. Esta problemática encontrada em contexto clínico, foi aferida pela Enf^a responsável pelo SU através de uma entrevista não estruturada, bem como através da implementação dos questionários aos elementos da equipa de enfermagem. Concluimos que através da avaliação dos mesmos que a problemática ia de encontro às necessidades formativas dos enfermeiros.

Optamos por aplicar uma ferramenta de avaliação de gestão – FMEA- para suportar a identificação e validação do projeto, por forma a avaliar objetivamente o contexto e facilitar o planeamento estratégico.

Posteriormente, na fase de planeamento, foram planeadas várias atividades assim como critérios de avaliação para dar resposta ao problema identificado, rumando do objetivo geral, de forma a dar resposta a cada objetivo específico.

Na fase de execução, desenvolvemos o que estava planeado, ou seja, nesta fase, foi materializado o planeado, tendo como produto final, a norma de procedimento, construída de acordo com os níveis de evidência e contributos dos pares e peritos, bem como um espaço físico destinado à VNI. Concretizámos uma sessão de formação para divulgação do trabalho realizado, assim como para a formação dos pares (cumprindo o plano da sessão) e posteriormente a avaliação da mesma.

O presente relatório também teve a pretensão não só a aquisição do título de Mestre mas também a própria divulgação do projeto.

Enquanto futuros mestres pretendemos realizar o artigo científico referente ao PIS como forma de divulgar o nosso projeto que trata uma problemática inerente não são aos serviços de urgência, como aos serviços de cuidados intermédios, unidades de cuidados intensivos, enfermarias, e que poderá ser um contributo para o desenvolvimento de novos projetos, em colaboração ou não e até potenciador de mudanças de políticas institucionais.

Julgamos que a realização deste trabalho cruza com os eixos prioritários de investigação definidos pela Ordem dos Enfermeiros²⁴⁸, designado por formação em enfermagem no desenvolvimento de competências. A mesma preconiza o desenvolvimento de estudos na área da formação e educação em enfermagem, assim como a aquisição de

²⁴⁸ (Ordem dos enfermeiros, 2006)

competências, quer na formação inicial, quer no contexto da aprendizagem ao longo da vida, com especial incidência na área do desenvolvimento curricular e estratégias de supervisão clínica.

Consideramos ainda que, o estabelecimento de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem permite a melhoria contínua dos cuidados prestados, e do desenvolvimento pessoal e profissional, que servem de quadro de referência a uma reflexão e análise da prática profissional²⁴⁹. Que engloba a missão do mandato social da profissão – promover a qualidade dos cuidados de enfermagem, prestados à população, tal como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão, assegurados pelas regras de ética e deontologia profissional.

Posto isto, acreditamos estar a contribuir para um futuro melhor da profissão e reconhecimento do seu valor, com maior visibilidade, afirmação social, e para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem²⁵⁰.

²⁴⁹ (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

²⁵⁰ (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

5 REFLEXÃO FINAL

Quando chegamos a esta fase da conclusão, já muito caminho foi percorrido. Agora acontece o espaço para reflexão. Tal como já foi feito até aqui, em pensamento ou até num caderno, onde fomos deixando os nossos anseios, as nossas anotações, para que a memória não as apague.

Procuramos transmitir de forma clara, crítica/reflexiva as atividades que desenvolvemos durante os estágios a que nos propusemos e a forma como fomos agindo perante os desafios que iam surgindo.

Concretizar os momentos de aprendizagem no serviço onde trabalhamos parecia mais cómodo à primeira vista, porque não saímos da nossa área de conforto. Contudo, a ideia que não iríamos acomodar na nossa bagagem mais do que aquilo que levávamos diariamente para casa, não se mostrou de todo verdade. A realização de um projeto no serviço onde gostamos de trabalhar deu-nos alguma motivação. Tendo em conta as muitas contrariedades do sistema, trabalharmos para a melhoria contínua e esforçarmo-nos para que alguma coisa se concretize, não é fácil mas é profundamente recompensador.

Estes estágios proporcionaram-nos um olhar diferente sobre os cuidados que eram prestados de uma forma muitas vezes rotineira e pouco fundamentada. Porém, à medida que se ia desenrolando a pesquisa bibliográfica que enquadrava as nossas ações, estas foram sendo suportadas em bases científicas, assim como os nossos argumentos durante o debate com os pares,

Essa pesquisa não teve apenas o objetivo de se circunscrever a nós como elementos ativos no projeto, mas também incutir naqueles que a rodeavam essa vontade, com o desejo último, a mudança de comportamentos, visando a qualidade dos cuidados fornecidos pelos profissionais, aumentando a segurança daqueles para quem direcionamos o nosso foco enquanto enfermeiros – o cliente/família (ser único e individual).

Este relatório permitiu que houvesse o aprofundamento de conhecimentos científicos em base de dados fidedignos, apoiadas em estudos randomizados, baseados na evidência. O enquadramento teórico, levou ao debruço das várias teorias, modelos e filosofias, obrigando a eleger aquela que balizasse de forma mais coerente o relatório, com a ajuda dos vários aportes lecionados em sala de aula. Foi opção nortear não só o relatório

como também a prática, com a teoria de médio alcance – Teoria da Incerteza (Merle Mishel).

Assim, do cruzamento da teoria com a prática enraizada na disciplina de enfermagem, a reflexão das competências adquiridas à luz de uma teoria de médio alcance, foi o seu fundamento norteador. A teoria revelou-se adequada, no sentido em que os seus pressupostos permitiram uma consideração fundamentada da prática de enfermagem em ambientes complexos, como aquele em que decorreram os estágios.

Explicitámos a elaboração dos PIS de acordo com a metodologia de projeto, assente em pressupostos de investigação-ação. O facto de não termos muitos conhecimentos sobre investigação (elaboração de questionários, pré-teste, análise de projeto -FMEA), a estrutura da metodologia de projeto (diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação) e todas as questões éticas da investigação que daí surgiram (consentimento informado, pedidos de autorização), tivemos que desenvolver um processo de busca mais exaustivo. Todavia, a ajuda da enfermeira orientadora e professora, bem como dos apótes teóricos das aulas foram essenciais para percorrer esse caminho. Contudo acreditamos que esta aprendizagem terá consequências positivas num futuro próximo.

Houve oportunidade de aprofundar conhecimentos da pessoa em situação crítica, do foro respiratório, com necessidade de Ventilação Não-Invasiva. Durante o estágio foram contabilizados perto de cinquenta pessoas com necessidade de VNI, em que o diagnóstico principal foi a DPCO agudizada e o EAP cardiogénico. Foram aplicadas as intervenções de enfermagem, para as quais nos debruçamos durante a pesquisa bibliográfica, sempre baseadas na evidência. Este percurso autocrítico revestiu-se de primordial importância no sentido em que nos forneceu maturidade como forma de apurar práticas indispensáveis à condição de especialista e mestres nesta área científica.

Com vista, à aquisição de todas as competências específicas, foram igualmente estabelecidos objetivos, para o seu desenvolvimento. A formulação de relato de incidentes, bem como a sua divulgação (formação em serviço), contribuíram para dar resposta à competência específica K2. Era a única que não era apropriada de uma forma explícita durante o PIS.

Tudo o que foi desenvolvido durante o estágio foi sempre com o parecer positivo da Enf^a orientadora e da professora.

Este Projeto não tem só fins acadêmicos, pretende beneficiar o serviço de urgência de forma a ter ganhos em saúde, funcionando como um programa de melhoria contínua.

Como projetos futuros, decorrente do processo formativo realizado e com a apresentação deste trabalho é nossa intenção dar continuidade a este projeto. Desta forma colocar em prática os saberes adquiridos ao longo de todo este processo, mantendo a atualização de conhecimentos no que concerne ao cliente submetido a VNI, para nos constituirmos como elementos de referência para os nossos pares. Com a convicção de que iremos contribuir para a evolução e sedimentação de cuidados de enfermagem especializados.

De acordo com o explanado, consideramos cumpridos os objetivos delimitados para o presente trabalho de projeto uma vez que, para além de enquadrar concetualmente a prática desenvolvida, contextualizámos os locais de estágios, apresentámos o PIS de acordo com a metodologia de projeto e avaliámos a sua adequação atual. A integração da reflexão crítica acerca das competências do enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica permitiram-nos analisar as aprendizagens efetuadas ao longo deste percurso e incluir os aportes teóricos decorrentes das unidades curriculares do plano de estudos.

Para que tudo isto se torne verdade e faça sentido, é necessário divulgar, publicar os estudos que sintetizem os resultados da pesquisa, é um passo para contribuir para a prática baseada na evidência. Para darmos relevo/visibilidade à nossa profissão é necessário fomentar a importância da investigação junto aos elementos novos, aos nossos pares, às chefias, assim como à própria instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- ACSS. (2011). *Manual de Normas de enfermagem - Procedimentos técnicos*. Ministério da Saúde.
- Amado, J. (2001). *Insuficiência respiratória aguda*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Ambrosino, N. (1996). Noninvasive mechanical ventilation in acute respiratory failure. *Eur Respir J*, pp. 795-807.
- Antonelli, M. (2005). Clinical Review: Noninvasive ventilation in the clinical setting - experience from past 10 years. pp. 98-103.
- Araújo, R. (2005). O uso da ventilação não-invasiva na Reabilitação Pulmonar em pacientes portadores da doença pulmonar obstrutiva crônica: Uma revisão da Literatura. *Fisioterapia em Movimento*, 1.
- Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2008). *Manual de apoio à elaboração e operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil*.
- Barbier, J. (1993). *Elaboração de projetos de ação e planificação*. Porto: Porto Editora.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editor.
- Bhattacharyya, C. (2011). Recent advances in the role of non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *MJAFI*, 67.
- Botelho, C. M. (1996). O Desempenho Individual nas Organizações: Uma abordagem da Influência do Potencial Cognitivo e do Desenvolvimento Organizacional. Tese de Mestrado não publicada. ISPA, Lisboa, Portugal.
- Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Porto Alegre: Artemed.
- British Thoracic Society Standards of Care Committee. (2002). Non-Invasive Ventilation in acute respiratory failure. *BTS Guideline*. Nottingham, UK.

- Carlucci, A., Ceriana, P., Navalesi, P., & Nava, S. (2003). Weaning from tracheotomy in long-term mechanically ventilated patients: feasibility of a decisional flowchart and clinical outcome. *Intensive Care Med*, pp. 419-425.
- Carper, B. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing* (Vol. 1). Gathersburg: Advances in Nursing Scienc.
- Catarino, H. B. (Jan de 2003). Contributos teóricos para a Investigação em Enfermagem – Aspectos Éticos da Investigação. *Sinais Vitais*, n^o46, pp. 63-66.
- CDC. (Março de 2004). Guidelines for preventing health - Care- Associated Pneumonia. *Morbidity and Mortality weekly report*. Departement of Health and Human Services Centers for disease and prevention.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica - os fundamentos existenciais-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidata.
- Chiozza, M. L., & Ponzetti, C. (2009). *Fmea - A model for reducing medical errors*. Mosby.
- Chiumello, D. (2011). Non-Invasive Ventilation in Postoperative patients: A systematic review. *Intensive Care Med*, 37.
- Colliére, M. (1999). *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros.
- Combres, X., & Jabre, P. (2009). Non invasive positive pressure ventilation: the sooner the better. *In: Emergências*, 21, pp. 164-165.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. Porto: Lusociência Edições técnicas e Científicas.
- Delgado, M. (2012). Postoperative Respiratory Failure After Cardiac Surgery: Use of Noninvasive Ventilation. *Journal of CardiThoracic an Vascular Anesthesia*, 26.
- Dellweg, D. (2010). Determinants of Skin contact pressure formation during non-invasive. *Journal of Biomechanics*, 43.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Deodato, S. (Outubro-Dezembro de 2010). Supervisão de Cuidados: Uma estratégia curricular em Enfermagem. *Percursos*, pp. 3-7.
- Diário da República, 1^a série - N^o 180. (16 Setembro 2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*.

- Direção Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: PNCI.
- Direção Geral da Saúde - Observatório de Segurança do Doente. (2011). *Sistema Nacional de notificação de Incidentes e Eventos Adversos*. Obtido de <http://seguranca.dgs.pt/ni/login?accion=inicioProceso&tipo=profesional>
- Direção Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa. A Dor como o 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2007). *Recomendação para as precauções de isolamento. Precauções básicas dependentes das vias de transmissão*. PNCI.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Circular normativa. Programa Nacional de controlo da dor*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Circular normativa 13/DQS/DSD - Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde*.
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientação da Direção Geral de Saúde - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual de classificação internacional sobre segurança do doente - Relatório técnico*. Lisboa.
- Documento interno do hospital do Alentejo. (2007). *Plano de Formação*.
- Documento Interno do hospital do Alentejo. (2012). *Dados estatísticos - Admissões ao SU*.
- Domenico, E. B., & Ide, C. A. (Janeiro-Fevereiro de 2003). *Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades*. *Revista Latino-am Enfermagem*, pp. 115-8.
- Egan. (2009). *Fundamentos da Terapia respiratória*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das doenças respiratórias*. Loures: Lusociência.
- Esquinas, A. (2011). *Princípios da Ventilação Mecânica Não Invasiva do hospital ao domicílio*. Ave: Gasinmédica Grupo Air Products.
- ESS/IPS. (2011/2012). *Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de relatórios e trabalhos de projeto*. Setúbal: Departamento de Enfermagem.
- ESS/IPS. (2011/2012). *Guia do curso do 2º Mestrado em Enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. David company.

- Felgueiras, J. (2006). Ventilação Não Invasiva numa Unidade de Cuidados intensivos. *Medicina Interna*, 13.
- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (Julho/Agosto de 2009). Ventilação Não-Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XV, pp. 655-667.
- Ferrito, C. (Janeiro-Março de 2007). Enfermagem baseada na evidência: Estudo piloto sobre Necessidades de Informação Científica para a prática de Enfermagem. *Percursos*, pp. 36-40.
- Ferrito, C. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, p. 2.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- George, J. (2000). *Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática profissional*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspetiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Hilbert, G. (2009). Noninvasive ventilation for acute respiratory failure. Quite low time consumption for nurse. *Eur Respir J*, 16, pp. 710-716.
- Hill, N. (2009). Non- Invasive Ventilation in acute respiratory failure. *Am J Resp Crit Care Med*, 163.
- Hudak, C., & Gallo, B. (1997). *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística*. Rio de Janeiro: Guanabara - koogan.
- Internacional Council of Nurses. (2006). *Dotações seguras salvam vidas: Instrumentos de informação e ação*. Genebra.
- Jornal oficial da União Europeia. (2009). *Recomendações do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo da infeção associados aos cuidados de saúde*.
- Landoni, G. (2012). Noninvasive Ventilation After Cardiac and Thoracic Surgery in Adults Patients: A Review. *Journal of Cardiothoracic and vascular anesthesia*, 26.
- Lei de Bases da Saúde. (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto). Diário da República.
- Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. R. (1989). *Trabalho de projeto. Aprender por objetivos centrados nos problemas*. Porto: Edições Afrontamentos.

- Lopes, M. (2001). *Concepção de Enfermagem e Desenvolvimento Socio-Moral: Alguns Dados e Implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Maia, T., & Abreu, W. (2003). *Supervisão Clínica em Enfermagem - Relatório - Síntese do Projeto de Intervenção*. ULS Matosinhos.
- Marcó, R. (2010). Avaliação da Ventilação mecânica Não-Invasiva após a ventilação mecânica convencional.
- Martins, A. (2009). *Manual do Curso de VNI - Insuficiência respiratória*.
- Martins, L. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Referência*, 12, pp. 62-66.
- Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar*. Penafiel: Editorial Novembro.
- Ministério da Saúde. (2006). *Despacho n° 18459/2006*.
- Mishel, M. (2004). Teoria da Incerteza. In A. Tomey, & M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 629-654). Loures: Lusociência: Edições técnicas e científicas, Lda.
- Moura, C. (2000). *Análise de Modo e Efeitos de Falha Potencial (FMEA) Manual de Referência*. Rio Grande do Sul: Comissão de Assuntos da Qualidade ANFAVEA.
- Mourisco, S. (2006). Complicações da Ventilação Mecânica Não-Invasiva. *Nursing*.
- Nogueira, N. R. (2005). *Pedagogia dos projetos. Etapas, papeis e atores* (1ª ed.). São Paulo: Erica.
- Nouira, S. (2011). Non-Invasive pressure support ventilation and CPAP in cardiogenic pulmonary edema: a multicenter randomized study in the emergency departement. *Intensive Care Med*, 37.
- Nunes, F. (Março de 2007). Tomada de decisão de enfermagem. "Agir rapidamente, pensar lentamente". *Revista Nursing*, pp. 7-11.
- Nunes, L. (2006). *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência - Edições técnicas e Científicas, Lda.
- Nunes, L. (Abril de 2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica. 1.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

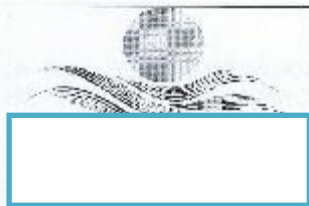
- Observatório Nacional de doenças respiratórias. (2011). *Relatório do observatório Nacional das doenças respiratórias - Desafios em tempos de crise*. Fundação Portuguesa do Pulmão.
- Ordem dos Enfermeiros - Comissão de Formação. (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, Enunciados descritivos*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre a segurança do doente.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre investigação*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boas práticas*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2009). Código deontológico - inserido no estatuto da OE republicado como anexo da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica*. Lisboa.
- Ordem dos Médicos/Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Liveiro da Ordem dos Médicos.
- Paiva, A. (2004). *O papel do enfermeiro*. In M.C.P Neves (Ed), *Para uma ética de Enfermagem - Desafios*. Coimbra.
- Pereira, M. (1991). *Importância dos registos de enfermagem*. Lisboa.
- Phipps. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica*. Loures: Lusociência - Edições técnicas e Científicas, Lda.
- Pires, A. (1999). *A Inovação e Desenvolvimento de Novos Produtos*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Pires, A. (1999). *Inovação e Desenvolvimento de novos produtos*. Lisboa: Edição Silabo, Lda.
- Popat, B. (2012). Invasive and non-invasive mechanical ventilation. *Medicine*, 40.
- Ramalho, A. (2005). *Manual Redacção de Estudos e Projetos de Revisão Sistemática com e sem Metanálise*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro. (1996.).
- Rodrigues, C. (Janeiro-Março de 2010). Planeamento. *Percursos*, pp. 10-17.
- Royal College of Nursing. (2005). *The Management of Pressure Ulcers in Primary and Secondary Care*. Obtido em 10 de Julho de 2013, de www.nice.org.uk
- Royal College of Physicians. (2008). *Non-Invasive Ventilation in Chronic obstructive Pulmonary disease: management of acute type 2 Respiratory failure - National Guidelines*.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (Janeiro-Fevereiro de 2007). Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para a síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, XI, pp. 83-89.
- Santos, A. (2004). A importância da Ética na Investigação. 627-644.
- Serrano, M. T., Costa, A. S., & Costa, N. M. (Março de 2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Referência*, III, pp. 15-23.
- Somera, E., Junior, R., & Rondina, J. (Abril-Junho de 2010). Uma proposta da Andragogia para a Educação continuada na área da saúde. *Ponto de Vista - Arquivo Ciências da Saúde*, pp. 102-108.
- Sorensen, D. (2012). Practical Wisdom: A qualitative study of care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, xxx.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Teófilo, C. (2010). Diagnóstico de Situação. *Percursos*, p.10-17.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência - edições técnicas e científicas, Lda.
- ULSLA. (2012). *Análise temporal - causa da visita*. S.C.
- Urden, L. D. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidata.
- Vaz, A. (2010). Definição de Objetivos. *Percursos*, pp. p. 18-19.
- World Health Organization. (2010). *Testing the WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care in eight pilot sites worldwide*.

ANEXOS

ANEXO 1

Regras para elaboração de normas de procedimentos e normas regulamentares



**REGRAS PARA ELABORAÇÃO DE
NORMAS DE PROCEDIMENTOS E
NORMAS REGULAMENTARES**

NR-HLA-
15-05-13
Revisão 0

NORMA REGULAMENTAR

HOMOLOGAÇÃO

Comissão Instaladora, em

COORDENADO POR
Domingas Cardadeiro
Liliana Guerra



1. INTRODUÇÃO

A presente Norma Regulamentar define as regras para elaboração de Normas de Procedimento (NP) e Normas Regulamentares (NR).

2. OBJECTIVOS

- Harmonizar o formato gráfico das Normas;
- Proporcionar maior eficiência na circulação da Informação na Instituição.

3. ÂMBITO

Todos os serviços do Hospital do Litoral Alentejano (HLA).

4 . RESPONSABILIDADES

Comissão Instaladora

- Homologar e divulgar as NR. e as NP

Coordenadores das Normas

- Solicitar o número da norma ao SSTI.
- Rever e harmonizar as NR e NP, submetê-las a homologação da CI e após aprovação e enviá-las para o SSTI.
- Aplicação das regras aqui definidas aquando da elaboração e revisão das NP e NR.

Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação (SSTI)

- Elaborar uma base de dados ordenada das NR e NP;
- Atribuir a numeração das NR e NP quando solicitado pelos coordenadores destas;
- Divulgar na intranet as NR e NP homologadas.



5. DEFINIÇÕES

• Norma Regulamentar

Define um conjunto de regras e princípios que devem ser observados pelo Serviço ou pela própria Instituição, com vista ao seu normal funcionamento. Também se aplica a matérias específicas que devam ser regulamentadas, no sentido de explicar e colocar em prática as decisões superiores da Comissão Instaladora. A sua numeração segue o seguinte critério:

"NR-HLA-n^o sequencial"

• Norma de Procedimento

Define as tarefas que devem ser executadas e explicita como devem ser executadas, quem as deve executar e em que circunstâncias.

Adicionalmente explicita que competências e responsabilidades foram atribuídas. A sua numeração segue o seguinte critério:

"NP-HLA-n^o sequencial"

6 REGULAMENTO

6.1 Configuração das páginas

Margem superior - 2,5 cm

Margem inferior - 2 cm

Margem esquerda - 3 cm

Margem direita - 2 cm

6.2 Formatação das páginas

Tipo de letra - Verdana

Estilo - Normal

Formatação da letra - 11



6.3 Parágrafo

Alinhamento - Justificado

Espaçamento entre linhas - 1,5 cm

6.4 Folha de rosto

De acordo com o formato da página 1.

6.5 Folhas seguintes

No cabeçalho deve constar:

À esquerda - logotipo da Instituição.

Ao centro - identificação da Norma.

À direita - NR(P)-HLA-número da NR(P) data; página x de y.

6.6 Itens que devem constar nas NR e NP:

1 - INTRODUÇÃO

2 - OBJECTIVOS

3 - ÂMBITO

4 - RESPONSABILIDADES

5 - REFERÊNCIAS (se se aplicar)

6 - DEFINIÇÕES (se necessário)

7 - REGULAMENTO

8 - AVALIAÇÃO (nas NP, se for possível a sua avaliação)

ÍNDICE

ANEXOS

6.7 Cor do fundo

A cor do fundo da página é branco.



6.8 Índice

Não é identificado com número de item.

Exemplo da disposição:

	Página
7. PROCEDIMENTO	6
7.1. Acondicionamento dos TH limpos	6
7.1.1. <u>Características do contentor</u>	7
8. AVALIAÇÃO	9
ÍNDICE	10
ANEXOS	11
ANEXO I	11

6.9 Revisões das Normas

As revisões das normas são anuais.



ÍNDICE

	Página
1. INTRODUÇÃO	2
2. OBJECTIVOS	2
3. ÂMBITO	2
4. RESPONSABILIDADES	2
5. DEFINIÇÕES	3
6. REGULAMENTO	3
6.1. Configuração das páginas	3
6.2. Formatação das páginas	3
6.3. Parágrafo	3
6.4. Folha de rosto	4
6.5. Folhas seguintes	4
6.6. Item que devem constar na PN	4
6.7. Cor do fundo	4
6.8. Índice	5
6.9. Revisões das Normas	5
ÍNDICE	6

ANEXO 2

Formação sobre a VNI

ACÇÃO FORMATIVA

MÓDULO: Intervenções de Antropologia no campo
Definição - UVE

Sumário

- Definição de UVE
- objetivos de UVE
- Causa local e UVE
- vantagens, limitações, valores e continuidade de UVE
- estrutura de UVE: objetivos, métodos e resultados
- Complexidade de UVE
- Intervenções de emergência e de longo prazo
- revisão de procedimentos

Preletor Anaêta Almeida do Espírito Santo

Data: 25-09-13

Hora: 14-30h

ANEXO 3

Ficha de avaliação da sessão de formação do Centro de Formação do hospital do Alentejo



Candidatura n.º	Tipologia n.º	Curso n.º	Ação n.º

Formação:

Avaliação do/a Formador/a

1. Nome do/a Formador/a: _____

2. Dados Pessoais do/a Formador/a:

2.1. Idade: 2.2. Sexo: Mas. Fem. 2.3. Habilitações Académicas:

3. Avaliação do/a Formador/a:

De um modo geral, qual a sua opinião acerca do/a Formador/a relativamente:

	Negativa			Positiva
	1	2	3	4
3.1. À preparação técnica	1	2	3	4
3.2. À preparação pedagógica	1	2	3	4
3.3. Ao grau de exigência	1	2	3	4
3.4. Ao domínio dos temas e contextos abordados	1	2	3	4
3.5. À linguagem utilizada	1	2	3	4
3.6. Ao relacionamento /sensibilidade Interpessoal com os/as formandos/as	1	2	3	4
3.7. À dinamização e ao incentivo à participação	1	2	3	4
3.8. Ao apoio para superar dificuldades na compreensão dos conteúdos	1	2	3	4
3.9. À disponibilização de material de apoio	1	2	3	4
3.10. À pontualidade	1	2	3	4

4. Avaliação do(s) módulo(s)

4.1. De um modo geral, qual o seu grau de satisfação relativamente ao(s) módulo(s) que frequentou:

Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Totalmente Satisfeito
1	2	3	4

5. Observações/Sugestões

ANEXO 4

Instruções de trabalho – Reprocessamento de máscara facial completa – Flexifit 431 NIV
para ventilação não-invasiva

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

IT/UCI - HLA - 10

17/09/2007

Revisão 0

Pag. 1 de 3

**REPROCESSAMENTO DA
MÁSCARA FACIAL COMPLETA
FLEXIFIT 431 NIV
PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA**

Fabricante:

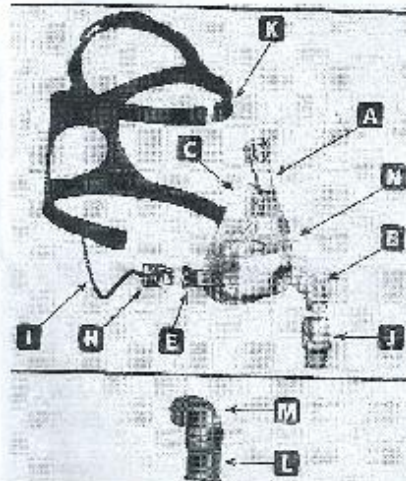
**FISHER&PAYKEL
HEALTHCARE**

Ref: HC431NIV

Símbolo: **CE** 0123

Nome do fabricante: MÁSCARA FACIAL COMPLETA FLEXIFIT 431 NIV PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Dispositivo:



AVISOS

- Inutilize se estiver danificado.
- Proteja o produto de qualquer danificação mecânica.
- Não efectue mais reprocessamentos que os recomendados pelo fabricante



Limitações ao reprocessamento

- Dispositivo médico de reprocessamento limitado**
- O produto pode ser reutilizado no **máximo 50 vezes**, se apenas for desinfetado ou submetido a esterilização por PH. *(baseo e desinfetado)*
 - O produto pode ser reutilizado no **máximo 25 vezes**, se for submetido a esterilização a vapor
 - Uma utilização do produto além da referida realiza-se fora do âmbito de responsabilidade do fabricante.

Elaborado por:
Teresa Ribeiro

De acordo com a NP EN ISO 17664

Próxima revisão:
09/2008

 	INSTRUÇÃO DE TRABALHO REPROCESSAMENTO DA MÁSCARA FACIAL COMPLETA FLEXIFIT 431 NIV PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	IT/UCI - HLA - 10 17/09/2007 Revisão 0 Pag. 2 de 3
--	---	---

INSTRUÇÕES	
Ponto de utilização	UCI
Contenção e transporte	- Por ser material frágil deve ser acondicionado sem nada por cima. - Recomenda-se o seu reprocessamento tão depressa quanto possível após a sua utilização.
Preparação para limpeza	- Desmonte a vedação de silicone (C), o cotovelo (B), a articulação (J) e a touca de fixação (K) da Base da Máscara (A); - A Tira Glider™ (E) e a Tampa Glider não se desprendem da Base; - As Tampas dos Orifícios de Pressão (N) ficam abertas; - Limpe meticulosamente todas as superfícies dos componentes com Cydezime® e uma escova macia; - Assegure-se de que toda a sujidade visível foi removida; - Enxágue com água corrente para remover o detergente.
Limpeza: Automatizada	<i>Equipamento: Máquina de lavagem mecânica SMEG.</i> 1- Coloque todos os acessórios da máscara FLEXIFIT 431 NIV cuidadosamente no set de anestesia. 2- Inicie o programa de desinfecção química nº 13 (5 minutos a 65°).
Limpeza: Manual	Efectuada apenas em caso de avaria da máquina de lavagem mecânica - Mergulhe em água morna com Cydezime® durante 15 min Friccione com escova macia todos os acessórios; - Enxágue com água corrente para remover o detergente; - Secar bem.
Desinfecção	A utilizada pela máquina de lavagem mecânica SMEG.
Secagem	A utilizada pela máquina de lavagem mecânica SMEG. - Utilize pistola de ar comprimido
Manutenção	- Proteja o produto de qualquer danificação mecânica.
Inspecção e ensaio às funções	- Verificar se existe algum dano, sinais de deterioração, gretas, rasgos ou fissuras - Monte a máscara com os seus acessórios.
Segregação	Em caso de qualquer dano, entregue o dispositivo à responsável de serviço para posterior eliminação/substituição.
Embalagem	- Empacotar em saco de plástico e expedir como material desinfectado.

Elaborado por:
Teresa Ribeiro

De acordo com a NP EN ISO 17664

Próxima revisão:
09/2008



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

**REPROCESSAMENTO DA
MÁSCARA FACIAL COMPLETA
FLEXIFIT 431 NIV
PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA**

**IT/UCI - HIA - 10
17/09/2007
Revisão 0
Pag. 3 de 3**

Esterilização	- Empacotar os acessórios individualmente e colocá-los depois em saco de plástico juntos. Apenas com indicação específica da responsável do serviço Esterilização por PH / Esterilização por vapor 121º
Armazenamento	Em áreas reservadas para o efeito, evitando assim, a sua contaminação accidental

Informação adicional	Não aplicável.
CONTACTO DO FABRICANTE	FISHER&PAYKEL HEALTHCARE Distributors - Portugal Pulmocor Rua Jose Joaquim de Freitas, 253 Apartado 46 2751-901 Cascais Portugal 351 21 483 44 96 Fax: 351 21 486 52 82 Email: rvillar@pulumcor.pt Website: www.pulumcor.pt

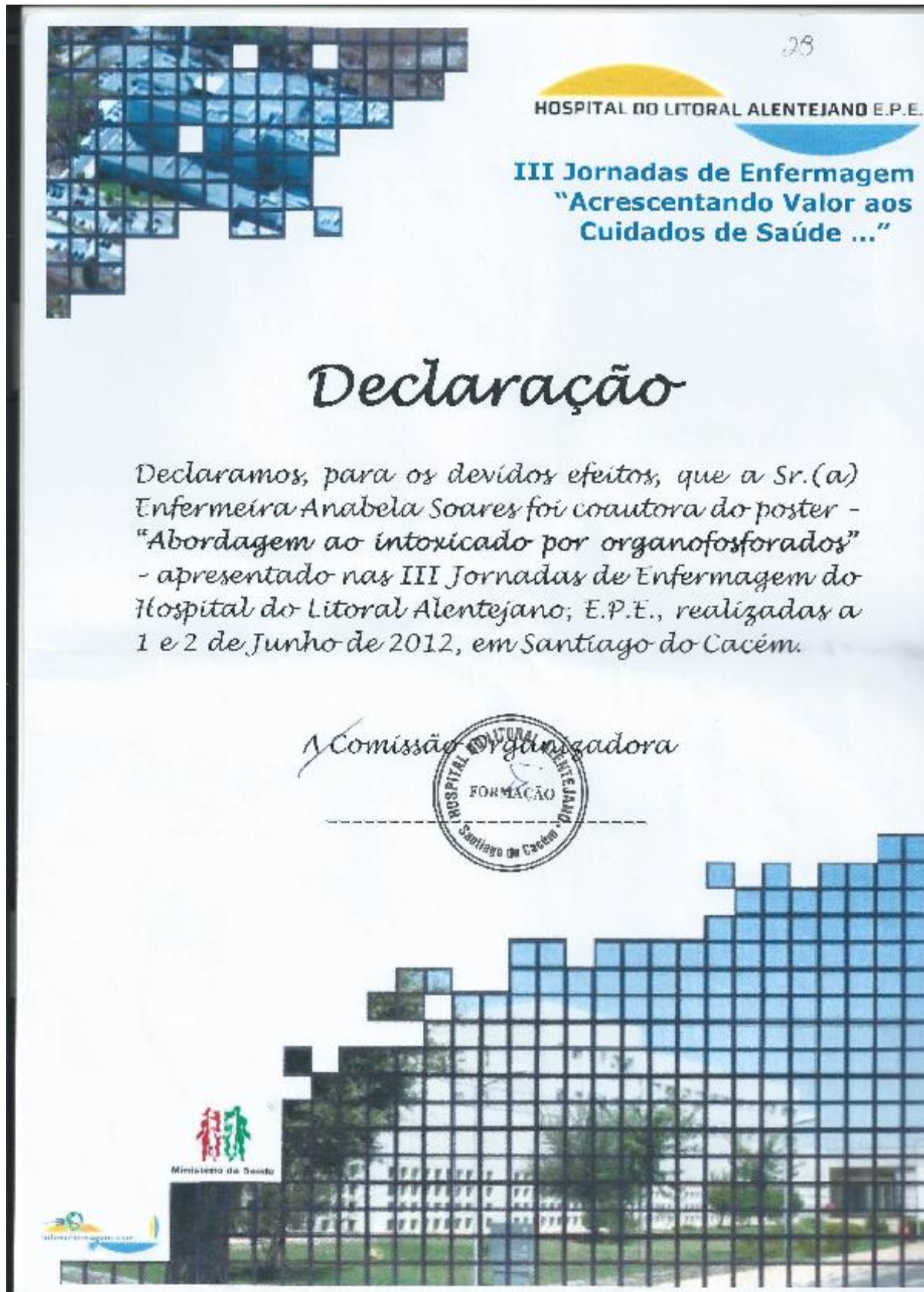
ANEXO 5

Formação sobre a Segurança e Gestão de Risco

	ACÇÃO FORMATIVA MÓDULO: <i>Segurança e Gestão de Recursos</i>
Sumário <ul style="list-style-type: none">- Conteúdos- Cultura de Segurança- Princípios físicos que conduzem ao comportamento profissional- Sistemas nacionais de notificação de incidentes e eventos- Gestão de risco- Fomentação do papel do estudante <p>Prefector <i>Anabela Guerreiro do Grupo Socio</i></p> <p>Data: <i>25.09.13</i> Hora: <i>14.30h</i></p>	

ANEXO 6

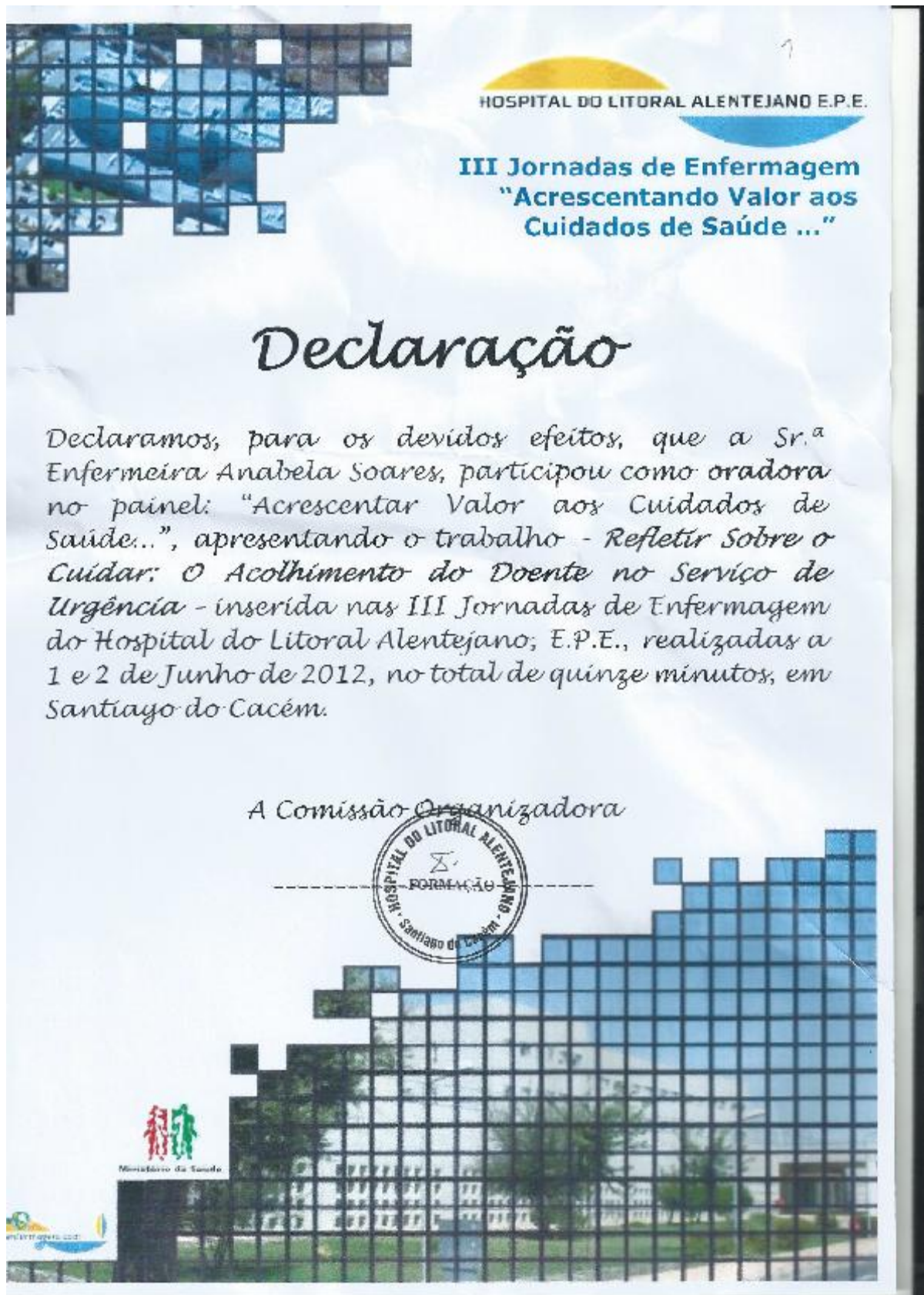
Póster – “Abordagem ao intoxicado por Organofosforados”



ANEXO 7

Oradora do painel: “Acrescentando valor aos cuidados de saúde...”

Apresentação do trabalho – Refletir sobre o Cuidar: O acolhimento do doente no serviço de urgência.



ANEXO 8

Co-autora do trabalho “ O idoso no serviço de urgência – Que realidade?”



APÊNDICES

APÊNDICE 1

Diagnóstico de situação

Estudante: Anabela Guerreiro da Encarnação Soares
Instituição: hospital do Alentejo
Serviço: Urgência
Título do Projeto: Intervenções de Enfermagem ao Cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva internado no SU
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): A ventilação Não-Invasiva (VNI) assume cada vez mais uma maior relevância tanto nos estudos científicos desenvolvidos, como na prática clínica, que a sustentam como sendo uma opção terapêutica segura e eficiente, sem recursos a métodos invasivos da via aérea. Tem um papel importante quer em patologia aguda quer na doença respiratória crónica. É considerada uma alternativa terapêutica à Ventilação Mecânica (VM), acarretando por isso uma diminuição do internamento hospitalar, da mortalidade e uma diminuição dos custos (Ferreira, et al, 2009). A temática supracitada assume grande relevância, de acordo com o Relatório do Observatório Nacional das doenças respiratórias (2011), as doenças respiratórias continuam a ser umas das principais causas de morbilidade em Portugal, com tendência clara para o aumento da sua prevalência. As doenças respiratórias foram responsáveis em 2009, por 83.163 internamentos, e destes internamentos, 10% terminaram em óbito. (Relatório do Observatório Nacional das doenças respiratórias, 2011). Segundo a estatística da Triagem de Manchester, do SU do Hospital no período de Junho a Dezembro de 2012 num total de 28 390 Clientes admitidos foram triados 1212 Clientes com o fluxograma Dispneia. (Documento interno do hospital do Alentejo, 2012). O que nos leva a inferir, as doenças respiratórias assumem hoje em dia uma situação preocupante. O enfermeiro tem um papel crucial no seio da equipa multidisciplinar e na monitorização do Cliente hospitalizado submetido a VNI, pelo que a este se exige uma prática profissional baseada na evidência e em linhas de orientação (Guidelines) que elevem os cuidados prestados ao Cliente a um nível de excelência (OE, 2011). Deste modo, é necessário dotar enfermeiros com formação na área atrás referida como forma de melhorar qualidade dos cuidados prestados, ou seja, uniformizar/sistematizar a prestação de cuidados ao cliente submetido a VNI no Serviço de Urgência: na adaptação e manutenção, aumentando a segurança nos cuidados prestados. Sendo que a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem, em que os enfermeiros têm o dever de assegurar cuidados em segurança,

promover um ambiente seguro e agir de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas (OE, 2006).

Para além da área da VNI ser uma área do meu interesse, um desenvolvimento de um PIS nesta área irá proporcionar-me o desenvolvimento das competências: 1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica, nas unidades de competência “K.1.1- Presta cuidados á pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.” E nas competências 3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controla 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 adequadas. Nomeadamente na unidade “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 (OE, 2011, p.3 e p.4).

A escolha do tema é justificada pela inexistência de procedimentos uniformizados/sistematizados na área mencionada no SU e também pelo facto deste ser um tema apontado como uma necessidade formativa.

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

Inexistência de Uniformização de intervenções de Enfermagem ao cliente submetida a Ventilação Não-Invasiva: Adaptação e Manutenção.

Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

Os enfermeiros são considerados fundamentais para o aumento da eficácia do VNI e para a redução dos factores de intolerância a esta terapêutica, bem como minimizar situações que possam causar Infecções adquiridas associadas aos cuidados de saúde (IACS), para tal devem trabalhar de forma eficiente e integrada, sabendo relacionar e executar cuidados na VNI: Adaptação e Manutenção.

Contudo, por vezes a falta de experiência/familiaridade dos enfermeiros explica muitas vezes a baixa adesão por parte dos Clientes à opção terapêutica VNI.

Há sobretudo uma necessidade de uma equipa de Enfermagem qualificada; de implementação de documentos orientadores para a prestação de cuidados de qualidade aos clientes submetidos a VNI; uma boa organização do serviço de urgência, com material acessível e disponível, assim como equipamentos adequados.

Para Ferreira, et al (2009) e Cordeiro e Menoita (2012) a VNI é uma técnica que exige grande

disponibilidade e dedicação do enfermeiro, obrigando a reavaliações frequentes, pois só assim se garante o sucesso. Advoga-se por isso, que seja instruída por profissionais treinados e conhecedores dos fatores preditivos de insucesso.

Assim, apesar do nº de doentes triados com o fluxograma de dispneia admitidos no SU, não nos era possível recolher dados estatísticos sobre a quantidade de Clientes submetidos a VNI, admitidos no SU. Como tal, foi criado para esse propósito uma folha de registos e solicitado a colaboração dos colegas para o seu preenchimento quando foram admitidos Clientes com VNI no SU do hospital. Deste modo, no intervalo de tempo de 1 de Dezembro de 2012 a 31 de Dezembro do mesmo ano foram contabilizados 18 Clientes com necessidades de VNI no SU. Já havia essa percepção da equipa, mas não havia esse registo. No sentido de auscultar a Enfª Responsável do SU, no sentido de conhecer a opinião da mesma relativamente à temática supracitada, que se pretendia desenvolver no PIS foi realizada uma entrevista não-estruturada, Da qual, podemos concluir que a VNI seria uma temática relevante a trabalhar de extrema utilidade, dado ao facto de ainda não ter sido trabalhada neste serviço. Segundo Fortin (1999, p.247) a entrevista não-estruturada surge para compreender a significação dada ao projeto e “(...) foi utilizada como etapa preliminar à elaboração de um instrumento de medida para uma investigação em particular.”. Paralelamente a essa entrevista, houve uma consulta do plano de formação de 2007 onde se lê que já nessa altura foi levantado a formação da VNI como uma necessidade formativa pelos elementos da equipa de enfermagem, no entanto essa necessidade nunca foi suplantada (Documento interno do hospital do Alentejo, 2007).

No sentido de conhecer a opinião da equipa de enfermagem do SU e o tipo de formação que a mesma tem relativamente à temática da VNI, foi elaborado um questionário, pois constitui uma ferramenta de colheita de dados, instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar dados (Fortin, 1999). E dirigimos um pedido de autorização para aplica-lo, com o respectivo consentimento informado à Enfª Diretora do hospital do Alentejo, que foi deferido.

Nesta linha de acção, no período de 1 a 10 de Dezembro de 2012 aplicámos um pré-teste, com a finalidade de validar o seu conteúdo, pois segundo Fortin (1999) pretende-se que uma pequena amostra reflecta a diversidade da população visada, a fim de avaliar a eficácia e a pertinência do mesmo, bem como a compreensão semântica das questões. Assim após ter sido realizado o pré-teste, e procedido às alterações sugeridas foi aplicado o questionário propriamente dito no período de 8 a 18 de Janeiro de 2013. É de salientar que os mesmos se fizeram acompanhar do consentimento informado, pois segundo Phipps (2003, p.111), “é um

pedido de autorização a uma pessoa devidamente informada antes de lhe fazer seja o que for”. A amostra foi intencional, ou seja, da população alvo (enfermeiros), foram escolhidos os enfermeiros do serviço de Urgência da ULSLA, que segundo Streubert (2002) foram estes os seleccionados por causa do conhecimento específico de um determinado fenómeno. Ou seja, a minha amostra foram os enfermeiros que prestam cuidados aos Clientes submetidos a VNI. Foi excluído a autora dos questionários e a Enf^a responsável do SU.

Assim após a aplicação dos questionários e após tratamento de dados efectuados em Excell (Apêndice 1), concluímos que estamos perante uma equipa jovem, que na sua globalidade tem 30 anos de idade, possui como habilitações académicas a Licenciatura em Enfermagem e estão a exercer funções no serviço de Urgência há cerca de 4 a 9 anos. Quando questionados relativamente à importância do tema do PIS a maioria (94%) dos enfermeiros, considera o tema da VNI pertinente. E, 77% considera que não há uniformização nos cuidados de enfermagem prestados ao Cliente submetido a VNI. Conclui-se também que os enfermeiros na sua maioria considera ter alguns conhecimentos sobre o manuseio de ventiladores, mas a grande maioria advoga falta de conhecimentos sobre as máscaras utilizadas na VNI, no entanto defendem que possuem alguns conhecimentos sobre os equipamentos utilizados na VNI (53%)

Dos enfermeiros que responderam ao questionário 94% acham que a temática da VNI devia ser incluída na formação em serviço, os dados revelam que os enfermeiros possuem conhecimentos sobre alguns efeitos adversos e contraindicações da VNI. Contudo a grande percentagem (69%) revela que não possuem curso de ventilação para enfermeiros, e aqueles que o tem, já o realizaram há mais de 3 anos e fizeram-no através de formação pós-graduada. Para muitos (97%) a criação de um documento orientador para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a VNI e para os ventiladores seria uma mais-valia para o SU.

Para corroborar com os dados obtidos nos questionários e de forma a acautelar algumas falhas, foi aplicada uma ferramenta de gestão a análise FMEA (Failure Mode and Effect Analysis). Esta procura evitar por meio de análise de falhas potenciais e propostas de melhoria, a ocorrências das mesmas, na fase inicial da elaboração de um projeto. Assim, pode-se dizer que a sua utilização diminui as hipóteses de falha inicial que colocaria em risco todo o esforço e investimento, pela não ponderação dos riscos (Moura, 2000).

Estabelecemos como etapas a analisar as seguintes: Acondicionamento do material/equipamentos para o uso da VNI; Acolhimento do Cliente com necessidade de VNI, Prevenção das úlceras de pressão, Prevenção das infeções respiratórias, adaptação à opção

terapêutica – VNI e Manutenção da opção terapêutica – VNI. Conjeturamos para cada uma destas etapas, os possíveis incidentes, com a respetiva gravidade e ocorrência, calculamos efeitos potenciais, a sua deteção, estabelecemos a causa e o mecanismo dos potenciais de falha e as respetivas ações a desenvolver para colmatar essas falhas. Ao analisar o quadro da FMEA de projeto detetamos onde as falhas podem ocorrer com mais intensidade, e a gravidade que essas falhas implicam. Sendo assim aplicando a fórmula (RPN) que nos dá prioridade de intervenção/risco, dever-se-á dar-se prioridade às seguintes etapas: (5) adaptação, tem uma gravidade= 8 e um RPN= 336; à etapa (1) acondicionamento do material e equipamento para o uso de VNI, tem uma gravidade =8 e um RPN =288 e à etapa (6) manutenção, tem uma gravidade=8 e um RPN= 280, ou seja, uma vez calculado o RPN (nº de prioridade de risco) para cada modo de falha, a ação corretiva deverá dirigir-se em primeiro lugar para os problemas de mais alto RPN e a elementos críticos (Pires, 1999). Pode-se ler mais em pormenor no apêndice 2.

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

Défice de conhecimentos sobre:

- Manipulação dos ventiladores disponíveis no SU;
- Tipos de máscaras (interfaces) existentes no SU e a sua colocação e manutenção;
- Indicações, contraindicações e os efeitos adversos do uso da VNI;

Inexistência de um local próprio, devidamente identificado, para acondicionar os materiais disponíveis, equipamentos e documentos orientadores, usados na VNI;

Falta de formação por parte dos enfermeiros do SU do hospital do Alentejo relativamente à VNI;

Inexistência de uniformização dos registos de enfermagem em relação à VNI.

Determinação de prioridades

Realizar uma pesquisa bibliográfica

Formar a equipa de enfermagem do SU sobre prestação de cuidados de qualidade ao cliente submetido a VNI

Elaborar um Guia orientador sobre as intervenções de Enfermagem à Pessoa submetida a VNI

Criar uma folha de Registo dos Clientes com necessidade de VNI no SU para os indicadores estatísticos

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

OBJECTIVO GERAL

Contribuir para a melhoria dos Cuidados de Enfermagem prestados ao Cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva no serviço de Urgência do hospital do Alentejo.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Formar/treinar a equipa de enfermagem sobre as máscaras, os ventiladores, contraindicações, indicações e efeitos adversos do VNI e sobre a prevenção da infeção
- Organizar espaço apropriado com as máscaras, materiais e equipamentos adequados, de fácil acesso aos enfermeiros do SU
- Elaborar uma folha de registo dos Clientes com necessidade de VNI no SU para análise estatística
- Elaborar uma norma de procedimento sobre as intervenções de Enfermagem à Pessoa submetida a VNI
- Elaborar uma check-list de verificação/acondicionamento/funcionalidade do material usado na VNI

Referências Bibliográficas (Norma Portuguesa)

Cordeiro, M. e Menoita, E. 2012. *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. Porto : Lusociência Edições Técnicas e Científicas. ISBN: 978-972-9830-86-8

Documento interno do Hospital do Alentejo 2012 (2º Semestre). *Análise estatística à Triagem de Manchester*.

Documento interno da ULSLA 2007. *Plano de Formação*.

Fortin, M. 1999. *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 978-972-8383-10-7.

Pires, A. 1999. *A Inovação e Desenvolvimento de novos Produtos*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.

Phipps et al. 2003. *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica*. Loures : Lusociência - Edições técnicas e Científicas, Lda. 972-8383-65-7.

Streubert, J. 2002. *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas. 972-8383-29-0.

Ferreira, S. et al. 2009. Ventilação Não-Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Julho/Agosto. pp. 655-667.

Moura, C. 2000. *Análise de Modo e Efeitos de Falha Potencial (FMEA) Manual de referência*. Rio Grande do Sul. Comissão de Assuntos da Qualidade ANFAVEA

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS 2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS 2006 *Tomada de posição sobre a segurança do Cliente*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros

Relatório do Observatório Nacional das doenças respiratórias 2011 *Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Fundação Portuguesa do Pulmão.

APÊNDICE 2
QUESTIONÁRIO

Anabela Guerreiro da Encarnação Soares, Enfermeira, a exercer funções no Serviço de Urgência do hospital do Alentejo, e a frequentar o 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no âmbito dos estágios que se encontra a desenvolver no serviço supracitado, no período de Novembro de 2012 a Dezembro de 2013, pretende desenvolver um PIS (projecto de intervenção em serviço) na área da Ventilação Não-Invasiva.

No sentido de conhecer a opinião da equipa de enfermagem do SU do hospital do Alentejo, e o tipo de formação que a mesma tem relativamente à temática referenciada, surge este questionário, que se encontra dividido em quatro partes. A primeira parte é composta por perguntas de resposta fechada e pretende caracterizar a equipa. A segunda parte é constituída por um conjunto de questões de resposta fechada, que pretende conhecer a pertinência que a equipa atribui ao tema supramencionado. A terceira parte é constituída por questões de resposta fechada, que pretende conhecer o nível de conhecimento que a equipa de enfermagem possui relativamente à temática em estudo, bem como o nível de formação que possuem na área da Ventilação Não-invasiva. Por último, a quarta parte constituída por questões de resposta fechada que pretende obter dados que permitam conhecer o grau de importância que a equipa atribui à existência de documentos orientadores que possam vir a contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados ao doente submetido a VNI internados no SU do hospital do Alentejo.

A fim de identificar a pertinência do tema, peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, garantindo que todas as questões éticas serão garantidas, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade relativamente aos dados obtidos bem como a divulgação dos mesmos.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e disponibilidade. Encontrando-me desde já disponível para esclarecer qualquer dúvida.



QUESTIONÁRIO

Assinale com “X” a sua resposta. Se necessitar anular coloque um círculo à volta da resposta.

Parte I

Estas questões pretendem caracterizar a equipa. Complete de acordo com a sua situação.

- **Idade:**

Até aos 30 anos 31-40 anos Mais de 41 anos

- **Habilitações Académicas:**

Bacharelato Licenciatura Pós-Licenciatura Mestrado

- **Tempo de exercício profissional no SU:**

Até 3 anos De 4 a 9 anos De 10 a 14 anos Mais de 15 anos

Parte II

O enfermeiro é considerado um profissional fundamental para a eficácia da VNI e para a redução dos fatores de intolerância a esta terapêutica. Deve trabalhar de forma eficiente e integrada, sabendo relacionar e executar cuidados específicos na VNI: os cuidados de adaptação e manutenção.

Esta parte do questionário é constituída por um conjunto de questões que pretende conhecer a pertinência que a equipa de enfermagem atribui ao tema.

Assinale de acordo com a sua opinião, considerando a seguinte correspondência:

1 – Discordo totalmente; 2 - Discordo parcialmente; 3 – Sem opinião; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo Totalmente

1 – Considero este tema pertinente.

Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

2 – Sinto segurança na prestação de cuidados a pessoas com Ventilação Não-Invasiva.

Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

3 - Considero que existe uniformização nos cuidados de enfermagem ao cliente submetido a VNI internado no SU.

Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

Parte III

Esta parte é constituída por um conjunto de questões que pretendem conhecer o nível de formação que a equipa de enfermagem do SU possui relativamente à Ventilação não Invasiva.

Assinale de acordo com a sua opinião, considerando a seguinte correspondência:

1 – Discordo totalmente; 2 - Discordo parcialmente; 3 – Sem opinião; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo Totalmente

4 - Considero ter conhecimentos suficientes para o manuseio dos ventiladores existentes na Instituição utilizados na VNI.

Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

5- Conheço os diferentes tipo de:

a) Máscaras utilizados na VNI

Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

b) Equipamentos utilizados na VNI

Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

6 - O plano de formação anual em serviço deveria incluir o tema: Ventilação Não-invasiva.

Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

7 – Existem efeitos adversos associados ao uso de VNI. Assinale aquele que considera estar relacionada com a VNI.

- a) Hipertensão
- b) Úlceras de pressão no dorso do nariz
- c) Hemorragia digestiva alta

8 – Mencione uma contra-indicação para o uso de VNI.

a) DPOC

b) Obesidade

c) Incapacidade de drenagem das secreções traqueobrônquicas

8 - Já frequentou algum curso de Ventilação para enfermeiros?

Sim Não

Se respondeu Sim:

- Há quanto tempo?

Menos de 1 ano Entre 1-3 Mais de 3 anos

- Em que contexto?

Formação em serviço

Formação pós-graduada

Outro Contexto _____

Parte IV

Esta parte do questionário tem o intuito de obter dados que permitam conhecer o grau de importância que a equipa atribui à existência de documentos orientadores que contribuam para a melhoria dos cuidados de saúde prestados ao doente submetido a VNI internados no SU.

Assinale de acordo com a sua opinião, considerando a seguinte correspondência:

1 – Discordo totalmente; 2 - Discordo parcialmente; 3 – Sem opinião; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo Totalmente

10 - Seria vantajoso a criação de um documento orientador para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a Ventilação não-invasiva.

Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

11 - Seria útil um documento orientador sobre os diversos tipos de Ventiladores destinados a VNI e o respectivo manual de instruções no SU.

Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Sem opinião	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente

Sugestões:

Obrigado pela Colaboração.

Enfª Anabela Guerreiro da Encarnação Soares

APÊNDICE 3

Pedido de autorização ao Conselho de Administração para aplicar os questionários

Autoriza-se sem encargos
para a realização
27-03-2013

Conselho de Administração da Unidade Local de
Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

85



Mário José da Costa

Presidente Conselho

Mário Mendes

Diretora - CH
Cristina Alves Branco
Vogal

Diretora - CSP
Mário de Jesus Gonçalves
Presidente Direção

Exm^a Sr^a Enf^a Directora de Enfermagem

Anabela Guerreiro da Encarnação Soares, Enfermeira, a exercer funções no Serviço de Urgência do HLA, e a frequentar o 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), e no âmbito dos estágios que se encontra a realizar no serviço supracitado pretende no período Novembro de 2012 a Outubro de 2013 desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) na área da Ventilação Não-Invasiva sob orientação da Sr^a Enf^a Cristina Guerreiro (Enfermeira do Serviço de Urgência, do HLA) e Professora Elsa Monteiro (Docente da FSS do IPS).

O desenvolvimento deste Projeto pretende contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa em situação crítica com necessidade de Ventilação não-invasiva no Serviço de Urgência de [redacted], vem por este motivo requerer a autorização para a realização do Projeto atrás mencionado.

Neste sentido, vem solicitar a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem do SUJ a fim de auscultar a equipa relativamente a esta temática que se encontra em anexo com o respectivo consentimento informado, e que se compromete a garantir todas as questões éticas inerentes a este tipo de estudo, a confidencialidade dos dados obtidos bem como o anonimato dos participantes.

Ciente que este projeto de intervenção em serviço lhe proporcionará uma aprendizagem e desenvolvimento das competências especializadas em enfermagem Médico-Cirúrgica, transformando-se numa mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade, com o intuito de desenvolver uma prática segura, para aumentar os ganhos em saúde, está convicta que pode contar com a colaboração e sensibilização de todos.

Sem outro assunto, encontra-se disponível para qualquer esclarecimento. Aguarda deferimento.

Santiago do Cacém, 4 de Janeiro de 2013

É de autorizar a realização do
este do acima referido, pois
seu contínuo e permanente
para a melhoria dos cuidados de
enfermagem na área da ventilação
não-invasiva.

Este trabalho de respiração mecânica
deve ser apresentado à posteriori
no corpo de informações da intervenção.

Mário de Jesus Gonçalves

Enfermeira Diretora
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

Atenciosamente

Anabela Guerreiro da Encarnação Soares

Anabela Guerreiro da Encarnação Soares

27-03-2013

APÊNDICE 4

Consentimento informado

CÓDIGO _____

Anabela Guerreiro da Encarnação Soares, Enfermeira, a exercer funções no Serviço de Urgência do hospital do Alentejo, e a frequentar o 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), e no âmbito dos estágios que se encontra a realizar no serviço supracitado pretende no período Novembro de 2012 a Outubro de 2013 desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) na área da Ventilação Não-Invasiva sob orientação da Sr.^a Enf^a Cristina Guerreiro (Enfermeira do Serviço de Urgência, do hospital do Alentejo) e Professora Elsa Monteiro (Docente da ESS do IPS).

Estou a solicitar a sua participação neste questionário para desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) na área da Ventilação Não-Invasiva no Serviço de Urgência do hospital do Alentejo no âmbito do estágio que me encontro a realizar no serviço referido, que faz parte do plano de estudos do 2º Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS do IPS.

A sua participação é muito importante para saber o que pensa acerca da pertinência desta temática.

As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas neste projeto.

A sua participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-lo a qualquer momento.

Depois de ler as explicações acima referidas, declaro que (sublinhe a opção):

Aceito responder a este questionário.

Não aceito responder a este questionário

Obrigado pela atenção.

Santiago do Cacém, 4 de Janeiro de 2013

Anabela Guerreiro da Encarnação Soares

APÊNDICE 5

Tratamento de dados dos questionários



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Tratamento de Dados dos Questionários

- Ventilação Não- Invasiva -

Estágio I e II – Médico- Cirúrgica

Autora: Anabela Guerreiro da Encarnação Soares

Orientado Por:

Enf^ª Especialista Médico-Cirúrgica Ana Cristina Guerreiro

Prof^ª Elsa Monteiro

Fevereiro 2013

2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Tratamento de Dados dos Questionários

- Ventilação Não- Invasiva -

Estágio I e II – Médico- Cirúrgica

Autora:

Anabela Guerreiro da Encarnação Soares nº 110519015

Tutora:

Enfª Especialista Médico-Cirúrgica Ana Cristina Guerreiro

Orientadora:

Prof. Elsa Monteiro

Fevereiro 2013

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	p.4
INTRODUÇÃO.....	p.5
1 - TRATAMENTO DE DADOS – QUESTIONÁRIOS.....	p.6
CONCLUSÃO.....	p.17
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	p.18

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade dos enfermeiros do Serviço de Urgência	p.6
Gráfico 2 Habilitações acadêmicas dos enfermeiros do Serviço de Urgência	p.7
Gráfico 3 – Tempo de exercício profissional no SU.....	p.7
Gráfico 4 – Pertinência do tema sobre o VNI.....	p.8
Gráfico 5 – Segurança dos Enfermeiros do SU na prestação de Cuidados ao cliente com VNI.....	p.8
Gráfico 6 – Uniformização dos Cuidados de Enfermagem ao Cliente submetido a VNI no SU.....	p.9
Gráfico 7 – Conhecimentos suficientes para o manuseio dos ventiladores existentes em SU.....	p.10
Gráfico 8 – Conhecimento das Máscaras utilizadas na VNI.....	p.10
Gráfico 9 – Conhecimento sobre os equipamentos utilizados na VNI.....	p.11
Gráfico 10 – Formação anual em serviço deve incluir a VNI.....	p.11
Gráfico 11 – Efeitos adversos da VNI.....	p.12
Gráfico 12 – Contraindicações do uso da VNI.....	p.13
Gráfico 13 – Curso de Ventilação para enfermeiros.....	p.13
Gráficos 14 – Há quanto tempo fizeram o curso de Ventilação para enfermeiros.....	p.14
Gráfico 15 – Contexto de Formação do Curso de Ventilação para Enfermeiros.....	p.14
Gráfico 16 – Utilidade do documento orientador para a prestação de cuidados à pessoa submetida a VNI.....	p.14
Gráfico 17 – Utilidade do documento orientador sobre os ventiladores.....	p.16

INTRODUÇÃO

Este questionário enquadra-se no âmbito dos estágios incluídos no 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico que me encontro a realizar no serviço de Urgência do Hospital do Alentejo, que tem como intuito desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) na área da Ventilação Não-Invasiva sob orientação da Sr^a Enf^a Ana Cristina Guerreiro e da Professora Elsa Monteiro. Antes de aplicar o questionário foi pedido autorização ao Conselho de Administração (apêndice 1), que foi deferido. Ao questionário foi anexado o Consentimento informado (apêndice 2).

No sentido de conhecer a opinião da equipa de enfermagem do SU do hospital do Alentejo, e o tipo de formação que a mesma tem relativamente ao tema: Ventilação Não-Invasiva, surgiu este questionário, que se encontrava dividido em quatro partes. A primeira parte era composta por perguntas de resposta fechada e pretendia caracterizar a equipa. A segunda parte era constituída por um conjunto de questões de resposta fechada, que pretendia conhecer a pertinência que a equipa atribui ao tema supramencionado. A terceira parte era constituída por questões de resposta fechada, que pretendia conhecer o nível de conhecimento que a equipa de enfermagem possuía relativamente à temática em estudo, bem como o nível de formação que possuíam na área da Ventilação Não-invasiva. Por último, a quarta parte constituída por questões de resposta fechada que pretendia obter dados que permitam conhecer o grau de importância que a equipa atribuía à existência de documentos orientadores que possam vir a contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados ao doente submetido a VNI internados no SU do hospital do Alentejo.

A população alvo escolhida foram os enfermeiros do SU do hospital do Alentejo, dos quais 36 constituíram a amostra na medida que esta foi intencional cujo critério de inclusão escolhido: prestar cuidados de enfermagem ao Cliente submetido a VNI. Foi excluído a autora do questionário e a Enf^a responsável pelo SU, à qual foi realizada a entrevista não-estruturada. Para o tratamento de dados recorreremos ao programa Excell, cujos dados iremos descrever no próximo capítulo.

1 - TRATAMENTO DE DADOS – QUESTIONÁRIOS

O questionário (apêndice 3) era composto por 4 partes num total de 11 perguntas de resposta fechada. A primeira parte pretendia caracterizar a equipa e era constituído por 3 questões. A Segunda parte surgiu para conhecer a pertinência do tema e era constituída por 3 questões. A terceira parte tinha como finalidade conhecer o nível de formação que a equipa de enfermagem possuía relativamente à VNI e era constituída por 6 questões. E a quarta parte tinha como objectivo conhecer a importância que os enfermeiros davam à criação dos documentos orientadores para a prestação de cuidados ao Cliente submetida a VNI e era constituída por 2 questões. Os dados obtidos iram ser descritos de acordo com as partes que constituem o questionário.

Os resultados provêm dos dados obtidos através da colheita de dados. Segundo Fortin (1999) os dados são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o trabalho apresentado.

Parte I

Dos dados extraídos da primeira parte do questionário que tinha como finalidade caracterizar a equipa, dos 36 enfermeiros. Conclui-se que estamos perante uma equipa jovem, tem até 30 anos de idade (Gráfico 1), cerca de 58% possui como habilitações académicas a Licenciatura em Enfermagem (Gráfico 2) e exercem funções no serviço de Urgência há cerca de 4 a 9 anos (Gráfico 3).

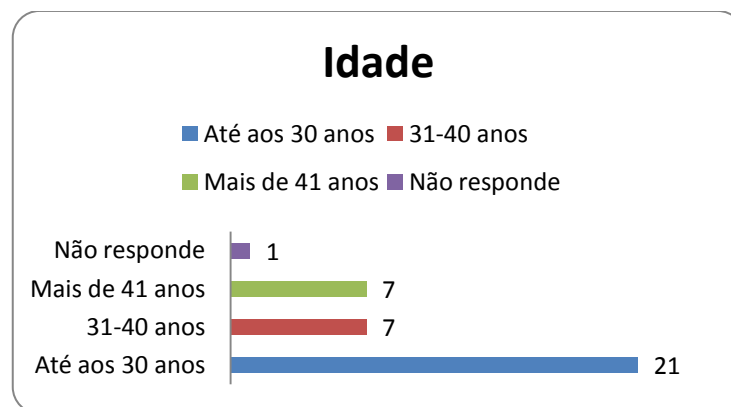


Gráfico 1 – Idade dos enfermeiros do Serviço de Urgência – ULSLA

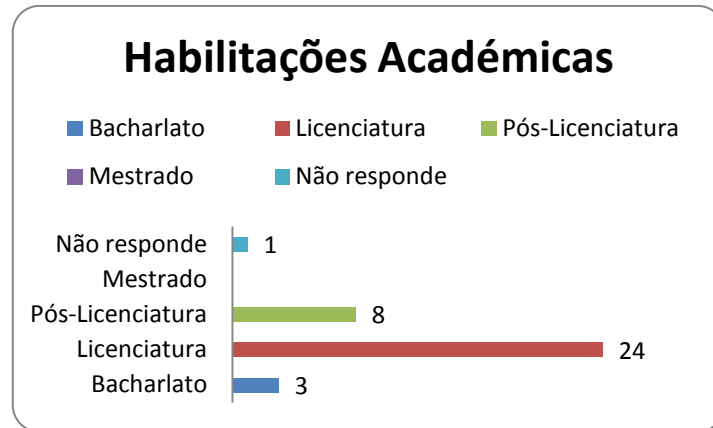


Gráfico 2 – Habilitações acadêmicas dos enfermeiros do Serviço de Urgência - ULSLA

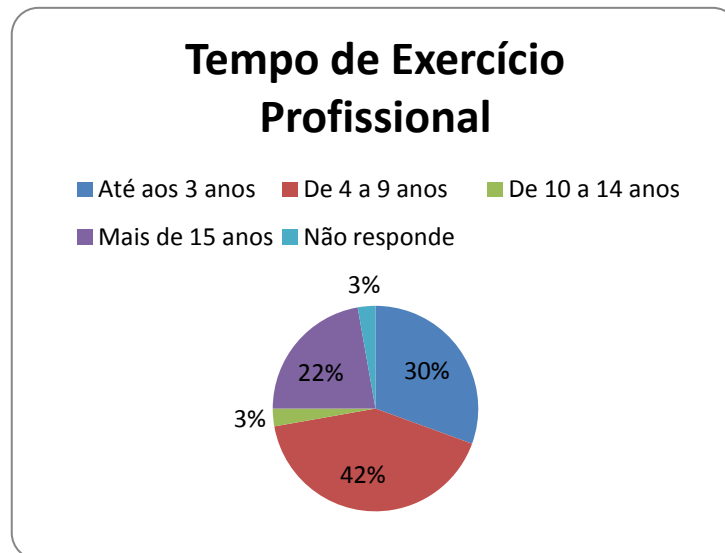


Gráfico 3 – Tempo de exercício profissional no SU

Parte II

A segunda parte do questionário era constituída por um conjunto de questões que pretendia conhecer a pertinência que a equipa de enfermagem atribuía ao tema. Era apresentada uma escala tipo Likert. Em que se pediu para assinalar de acordo com a opinião, considerando a seguinte correspondência: 1 – *Discordo totalmente*; 2 - *Discordo parcialmente*; 3 – *Sem opinião*; 4 – *Concordo parcialmente*; 5 – *Concordo Totalmente*.

Quando questionados relativamente à pertinência do tema em estudo 94% responderam que concordam totalmente com a escolha do tema, 3% concorda parcialmente e apenas 3% discorda parcialmente, como se pode constatar no gráfico 4. Podemos então concluir que a maioria dos enfermeiros considera o tema da VNI pertinente.

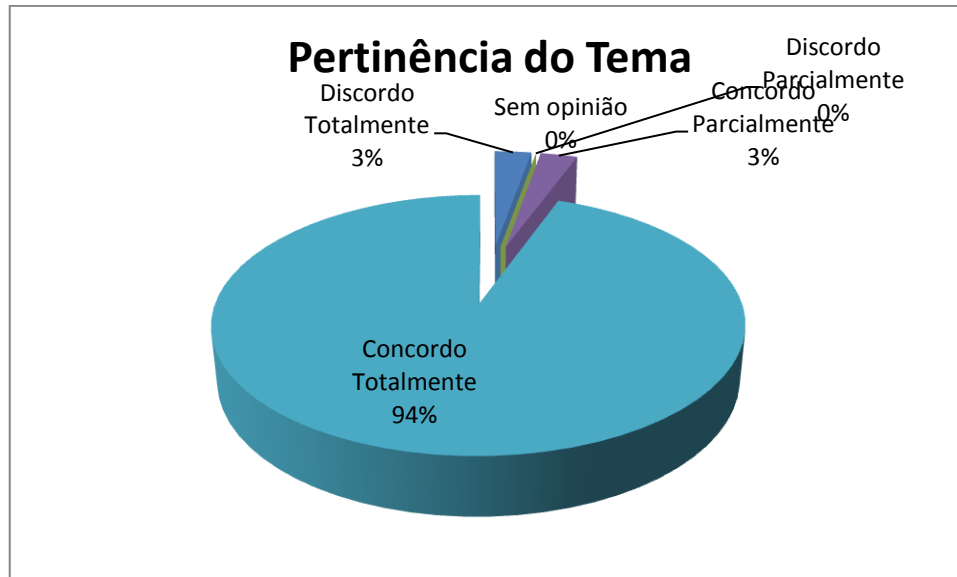


Gráfico 4 – Pertinência do tema sobre o VNI

Aquando questionados se sentiam segurança na prestação de cuidados ao Cliente submetida a VNI cerca de 58% consideraram concordar parcialmente que se sentiam seguros, 19% discorda parcialmente, 14% concorda parcialmente e 3% discordou totalmente, ou seja, não sentia segurança na prestação de Cuidados à pessoa submetida a VNI. Em suma, a maioria dos enfermeiros no SU considera sentir alguma segurança na prestação de cuidados à pessoa com VNI, como se pode ver no gráfico 5.

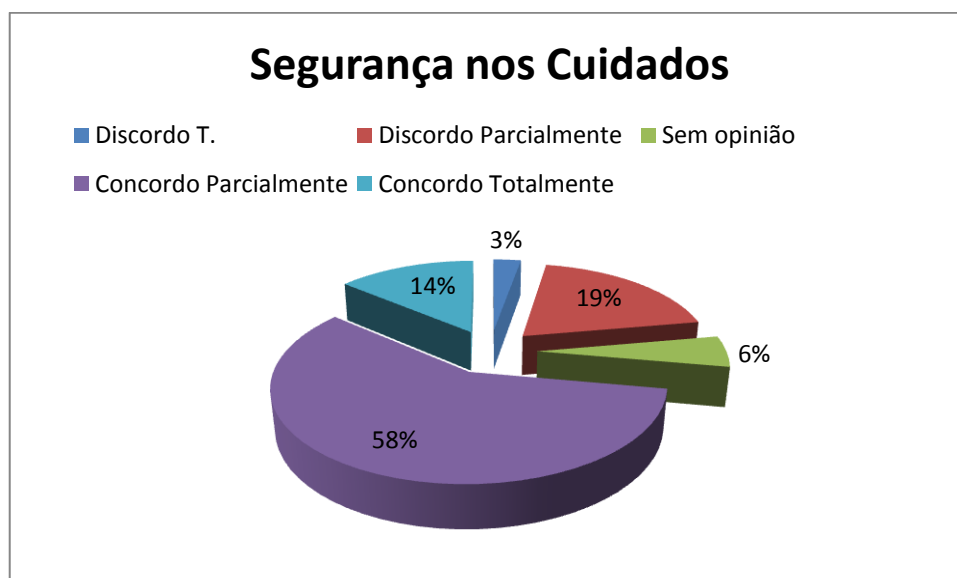


Gráfico 5 – Segurança dos Enfermeiros do SU na prestação de Cuidados ao cliente com VNI

Cerca de 44% dos enfermeiros referem que se prestam cuidados ao Cliente submetido a VNI uniformizados parcialmente e 33% referem que não existe uniformização. 17%

concorda parcialmente e 3% concorda totalmente, como se constata no gráfico 6, abaixo mencionado, ou seja, os enfermeiros consideram que não há uniformização dos cuidados de enfermagem à pessoa submetida a VNI.

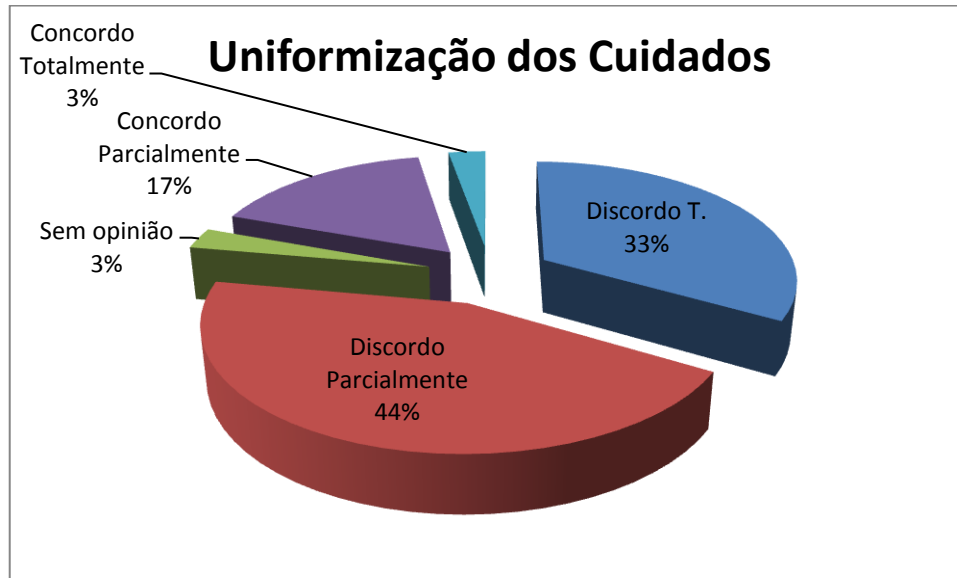


Gráfico 6 – Uniformização dos Cuidados de Enfermagem ao Cliente submetido a VNI no SU

Parte III

A terceira parte era constituída por um conjunto de questões, foi apresentada uma escala tipo Likert. Em que se pediu para assinalar de acordo com a opinião, considerando a seguinte correspondência: 1 – *Discordo totalmente*; 2 - *Discordo parcialmente*; 3 – *Sem opinião*; 4 – *Concordo parcialmente*; 5 – *Concordo Totalmente*. Pretendia conhecer o nível de formação que a equipa de enfermagem do SU possuía relativamente à Ventilação não Invasiva.

Da análise de dados podemos inferir que 53% concordaram parcialmente que tem conhecimentos sobre o manuseio de ventiladores, 3% concordaram totalmente e outros 3% discordaram totalmente que tem conhecimentos relativamente ao manuseio dos ventiladores. Concluimos que os enfermeiros na sua maioria considera ter alguns conhecimentos sobre o manuseio de ventiladores, podemos apoiar no gráfico abaixo (Gráfico 7).

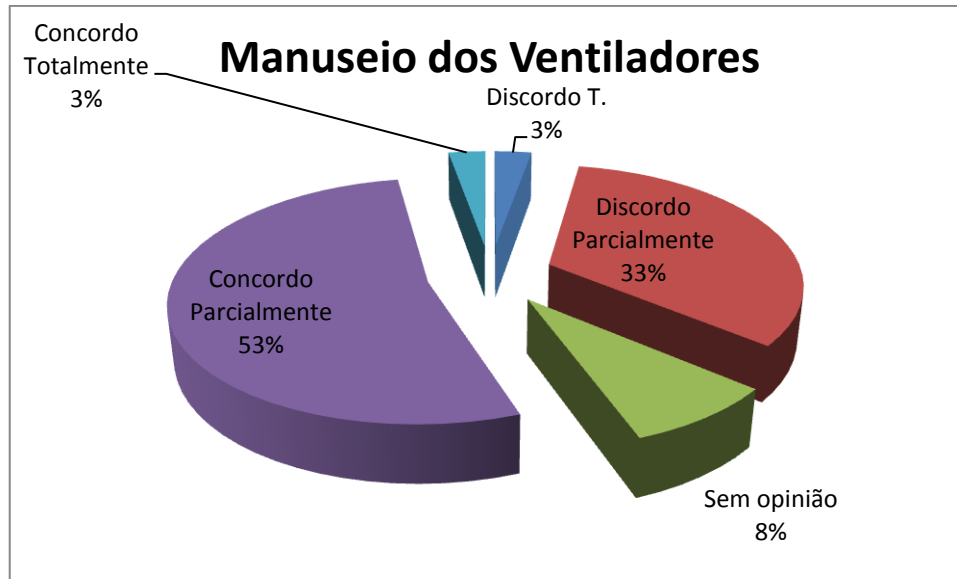


Gráfico 7 – Conhecimentos suficientes para o manuseio dos ventiladores existentes em SU

Quando a questão se coloca sobre o conhecimento das máscaras utilizadas na VNI, chega-se às seguintes conclusões: 47% dos enfermeiros discorda parcialmente, 36% concorda parcialmente e 14% concorda totalmente sobre o conhecimento das máscaras de VNI como se depreende do gráfico abaixo citado (Gráfico 8) Conclui-se que a maioria dos enfermeiros considera ter falta de conhecimentos sobre as máscaras utilizadas na VNI.

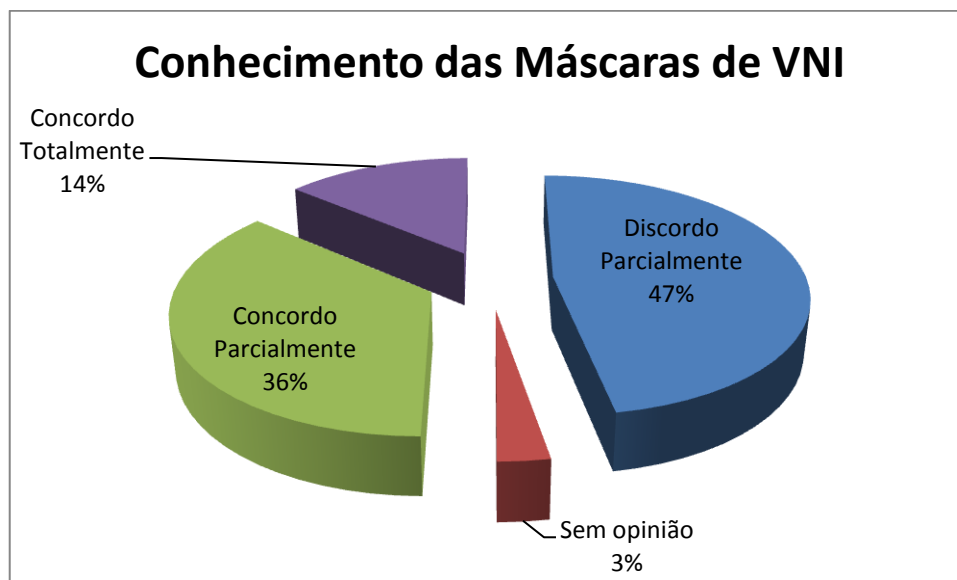


Gráfico 8 – Conhecimento das Máscaras utilizadas na VNI

Quando questionado os enfermeiros se conhecem os equipamentos utilizados na VNI, 58% dos enfermeiros responderam concordo parcialmente, 6% concordam totalmente e 33% discordam parcialmente, como se pode confirmar com o Gráfico 9. Concluimos que a

globalidade os enfermeiros possui alguns conhecimentos sobre os equipamentos utilizados na VNI.

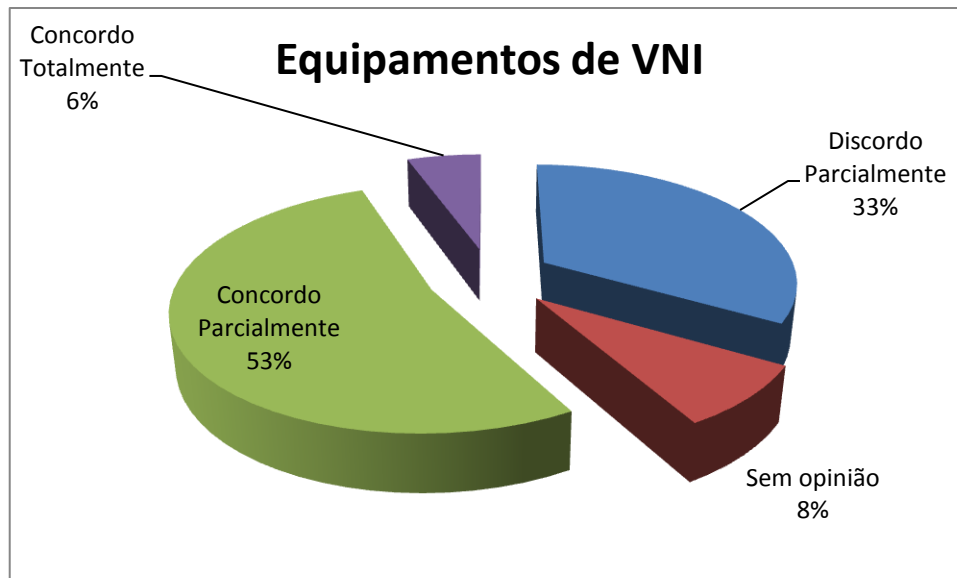


Gráfico 9 – Conhecimento sobre os equipamentos utilizados na VNI

Quando questionados os enfermeiros se a formação anual de serviço deveria incluir o tema da VNI, 94% responderam que concordavam totalmente e 3% discordava parcialmente. Concluimos que a maioria dos enfermeiros acha que a temática da VNI deve ser incluída na formação em serviço. Estas conclusões estão ancoradas no gráfico 10.

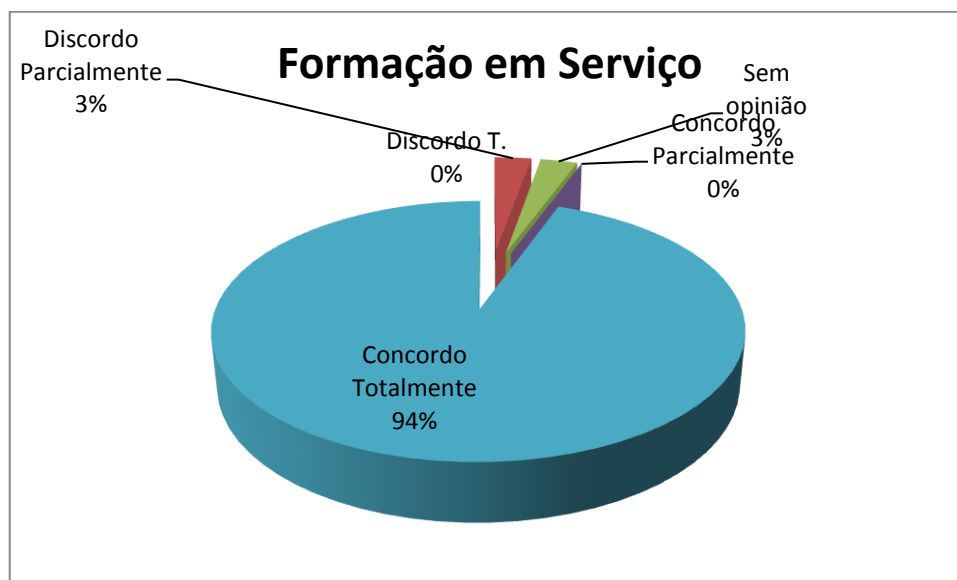


Gráfico 10 – Formação anual em serviço deve incluir a VNI

Das questões de resposta fechada, 34 enfermeiros que responderam a esta questão, 94% responderam acertadamente em relação aos efeitos adversos da VNI, assinalando como resposta certa as úlceras de pressão no dorso do nariz, apenas 5% deram uma resposta errada respondendo DPOC, como se pode ver no Gráfico 11. Podemos concluir, fazendo o cruzamento de dados que apesar dos enfermeiros possuírem conhecimentos sobre os efeitos adversos da VNI, isso não impede que sintam necessidades de formação como foi analisado em perguntas anteriores.

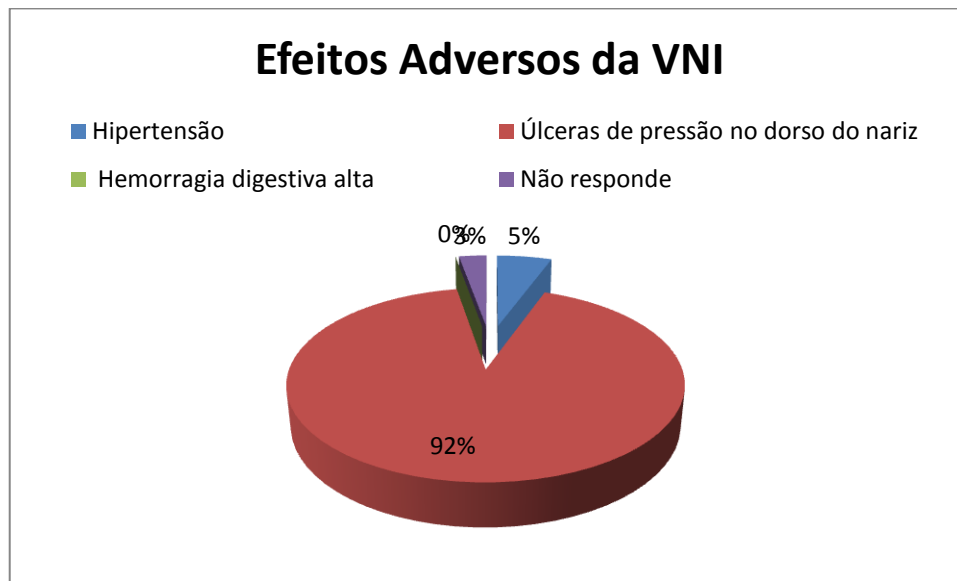


Gráfico 11 – Efeitos adversos da VNI

Quando foi abordado a questão das contraindicações para o uso da VNI, os enfermeiros que responderam a esta questão 84% responderam acertadamente, assinalando como verdadeira a Incapacidade de drenagem das secreções traqueobrônquicas, apenas 5% responderam de forma errada, como se pode constatar através do Gráfico 12. Podemos concluir com o cruzamento de dados que apesar dos enfermeiros na sua maioria ter acertado na resposta certa sobre as contraindicações da VNI, em perguntas anteriores os enfermeiros do SU concordam totalmente que o plano de formação anual em serviço deve incluir o tema da VNI.

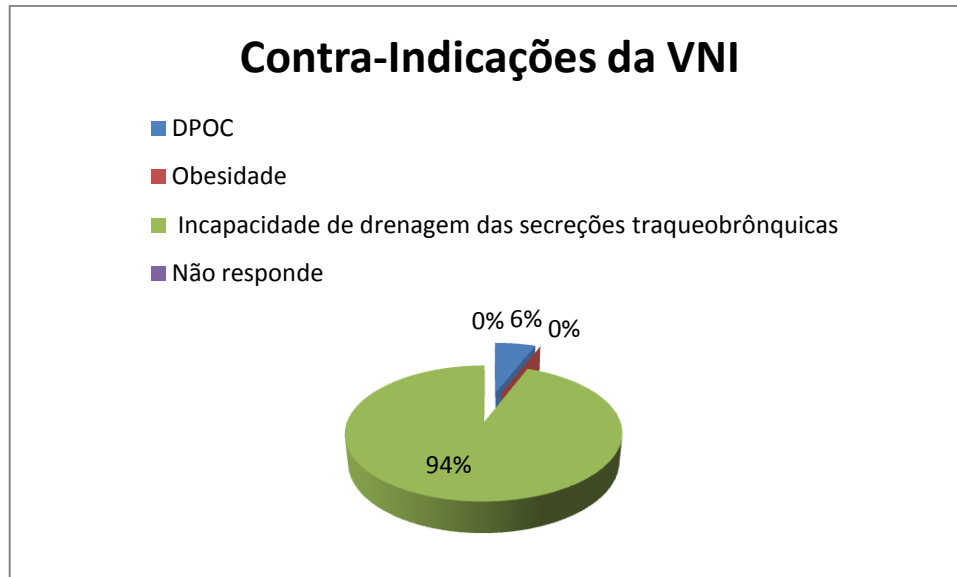


Gráfico 12 – Contraindicações do uso da VNI

Quando questionados os enfermeiros sobre se já frequentaram algum curso de Ventilação para enfermeiros, há quanto tempo o frequentaram e em que contextos o frequentaram, 69% deram não como resposta e 31% deram sim como resposta (Gráfico 13). Dos 31% dos enfermeiros que responderam sim, estes já o fizeram há mais de 3 anos (Gráfico 14). Essa formação teve origem em formação pós-graduada em 64% dos casos, apenas 36% aconteceram no contexto de formação em serviço (Gráfico 15). Pode-se concluir que a maioria dos enfermeiros não possui curso de ventilação para enfermeiros, e aqueles que o tem, já o realizaram há mais de 3 anos e na sua generalidade realizaram-no através de formação pós-graduada.

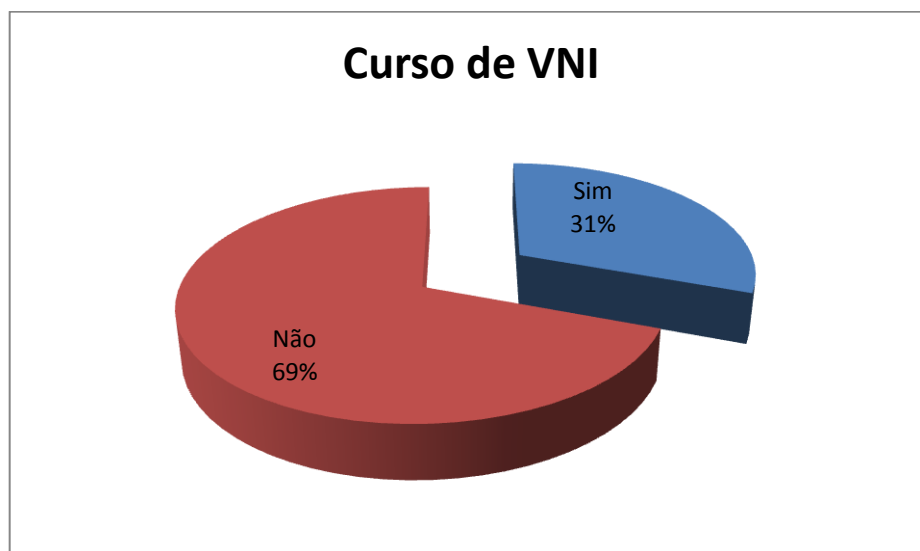
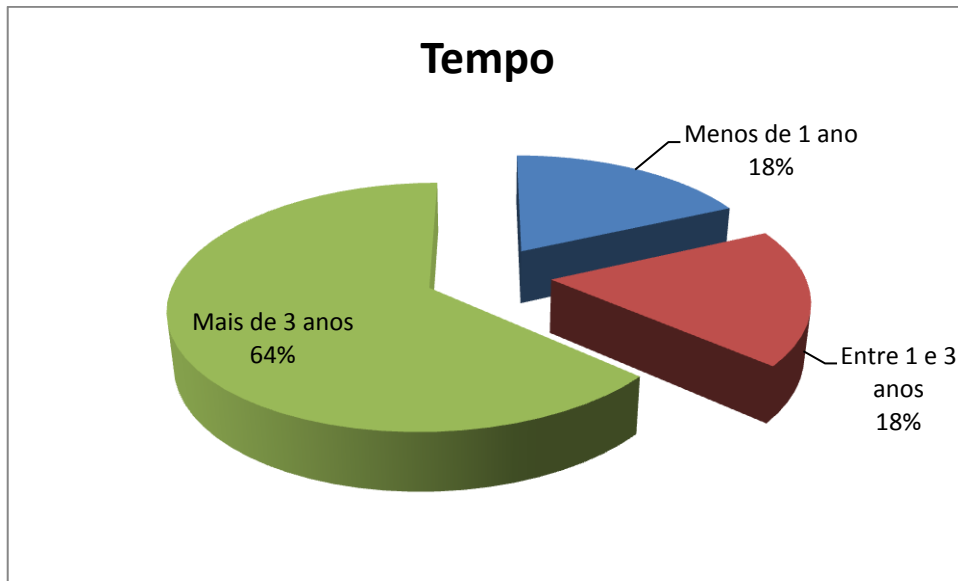


Gráfico 13 – Curso de Ventilação para enfermeiros



Gráficos 14 – Há quanto tempo fizeram o curso de Ventilação para enfermeiros

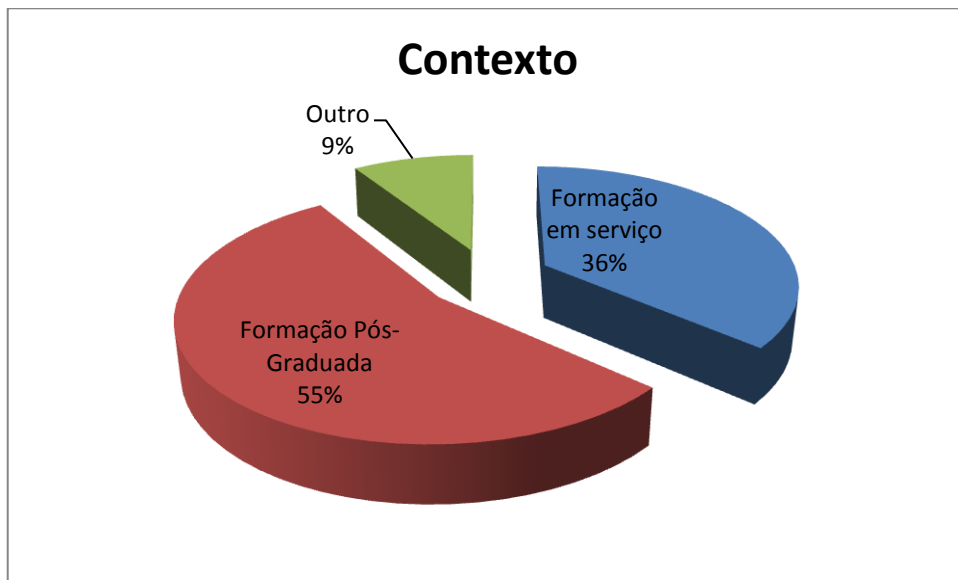


Gráfico 15 – Contexto de Formação do Curso de Ventilação para Enfermeiros

Parte IV

A quarta parte do questionário era constituída por um conjunto de questões foi apresentada uma escala tipo Likert. Em que se pediu para assinalar de acordo com a opinião, considerando a seguinte correspondência: *1 – Discordo totalmente; 2 - Discordo parcialmente; 3 – Sem opinião; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo Totalmente.* Teve como intuito a obtenção de dados que permitam conhecer o grau de importância que a equipa atribui à existência de documentos orientadores que contribuíssem para a

melhoria dos cuidados de saúde prestados à pessoa submetida a VNI internados no SU da ULSLA.

Quando questionados os enfermeiros sobre a vantagem da criação de um documento orientador para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a VNI, 97% concorda totalmente e 3% concorda parcialmente, pode-se concluir que a totalidade dos enfermeiros do SU concordam que seria vantajoso a criação de um documento orientador para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a VNI, como se pode ver no Gráfico 16.

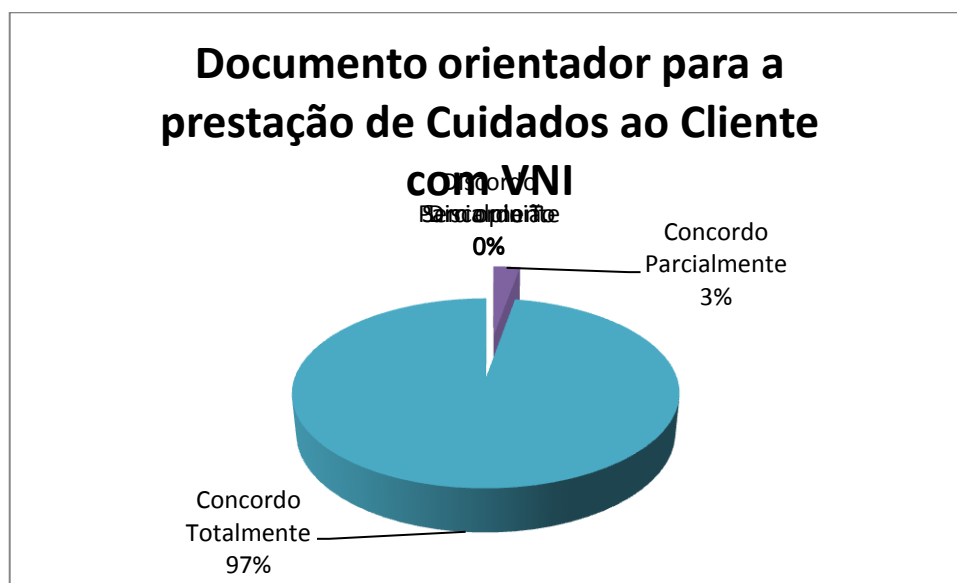


Gráfico 16 – Utilidade do documento orientador para a prestação de cuidados à pessoa submetida a VNI

Quando questionados os enfermeiros sobre a utilidade de um documento orientador sobre os diversos tipos de ventiladores destinados a VNI e o respetivo manual de instruções no SU, 86% concordaram totalmente, apenas 8% discordaram totalmente. Pode-se concluir que a maioria dos enfermeiros do SU concorda que seria vantajoso a criação desse documento orientador, como se pode ver no Gráfico 17.

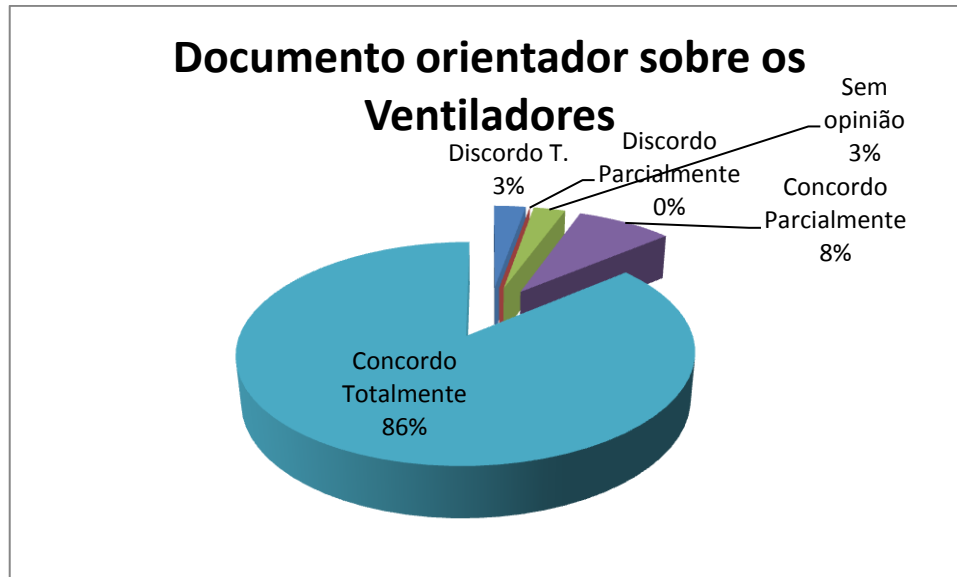


Gráfico 17 – Utilidade do documento orientador sobre os ventiladores

CONCLUSÃO

Concluimos com este questionário que os enfermeiros do SU na sua maioria assume a temática da VNI como importante. Que não existe uniformização dos cuidados de enfermagem na prestação de Cuidados ao Cliente submetido a VNI. Os enfermeiros assumem como vantajoso a criação de documentos orientadores para esse efeito. Estes acham que têm alguns conhecimentos sobre os efeitos adversos e contra-indicações da VNI no entanto a maioria dos enfermeiros do SU consideram que a temática da VNI deve fazer parte do plano de formação anual em serviço.

Dos resultados obtidos através do tratamento de dados, tracei como objetivos específicos: Formar/treinar a equipa de enfermagem sobre as máscaras, os ventiladores, indicações, os efeitos adversos do VNI, a prevenção da infecção; organizar espaço apropriado com as máscaras, materiais e equipamentos adequados, de fácil acesso aos enfermeiros do SU; elaborar uma folha de registo dos Clientes com necessidade de VNI no SU e elaborar um Guia orientador (norma de procedimento) sobre as intervenções de Enfermagem à Pessoa submetida a VNI.

O desenvolvimento deste Projeto pretende contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados prestados à pessoa em situação crítica com necessidade de Ventilação não-invasiva no Serviço de Urgência do Hospital, da ULSLA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Fortin, M. 1999. *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 978-972-8383-10-7.

APÊNDICE 6

FMEA

FMEA de Projeto

Etapas/Item	Incidentes	G	O	Efeitos potenciais	D	Causa e mecanismo potenciais de falha	RPN	Ações a desenvolver
1.Acondicionamento do material e equipamento para o uso de VNI	Kits de equipamento para o uso de VNI mal acondicionado ou incompleto.	6	6	Atraso no Início do tratamento com VNI	6	<p>Inexistência de um local próprio, devidamente identificado, para acondicionar os materiais e equipamentos disponíveis usados na VNI.</p> <p>Material danificado ou incompleto.</p>	180	<p>Criar um espaço próprio para acondicionamento de materiais e equipamentos de fácil acesso.</p> <p>Verificação do nº de desinfecções que cada máscara é submetida (sinalização das máscaras e registo).</p> <p>Criar uma check-list das peças que cada máscara contempla.</p> <p>Promover ações de formação sobre os ventiladores e os modos ventilatórios.</p> <p>Colocar junto aos ventiladores os respetivos livros de instruções.</p> <p>Elaborar check-list de material que compõe os kits de VNI</p>

								adequadamente a máscara (pedir um instrumento de medida)
4. Prevenção das infecções respiratórias	Risco de Infecção	6	4	Pneumonia associada à VNI	4	Deficit de formação da equipa de enfermagem associada à prevenção da pneumonia na VNI	96	<p>Promover ações de formação no âmbito da prevenção da pneumonia associada à VNI (higienização das mãos, uso dos EPI, higiene oral e da máscaras).</p> <p>Verificação do nº de desinfecções que cada máscara é submetida (sinalização das máscaras e registo).</p>
5. Adaptação à opção terapêutica - VNI	Ansiedade do Doente	8	5	<p>Baixa adesão</p> <p>Agravamento da situação clínica</p>	5	Deficit de formação da equipa de enfermagem no âmbito da VNI	200	<p>Promover ações de formação no âmbito da VNI</p> <p>Desenvolver um folheto destinado ao Doente/Família</p> <p>Elaborar um Guia de consulta rápida para enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem ao Cliente submetido a VNI</p> <p>Incentivar à uniformização dos</p>

							registos de enfermagem: Registo das características da respiração, sincronização respiratória com o ventilador, o nº de horas de uso e o início do tratamento. Registrar os motivos da não adesão. Criar um livro de registos dos Clientes submetidos a VNI no SU
6. Manutenção da opção terapêutica - VNI	Diminuição da segurança dos cuidados ao Cliente submetido a VNI	8	5	Agravamento da situação clínica Aumento dos efeitos adversos relacionados com a VNI	5	Deficit de formação da equipa de enfermagem no âmbito da VNI	200 Promover ações de formação no âmbito da VNI Elaborar um Guia de consulta rápida para enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem ao Cliente submetido a VNI Incentivar à uniformização dos registos de enfermagem: Registo das características da respiração, sincronização respiratória com o ventilador, o nº de horas de uso e

APÊNDICE 7

Planeamento ao PIS

Planeamento do Projeto (PIS)

Estudante: Anabela Guerreiro da Encarnação Soares	Orientador: Enf ^ª Especialista Médico-Cirúrgica A. C. G. Professora E. M.
Instituição: hospital do Alentejo	Serviço: Urgência
Título do Projeto: Intervenções de Enfermagem ao Cliente Submetido a Ventilação Não- Invasiva internado no SU do hospital do Alentejo	
Objetivos: OBJETIVO GERAL Contribuir para a melhoria dos Cuidados de Enfermagem prestados ao Cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva no SU da ULSLA OBJETIVOS Específicos <ol style="list-style-type: none">1. Elaborar uma norma de procedimento sobre as Intervenções de Enfermagem à Pessoa submetida a VNI2. Organizar espaço apropriado para acondicionar máscaras, matérias e equipamentos, de fácil acesso aos enfermeiros do SU3. Realizar Formação Teórico-Prática subordinada ao tema da Ventilação Não-Invasiva, destinada aos enfermeiros do serviço de Urgência	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
Enfermeira Tutora – A.C.G. Enfermeira Responsável do SU – Enf ^ª G.F. Enfermeiro responsável pela formação – H.M. Director de Serviço – Dr. P.C. Enfermeira Diretora – Enf ^ª M.J.G. Presidente do Conselho de Administração – J.M. Enf ^ª Responsável pela Esterilização – Enf ^ª T.R. Departamento de Formação – Enf ^ª D.C. Responsável pelo Departamento da CCIH –R.M.	
Data: 08 / 04 / 2013 Assinatura: Anabela Guerreiro da Encarnação Soares	

Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias Actividades/Estratégias a desenvolver a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1 - Elaborar uma norma de procedimento sobre as Intervenções de Enfermagem à Pessoa submetida a VNI	<p>Pesquisa bibliográfica sobre a VNI</p> <p>Elaboração de um dossiê temático sobre as intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI.</p> <p>Elaborar norma de procedimento.</p> <p>Discussão da norma de procedimento com a Enfª Responsável e a Enfª Orientadora, e proceder às alterações, caso necessário.</p> <p>Apresentação da norma à equipa de enfermagem, à responsável pelo serviço de esterilização, à responsável pelo serviço de CCIH e a peritos na área da VNI, no sentido de recolher sugestões.</p> <p>Pedido de Homologação pela responsável para implementar na Norma de procedimento e implementar a norma de procedimento.</p> <p>Implementação da norma de procedimento</p>	<p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Responsável pelo Departamento da CCIH</p> <p>Perito na área da VNI</p> <p>Responsável pelo Departamento da Formação</p> <p>Responsável pelo Serviço de Esterilização</p> <p>Enfª Diretora de Enfermagem</p> <p>Enfª Responsável do SU</p>	<p>Material didático</p> <p>Material Informático</p>	<p>Abril a Julho</p>	<p>Existência da norma de procedimento.</p> <p>Homologação da norma de procedimento.</p> <p>100% da equipa de enfermagem aplica a norma.</p> <p>100% da equipa de enfermagem tenha conhecimento da norma de procedimento da VNI.</p> <p>Implementação da Norma de procedimento.</p>

<p>2 - Organizar espaço apropriado para acondicionar material e equipamento, necessário à VNI.</p>	<p>Reunião com a Enfª Chefe do SU para estipular o espaço mais apropriado</p> <p>Auscultação da equipa e aceitar sugestões sobre o local apropriado para acondicionar os materiais</p> <p>Eleição do espaço</p> <p>Organização das máscaras de VNI e identificação das mesmas como pertencendo ao SU</p> <p>Organização do material a ser utilizado na VNI</p> <p>Criação de uma folha de registos de limpeza do material e equipamentos</p> <p>Elaboração de uma check-list do material que deve conter os Kits usados na VNI</p>	<p>Enfª Responsável do SU</p> <p>Enfª Responsável pela esterilização</p> <p>Fabricantes das máscaras de VNI</p>	<p>Espaço/Armário Identificado</p> <p>Caneta</p> <p>Norma de procedimento</p> <p>Placas hidrocolóides</p> <p>Creme hidratante</p> <p>Material para higienização da boca</p> <p>Tesoura</p> <p>Máscaras para VNI (3 – com os 3 tamanhos)</p> <p>Cabrestos</p> <p>Traqueias</p> <p>Filtros</p> <p>Instrumento de medidas (escolha da</p>	<p>Abril a Maio (4 semanas)</p>	<p>Existência do espaço organizado e limpo</p> <p>100% da equipa de enfermagem tem conhecimento do espaço criado para a VNI</p> <p>Listagem de kits de VNI.</p> <p>Folha de registos de limpeza.</p>
--	--	---	--	---------------------------------	--

<p>3 - Realizar Formação Teórico-Prática subordinada ao tema da Ventilação Não-Invasiva, destinada aos enfermeiros do serviço de Urgência</p>	<p>Divulgação o novo espaço atribuído à VNI durante as passagens de turno e via email.</p> <p>Revisão bibliográfica sobre a temática</p> <p>Elaboração de dossiê temático de apoio para deixar no serviço de Urgência</p> <p>Convidar Peritos na área a fim de colaborarem na realização da formação</p> <p>Reunião formal com Enfermeira Responsável pela Formação para marcar a data da formação</p> <p>Construção da apresentação em suporte informático (Slides)</p> <p>Discussão dos slides com a Enfª Orientadora e a Enfª Chefe e proceder às alterações, caso necessário</p> <p>Elaboração do Plano de Sessão</p> <p>Divulgação da Formação (Data, hora, local) através de email e Cartazes informativos</p> <p>Requisição da sala para a formação</p>	<p>Formador</p> <p>Formandos</p> <p>Enfª Responsável pelo SU</p> <p>Pessoal do Departamento da Formação da ULSLA</p> <p>Perito na área da VNI</p> <p>Enfª Responsável pela Formação do SU</p>	<p>máscara adequada)</p> <p>Manual de Instruções dos Ventiladores</p> <p>PC</p> <p>Data Show</p> <p>Plano de Sessão</p> <p>Folhas de Presença</p> <p>Folhas de Avaliação</p> <p>Sala de Formação</p> <p>Impressora para impressão dos cartazes informativos</p> <p>Cartaz para divulgação da Formação</p>	<p>De Dezembro a Maio</p>	<p>Presença de pelo menos 70% dos enfermeiros do SU na formação</p> <p>70% dos enfermeiros posiciona correctamente os Clientes com VNI</p> <p>70% dos enfermeiros protege a pele dos Clientes com VNI</p> <p>Existência do dossier temático</p> <p>100% da Equipa de Enfermagem tem conhecimento sobre o dossier sobre a VNI</p> <p>Plano da sessão</p> <p>Cartaz de divulgação da formação</p>
---	--	---	---	---------------------------	---

	Realização da formação (enfermeiros) Avaliação da Formação				Slides da Formação Relatório da Formação
Cronograma:					

Mês\Semana	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Setembro	Outubro
Atividades a desenvolver										
Revisão bibliográfica sobre o VNI	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Elaboração de norma de procedimento						■	■	■		
Divulgação da norma de procedimento							■	■		
Homologação da norma de procedimento							■	■	■	■
Organização de espaço apropriado para o acondicionamento de material e equipamento						■	■			
Elaboração de uma check-list do material que deve conter os Kits usados na VNI						■	■			
Preparação da apresentação da formação em suporte informático								■	■	■
Divulgação da formação									■	■
Realização da formação										■

Orçamento:

Pelas contas iremos investir 20 euros em cartazes de divulgação.

Recursos Humanos:

Colaboração da equipa de enfermagem para a formação em serviço.

Colaboração dos peritos para a formação em serviço.

Pensamos que com a realização deste Pis não iremos ter custos acrescidos com recursos humanos.

Recursos Materiais:

Cartazes

Material didático e informático

PC

Sala de formação

Temos previstos gastos na ordem dos 20 euros, que se destinam à impressão de cartazes e material didático (folhas e canetas).

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

O planeamento pode sofrer alterações, pode ser sujeito a ajustes durante todo o processo.

As formações teórico-práticas dependem da articulação com a Enf^a Responsável pelo SU, dos peritos convidados, da Enf^a responsável pela formação do SU e da Enf^a responsável pelo departamento da formação da ULSLA.

Poderá haver a não adesão da equipa de enfermagem, devido à indisponibilidade, ao rácio enfermeiro/turno que é de todo desfasado, das necessidades do serviço.

A forma de colmatar estes constrangimentos será a divulgação adequada da formação em serviço através de cartazes e pela intranet. E se necessário realizar a formação em dias distintos, de forma a englobar o maior n^o de enfermeiros.

Data ___/___/_____

Assinatura: _____

Docente:

APÊNDICE 8

Norma de procedimento – Intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI
internado no SU do hospital do Alentejo

**NORMA DE PROCEDIMENTO – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO
CLIENTE SUBMETIDO A VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA INTERNADO NO
SU**

Homologação

Conselho de Administração, em

Realizado por:

Anabela Guerreiro da Encarnação Soares, estudante do 2º Mestrado EMC do
IPS.

LISTA DE SIGLAS

ARDS	Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda
BIPAP	Bilevel Positive Pressure Airway
CIPAP	Continuous Positive Airway Pressure
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EPAP	Pressão no Final da Expiração
EPI	Equipamento de proteção individual
EOT	Entubação Orotraqueal
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HLA	Hospital do Litoral Alentejano
IPAP	Suporte Inspiratório
IRA	Insuficiência Respiratória Aguda
IRC	Insuficiência Respiratória Crónica
NP	Norma de Procedimento
OE	Ordem dos Enfermeiros
PEEP	Pressão no Final da Expiração
SPO2	Saturação do Oxigênio no Sangue
SU	Serviço de Urgência
TA	Tensão Arterial
ULSLA	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Não-Invasiva

0 – INTRODUÇÃO

A ventilação Não-Invasiva (VNI) assume cada vez mais uma maior relevância tanto nos estudos científicos desenvolvidos, como na prática clínica, que a sustentam como sendo uma opção terapêutica segura e eficiente, sem recurso a métodos invasivos da via aérea. Tem um papel importante quer em patologia aguda quer na doença respiratória crónica. É considerada uma alternativa terapêutica à Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), acarretando por isso uma diminuição do internamento hospitalar, da mortalidade e uma diminuição dos custos (Ferreira, 2009).

O enfermeiro tem um papel crucial no seio da equipa multidisciplinar e na monitorização do Cliente hospitalizado submetido a VNI, pelo que a este se exige uma prática profissional baseada na evidência e em linhas de orientação (Guidelines) que elevem os cuidados prestados ao Cliente a um nível de excelência (OE, 2002). Deste modo, é necessário dotar enfermeiros com formação na área atrás referida como forma de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, ou seja, uniformizar/sistematizar a prestação de cuidados ao cliente submetido a VNI no Serviço de Urgência: na adaptação e manutenção, aumentando a segurança nos cuidados prestados. Sendo que a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem, em que os enfermeiros têm o dever de assegurar cuidados em segurança, promover um ambiente seguro e agir de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas (OE, 2006).

1 - OBJETIVOS

Contribuir para a melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados ao Cliente internado no serviço de Urgência da Unidade local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA) submetido a Ventilação Não-Invasiva

2- ÂMBITO

Equipa de Enfermagem do SU

3 – RESPONSABILIDADES

Conselho de Administração:

- ✓ Homologar a norma de procedimento (NP)

Enfª Responsável pelo Serviço de Urgência

- ✓ Fazer cumprir a norma

Enfermeira responsável pela Norma de Procedimento:

- ✓ Divulgar e fazer cumprir a Norma de Procedimento

Equipa de Enfermagem do SU da ULSLA:

- ✓ Aplicar a presente Norma de Procedimento

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amado, J. (2001). *Insuficiência respiratória aguda*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Ambrosino, N. (1996). Noninvasive mechanical ventilation in acute respiratory failure. *Eur Respir J*, pp. 795-807.
- Antonelli, M. (2005). Clinical Review: Noninvasive ventilation in the clinical setting - experience from past 10 years. pp. 98-103.
- Araújo, R. (2005). O uso da ventilação não-invasiva na Reabilitação Pulmonar em pacientes portadores da doença pulmonar obstrutiva crónica: Uma revisão da Literatura. *Fisioterapia em Movimento*, 1.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editor.
- Bhattacharyya, C. (2011). Recent advances in the role of non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *MJAFI*, 67.
- British Thoracic Society Standards of Care Committe. (2002). *Non-invasive Ventilation in acute respiratory failure - Guideline*.
- Chiumello, D. (2011). Non-Invasive Ventilation in Postoperative patients: A systematic review. *Intensive Care Med*, 37.
- Combres, X., & Jabre, P. (2009). Non invasive positive pressure ventilation: the sooner the better. *In: Emergências*, 21, pp. 164-165.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. Porto: Lusociência Edições técnicas e Científicas.
- Delgado, M. (2012). Postoperative Respiratory Failure After Cardiac Surgery: Use of Noninvasive Ventilation. *Journal of Cardiolthoracic an Vascular Anesthesia*, 26.
- Dellweg, D. (2010). Determinants of Skin contact pressure formation during non-invasive. *Journal of Biomechanics*, 43.
- DGS. (2004). *Recomendações para a prevenção da infeção respiratória em doente ventilado*. Lisboa: PNCI.
- DGS. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: PNCI.
- DGS. (2007). *Recomendações para as precauções de isolamento - precauções básicas e precauções dependendo das vias de transmissão*. PNCI.

- DGS. (2010). *Circular normativa 13/DQS/DSD - Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde.*
- Egan. (2009). *Fundamentos da Terapia respiratória.* Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das doenças respiratórias.* Loures: Lusociência.
- Felgueiras, J. (2006). Ventilação Não Invasiva numa Unidade de Cuidados intensivos. *Medicina Interna, 13.*
- Ferreira, S. N. (Julho/Agosto de 2009). Ventilação Não-Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia, XV,* pp. 655-667.
- Hilbert, G. (2009). Noninvasive ventilation for acute respiratory failure. Quite low time consumption for nurse. *Eur Respir J, 16,* pp. 710-716.
- Hill, N. (2009). Non- Invasive Ventilation in acute respiratory failure. *Am J Resp Crit Care Med, 163.*
- Landoni, G. (2012). Noninvasive Ventilation After Cardiac and Thoracic Surgery in Adults Patients: A Review. *Journal of Cardiothoracic and vascular anesthesia, 26.*
- Marcó, R. (2010). Avaliação da Ventilação mecânica Não-Invasiva após a ventilação mecânica convencional.
- Martins, A. (2009). *Manual do Curso de VNI - Insuficiência respiratória.*
- Mourisco, S. (2006). Complicações da Ventilação Mecânica Não-Invasiva. *Nursing.*
- Nouira, S. (2011). Non-Invasive pressure support ventilation and CPAP in cardiogenic pulmonary edema: a multicenter randomized study in the emergency departement. *Intensive Care Med, 37.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre a segurança do doente.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, Enunciados descritivos.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Popat, B. (2012). Invasive and non-invasive mechanical ventilation. *Medicine, 40.*

Royal College of Physicians. (2008). *Non-Invasive Ventilation in Chronic obstructive Pulmonary disease: management of acute type 2 Respiratory failure - National Guidelines*.

Sorensen, D. (2012). Practical Wisdom: A qualitative study of care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, xxx.

Urden, L. D. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidata.

5 – VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA

5.1 DEFINIÇÃO DE VNI

Segundo alguns autores²⁵¹ é uma estratégia terapêutica para gerir o desconforto respiratório em situações de emergência tanto no hospital como na comunidade reduzindo significativamente a taxa de entubação, o tempo de internamento e a mortalidade hospitalar

A VNI é um método de ventilação relativamente novo que utiliza uma máscara, em vez de um tubo endotraqueal, para a administração de ventilação a pressão positiva. Neste método a interface usada entre o ventilador e o cliente podem ser máscaras nasais, faciais, faciais totais, peças bucais e almofadas nasais. No entanto nas situações agudas, são preferíveis as máscaras faciais, devido à dificuldade que os clientes têm de fazer o encerramento da boca (**Ferreira S. N., 2009**).

5.2 FINALIDADE DA VNI

A principal finalidade da VNI é a interação com os componentes da caixa torácica de modo a proporcionar sincronia da interface da pessoa com ventilador, de modo a minimizar a dispneia (Araújo, 2005).

5.3 OBJETIVOS DA VNI

Segundo alguns autores²⁵² os objetivos da VNI são:

- ✓ Manutenção das trocas gasosas pulmonares (correção da hipoxemia e garantia da ventilação alveolar para eliminação do CO₂);
- ✓ Diminuição da FR;
- ✓ Diminuição do trabalho dos músculos respiratórios;
- ✓ Melhoria dos sinais de fadiga respiratória;
- ✓ Melhoria da Oxigenação;
- ✓ Melhoria das trocas gasosas nos clientes com DPOC;

²⁵¹ (Combres & Jabre, 2009); (Cordeiro & Menoita, 2012)

²⁵² (Ambrosino, 1996); (Ferreira, 2009)

- ✓ Diminuição do auto-PEEP (positive expiratory end pressure);
- ✓ Aumento do volume pulmonar inspiratório e expiratório;
- ✓ Controlo da hipoventilação noturna e melhoria da qualidade do sono

5.4 ONDE USAR A VNI

A nível agudo no hospital, a VNI deve ser aplicada preferencialmente nas Unidades de Cuidados Intensivos, Intermédios, Serviços de Urgência e Enfermarias com vigilância adequada e possibilidade de transferência rápida. Mais importante que o local onde se realiza a VNI é a experiência e a disponibilidade dos profissionais de saúde que os aplicam (**Ferreira S. N., 2009**).

Martins (2009) defende a existência de uma unidade especializada na realização de VNI na Insuficiência respiratória aguda (IRA) fora das Unidades de Cuidados Intensivos, sempre que possível próximo destas e do Serviço de Urgência. Considera ainda que esta unidade deve contemplar um staff e capacidade de monitorização e tratamento ao nível de uma unidade intermédia, para que seja possível e tratar de forma adequada clientes mais graves e mais acidóticos, agitados e confusos e que podem requerer de entubação orotraqueal (EOT) urgente.

5.5 VANTAGENS DA VNI

Alguns autores defendem ²⁵³ que as vantagens deste tipo de ventilação incluem:

- A diminuição da incidência de pneumonia adquirida no hospital;
- A diminuição da lesão traqueal;
- Maior conforto;
- A aplicação e remoção fácil;
- O Cliente pode falar;
- O Cliente pode manter a tosse eficaz;
- A Possibilidade do cliente alimentar-se oralmente;
- A diminuição do internamento hospitalar;
- A diminuição da mortalidade;
- Uma diminuição dos custos;

²⁵³ (Mourisco, 2006); (Ferreira, 2009); (Marcó, 2010); (Urden, 2008)

- Respeitar o ciclo respiratório da pessoa.

5.6 INDICAÇÕES DA VNI

Alguns autores²⁵⁴ são suportados pela Grading system from the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) methodology, que categoriza como forte recomendação – A, suportando as indicações para o uso de VNI na Insuficiência respiratória aguda (IRA):

- Em clientes com DPOC agudizadas (hipercapnia no DPOC);
- Para facilitar a extubação dos Clientes com exacerbações de DPOC;
- No edema pulmonar cardiogénico;
- Clientes imunodeprimidos.

Recomendação mais fraca (B, C)²⁵⁵ segundo os autores supracitados suporta o uso da VNI em clientes com IRA:

- Exacerbação da asma;
- Lesão pulmonar pós-operatória;
- Pneumonia aguda;
- Síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS).

5.7 FATORES PREDITIVOS DE SUCESSO

Os principais fatores preditivos de sucesso²⁵⁶ na VNI estão relacionados com:

- Menor idade;
- Menor severidade da doença;
- Cliente cooperativo e bom estado neurológico;
- Cliente capaz de coordenar respiração com o ventilador;
- Ausência de fugas de ar;
- Hipercapnia não-severa ($\text{PaCO}_2 > 45$ e < 92 mmHg);
- Acidose não severa ($\text{pH} < 7,35$ e $> 7,10$);

²⁵⁴ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002); (Esmond, 2005); (Felgueiras, 2006); (Ferreira, 2009); (Bhattacharyya, 2011); (Chiumello, 2011); (Nouira, 2011); (Delgado, 2012); (Landoni, 2012).

²⁵⁵ De acordo com Grading system from the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) methodology.

²⁵⁶ (Ferreira, 2009) (Hill, 2009).

- Melhoria das trocas gasosas, frequência cardíaca e respiratória nas primeiras duas horas.
-

5.8 CONTRAINDICAÇÕES DA VNI

Como contraindicações absolutas segundo alguns autores²⁵⁷ identificam-se as seguintes:

- Depressão do estado de consciência com risco de aspiração;
- Instabilidade hemodinâmica ou arritmia grave;
- Incapacidade de utilização da máscara facial por traumatismo facial;
- Secreções traqueobrônquicas excessivas;
- Hemorragia digestiva.

No grupo das contraindicações relativas há a referir segundo os autores acima citados:

- O baixo grau de colaboração do doente;
- História de angor ou enfarte do miocárdio recente;
- Falta de autonomia para remover a máscara quando necessário.

Quando a VNI não está a resultar não se deve atrasar a VMI, como por exemplo nas seguintes situações²⁵⁸:

- Intolerância à interface;
- Assincronismo pessoa/ventilador;
- Ausência da melhoria das trocas gasosas e/ou dispneia
- Instabilidade hemodinâmica;
- Isquemia do miocárdio;
- Necessidade urgente de EOT (secreções abundantes, proteção da via aérea e incapacidade de melhorar o estado de consciência após 30 minutos de VNI em pessoas com hipoxemia e com agitação).

²⁵⁷ (Amado, 2001); (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002); (Felgueiras, 2006); (Urden, 2008).

²⁵⁸ (Antonelli, 2005)

5.9 TIPOS DE VENTILADORES E MODALIDADES DA VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA

Os principais modos ventilatórios na VNI, segundo alguns autores²⁵⁹ são a ventilação regulada por pressão ou por volume. Habitualmente, são utilizados em VNI os ventiladores regulados por pressão, uma vez que apresentam um menor custo, maior capacidade para compensação de fugas, são mais portáteis e mais bem tolerados pelos clientes. Podem ser usados em situações crónicas ou agudas.

Podem ser aplicadas nas modalidades "Assistida" (o cliente desencadeia todos os movimentos ventilatórios e o ventilador auxilia insuflando volumes);

"Assistida/Controlada" (o cliente desencadeia alguns movimentos ventilatórios e o ventilador inicia os restantes); "Controlada" (o ventilador assegura todos os movimentos ventilatórios). O mais recomendado é o modo Assistido/controlado, ou simplesmente assistido, em pessoas que mantenham desempenho respiratório adequado às necessidades (Ferreira S. N., 2009).

Os ventiladores regulados por pressão são designados BIPAP. Este fornece uma pressão positiva com níveis de pressão, um suporte inspiratório (IPAP) e um nível de pressão no fim da expiração (EPAP ou PEEP) (Ferreira S. N., 2009).

De acordo com alguns autores²⁶⁰ o IPAP é regulado entre 10 a 12 cm H₂O para fornecer ajuda aos músculos inspiratórios. A aplicação do EPAP tem como objetivos, melhorar a oxigenação e aumentar o volume pulmonar em doentes com IRA hipoxémica; contrabalançar o auto-PEEP nos doentes com DPOC e garantir a permeabilidade das vias aéreas na apneia do sono (Ferreira S. N., 2009).

Nos clientes hipoxémicos a utilização do PEEP elevado pode justificar-se com o objetivo de melhorar a hipoxemia. Nos clientes com DPOC recomenda-se PEEP \leq 5 cm de H₂O uma vez que o auto-PEEP raramente excede este valor e quanto mais elevada for o PEEP maior é a probabilidade de fugas, autocycling e assincronias (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002).

²⁵⁹ (Ferreira, 2009) (Urden, 2008)

²⁶⁰ (Dellweg, 2010)

O CPAP aplica uma pressão contínua durante todo o ciclo respiratório (inspiração e expiração), não assistindo ativamente na inspiração. É utilizada na apneia do sono e em alguns casos no edema agudo do pulmão (Ferreira S. N., 2009).

5.10 ESCOLHA DA INTERFACE

A escolha da interface é crucial para uma boa adaptação e conforto do doente e para uma VNI eficaz. É por isso um fator determinante do sucesso da VNI.

As máscaras nasais e faciais são as mais utilizadas na VNI e são constituídas por duas partes: uma almofada insufável/autoinsufável ou de gel que fica em contacto direto com a face do cliente e o suporte da máscara com dois a cinco pontos de fixação onde prendem os fixadores elásticos (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002).

Existem diferentes tamanhos de máscaras, devendo ser selecionado o tamanho adequado ao cliente. Existem modelos moldáveis que facilitam a adaptação da máscara à face.

A tolerância do cliente depende do tipo e do modelo de máscara. Na máscara facial a principal causa de desadaptação é a sensação de claustrofobia, enquanto que na máscara nasal deve-se principalmente ao não encerramento da boca. A máscara facial é preferida na IRA, uma vez que o cliente com dispneia intensa tem tendência para abrir a boca a respirar, e isso aumenta a fuga (Ferreira S. N., 2009).

Uma máscara facial deverá adaptar-se a um terço do caminho a partir do topo da ponte nasal, rodear o nariz e a boca e apoiar-se abaixo do lábio inferior. O ajuste adequado é essencial para o sucesso da técnica. Se houver fuga em redor dos olhos, a probabilidade de falha será muito alta. Se a máscara for grande ou pequena demais, será difícil obter a vedação adequada. Podemos recorrer a instrumentos de medição do tamanho para escolher a máscara facial. Todo o cuidado deve ser tomado ao posicionar as presilhas,

para evitar contacto próximo aos olhos e que se aperte demasiado (Egan, 2009)

As máscaras utilizadas para ventiladores portáteis possuem válvulas que evitam a asfixia se o ventilador falhar, ou se os tubos se desconectarem. As máscaras faciais usadas no doente crítico com IRA não possuem essa característica (Egan, 2009).

A máscara ideal deve ser: confortável, estável, de aplicação fácil, rápida e barata. Para tal, existem vários tamanhos de máscaras com vista a minimizar fugas, a claustrofobia, o desconforto do cliente e o traumatismo da pele (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002). Sendo impossível combinar todos estes atributos numa mesma interface, o serviço deve possuir vários tamanhos e saber escolher para caso a mais adequada.

5.11 COMPLICAÇÕES DA VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA

As complicações mais frequentes segundo alguns autores²⁶¹ relacionam-se com as máscaras, com a pressão e as fugas de ar, ocorrendo em praticamente 100% dos clientes nalguma fase do tratamento, tais como:

- **O desconforto, eritema facial e claustrofobia**, podem ser minimizados reduzindo a pressão da máscara na face, usando máscaras alternativas e mais anatómicas, recorrendo a cremes protetores e hidratantes.
- **A ulceração nasal**, esta é considerada a complicação mais comum. Pode ser facilitada por fatores como sejam o ajuste inadequado da máscara ou por condições dos clientes (pele frágil, má perfusão, idade). As medidas a tomar para diminuir o seu aparecimento incluem a aplicação de almofadas, suportes cutâneos²⁶² Proteções transparentes colocadas sobre os pontos de pressão da face ajudam a minimizar as fugas de ar e a prevenir a necrose cutânea provocada pela máscara (placas hidrocolóides)²⁶³.

Estudos²⁶⁴ revelam que podemos reduzir o risco e úlceras de pressão facial através da seleção de uma máscara pequena em combinação com uma

²⁶¹ (Mourisco, 2006); (Royal College of Physicians, 2008); (Hill, 2009).

²⁶² (Mourisco, 2006)

²⁶³ (Urden, 2008)

larga almofada para a máscara. E que as forças adicionais de cisalhamento podem agravar a formação de úlceras de pele.

Segundo Mourisco (2006) é importante eleger cuidadosamente o material, adequar o tamanho da máscara, retirar-la por períodos intermitentes desde que a situação do cliente o permita.

- **A congestão/ secreta nasal, irritação ocular, secreta da pele,** são resolúveis com processos simples que passam pela, escolha adequada da máscara com uma adaptação correta à fisionomia do cliente, a diminuição das fugas através de almofadas de gel, encorajar ao encerramento da boca, reduzir a pressão do cabresto, usar sistemas humidificadores, e aplicar medicamentos tópicos (lágrimas artificiais)²⁶⁵.
- **A distensão gástrica** surge da propagação da pressão positiva pelo tubo digestivo, aparece raramente, resolvendo muitas vezes por processos naturais. Mas se persistir recorre-se à entubação nasogástrica, ficando em drenagem passiva²⁶⁶.

As complicações Major são descritas segundo alguns autores²⁶⁷ como sendo:

- A pneumonia de aspiração;
- Hipotensão;
- Pneumotórax.

Estas são raras, e que resultam muitas vezes da seleção inadequada dos clientes. Dada a sua gravidade requerem vigilância restrita.

5.12 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE SUBMETIDO A VNI

Estudos²⁶⁸ revelam que embora a VNI seja considerado a primeira linha para a IRA em DPOC, as taxas de insucesso variam, e podem ser tão elevadas, como 40%. Identificaram-se como causas da falha do tratamento:

²⁶⁴ (Dellweg, 2010)

²⁶⁵ (Mourisco, 2006)

²⁶⁶ (Mourisco, 2006)

²⁶⁷ (Amado, 2001);(Felgueiras, 2006); (Ferreira, 2009); (Hill, 2009).

²⁶⁸ (Ambrosino, 1996); (Sorensen, 2012).

assincronia cliente/ventilador; máscaras mal adaptadas; intolerância; falha nas orientações práticas e falta de conhecimento no ajuste e na manutenção da VNI.

A experiência dos enfermeiros desempenha um papel fulcral para o sucesso do tratamento com a VNI.

Alguns autores²⁶⁹ recomendam:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ANTES DE INICIAR A VNI:

Intervenções	Justificação
Informar o Cliente sobre o procedimento, as suas vantagens e objetivos.	Possibilita a participação da pessoa no processo e permite uma melhor adaptação e consequentemente melhores resultados.
Assegurar material de Entubação Endotraqueal (EOT) para eventual necessidade.	Pode ser necessário entubação orotraqueal (EOT) urgente, para tal é necessário ter o material de EOT preparado e acessível.
Avaliar o estado neurológico. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar o estado de consciência da pessoa (escala de Glasgow > 10); ✓ Orientação e capacidade de comunicação/cooperação; 	Clientes colaborantes e acordados adaptam-se melhor e apresentam melhores resultados.
Avaliar o estado respiratório. <ul style="list-style-type: none"> ✓ É necessário avaliar padrão respiratório (Frequência, amplitude e tipo). 	O alívio dos músculos respiratórios, e como tal, redução do trabalho respiratório, que se expressa numa diminuição da FR do cliente.
Avaliar o estado cardiovascular. <ul style="list-style-type: none"> ✓ É necessário a avaliação da FC e TA. 	A pressão intratorácica positiva provoca uma diminuição da pré-carga. Uma das possíveis complicações da VNI é a hipotensão.
Avaliar os parâmetros gasométricos.	Para avaliar/determinar os fatores preditivos de sucesso: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipercapnia não-severa ($pao_2 >45$ e < 92 mmhg); ✓ Acidose não-severa ($ph < 7,35$ e $> 7,10$).
Avaliar a existência de secreções e suas características.	As secreções traqueobrônquicas excessivas podem ser consideradas uma contra-indicação absoluta para o uso da VNI.
Avaliar do reflexo da tosse.	A existência do reflexo da tosse pode ser considerada um fator preditivo de sucesso, evitando a pneumonia de aspiração (complicação major da VNI)
Avaliar a permeabilidade das vias aéreas.	É um requisito necessário para que a escolha recaia na VNI e não na VMI. Uma das contra-indicações para o uso da VNI é a

²⁶⁹ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002); (Esmond, 2005); (Hill, 2009); (Popat, 2012).

	impossibilidade para isolar as vias aéreas e/ou alto risco de aspiração.
<p>Avaliar o estado gastrointestinal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ É necessário avaliar padrão de nutrição, avaliação do reflexo de deglutição e o padrão de eliminação. 	Pode ser necessário colocar sonda nasogástrica e sonda de gases, porque uma das complicações da VNI é a distensão gástrica.
<p>Utilizar EPI na abordagem ao cliente submetido a VNI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luvas (quando se antecipe a exposição a secreções brônquicas) • Óculos ou máscara com viseira (proteção de secreções, procedimentos com aerossóis) <p>Higienizar as mãos de acordo com os 5 momentos</p>	<p>A ação correta no momento correto é a garantia de cuidados limpos e seguros para os clientes, prevenindo IACS por transmissão cruzada, causada pelas mãos (DGS, 2010).</p> <p>O EPI deve ser adequado ao risco de infecção.</p> <p>Prevenir a infecção associada aos cuidados de saúde (DGS, 2007).</p>
<p>Preparar todo o material necessário: Máscara, proteção de silicone, traqueia, arnês, swivel, filtro (antibacteriano/viral e humidificador), adaptador de O2.</p>	Para otimizar o tempo.
<p>Assegurar que o ventilador tem o teste diário realizado, e caso contrário verificar a operacionalidade do ventilador antes de iniciar a VNI.</p>	De forma a ter o ventilador operacional sempre que necessário.
<p>Escolher a máscara de acordo com as características do cliente.</p>	<p>É necessário ter em conta</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A morfologia da face e do crâneo (para evitar fugas ou excessos de pressão) ✓ Grau de colaboração do cliente; ✓ Tipo de pele e alergias; <p>Adequar o arnês ao tamanho e modelo da máscara, verificar a aderência das fitas de velcro.</p>
<p>Posicionar o cliente numa situação confortável e bem apoiado (cabeceira do leito > 30º a 45º) – Semi-fowler</p>	O semi-fowler evita o refluxo gástrico e a aspiração do conteúdo da orofaringe, precavendo a colonização microbiana das vias aéreas inferiores (DGS , 2004).
<p>Mostrar o equipamento e funcionamento do ventilador</p>	Para o cliente se consciencializar do tratamento. Diminuir a ansiedade.
<p>Garantir o jejum no Cliente.</p>	Fazer coincidir a interrupção temporária com o horário das refeições. Utilizar oxigenioterapia por O.N. durante as refeições.
<p>Explicar ao cliente o que é o ventilador e como este o fará sentir e caso necessário, permitir que o cliente sinta o ar fornecido pelo aparelho na sua</p>	Diminuir a ansiedade. Envolver a pessoa em todo o processo.

mão.	
Administrar a terapêutica prescrita.	Serve como adjuvante no tratamento da VNI. Ajustar a terapêutica ao início da VNI, e posteriormente ao horário das refeições.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE DURANTE A VNI

Intervenções	Justificação
<p>Monitorizar e registar os seguintes parâmetros do cliente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA; • FR; • FC; • Spo2 e gasometria arterial; • Ritmo cardíaco; • Temperatura; • Dor e desconforto; • Utilização dos músculos acessórios; • Score de coma. 	<p>A monitorização dos sinais vitais é importante, especialmente nos clientes com instabilidade hemodinâmica.</p> <p>A monitorização é fundamental para avaliar a eficácia da VNI que se traduz na melhoria da ventilação alveolar e na redução do esforço respiratório do cliente, ao mesmo tempo que é garantido o seu conforto.</p>
Avaliação da sincronia do cliente e Ventilador.	A dessincronização cliente/ventilador implica a procura sistemática de fugas, o reposicionamento da interface e o ajuste dos parâmetros ventilatórios programados.
Estar atento a eventuais fugas de ar.	Verificar a adaptação da máscara e do arnês à face do cliente, realizando os ajustes necessários. Confirmar todas as conexões e integridade da traqueia.
Vigiar a integridade cutânea.	<p>No caso do eritema do nariz, reajustar a máscara sem comprometer a ventilação ou realizar alternância de máscaras, se possível.</p> <p>Massajar as proeminências ósseas com cremes hidratantes.</p> <p>Se existir região sob pressão permanente, com probabilidade de lesão, colocar apósitos de hidrocolóides.</p>
<p>Proceder à aspiração de secreções, caso necessário.</p> <p>Muitas vezes é necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceder à aspiração de secreções (DGS, 2007); ✓ Uso de humidificação; ✓ Incentivar o cliente a tossir; ✓ Usar luvas e máscara para aspiração de secreções. 	<p>Esta complicação está associada à incapacidade do cliente eliminar ou mobilizar as secreções.</p> <p>Redução de risco de broncoaspiração de grande inóculo bacteriano nas secreções.</p> <p>Proporcionar higiene oral com Cloro-Hexidina 0,2% solução oral após a aspiração de secreções (Ou outro elixir).</p> <p>Prevenir a infeção associada aos cuidados de saúde (DGS, 2007).</p>
<p>Diminuir a colonização do trato aerodigestivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar higiene oral com Cloro-Hexidina 0,2% solução oral frequente (na sua ausência, utilizar um elixir 	<p>Prevenir a pneumonia associada ao ventilador (DGS, 2004).</p> <p>Redução da carga microbiana oral.</p>

disponível).	
Vigiar irritação ocular. Deve-se: ✓ Evitar fugas de ar através da máscara; ✓ Utilizar lágrima artificial.	Esta complicação pode advir do impacto do jato de ar que sai através da máscara.
Vigiar secura das mucosas. Deve-se: ✓ Utilizar humidificação e lubrificação dos lábios; ✓ Promover a hidratação oral.	São provocadas pelas variações da pressão do fluxo nas mucosas, pela elevada concentração de O ₂ e pelo facto de o ar demandado pelo ventilador sair frio e tendencialmente seco.
Vigiar distensão gástrica. ✓ Incentivar o cliente a eliminar o ar, vigiar, e se necessário entubar nasogastricamente.	A VNI pode provocar distensão gástrica, náuseas e vómitos, sempre que a pressão exceda a pressão do esfíncter esofágico
Manter a higiene adequada da máscara. ✓ Lavagem com água e sabão entre utilizações no mesmo cliente 1x dia, e sempre que necessário, seguido de secagem; ✓ Enviar a máscara e a proteção de silicone para o serviço de esterilização, para que seja realizada a desinfeção a alto nível; ✓ Os cabrestos/arnês são lavados com água e sabão após cada utilização, no serviço entre clientes e sempre que necessário, seguido de secagem; ✓ Registar em folha própria o envio das máscaras e proteção de silicone para a esterilização.	Prevenir a pneumonia associada ao ventilador (DGS , 2004). Prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2007).
Vigiar: • Intolerância ao interface; • Sinais de desconforto; • Dispneia persistente; • Instabilidade hemodinâmica; • Alteração do nível de consciência; • Sinais de fadiga muscular.	Avaliar os sinais preditivos de insucesso da VNI, para não atrasar a VMI.
Registar a data e horário do procedimento, modelo e tamanho da máscara utilizada.	O registo em livro próprio, serve para haver um levantamento do nº de VNI que se realizam no tempo no serviço, e para haver um controlo das máscaras que foram utilizadas.
Confirmação e registo dos parâmetros do ventilador, e de oxigénio prescrito.	Deverá sempre haver um cuidado de verificar os parâmetros do ventilado e do oxigénio, de acordo com o prescrito.
Gestão dos períodos de pausa da	É necessário gerir e registar os períodos de pausa para a:

ventilação.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nutrição/hidratação; administração de medicação oral/inalatória; aspiração de secreções; comunicação; ✓ Sendo da responsabilidade do enfermeiro a desconexão e readaptação da máscara e restante material e respetivos registos.
Registrar cuidados de Enfermagem, intervenções e complicações e efeitos secundários.	É importante que todas as variáveis sejam registadas em espaço próprio no processo individual do cliente, para avaliar a eficácia da técnica, efeitos secundários e complicações.
Providenciar meios de comunicação adequados ao cliente.	Promover a comunicação sensorial e escrita, através por ex. do fornecimento de um bloco de notas, de modo a diminuir a ansiedade.
Trocar filtros (24/24h) e circuitos (semanalmente)	Prevenir a pneumonia associada ao ventilador (DGS , 2004). Prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2007).

A VNI é considerada uma técnica que exige grande disponibilidade e dedicação por parte dos enfermeiros, obrigando a reavaliações frequentes, principalmente na fase inicial, pois só assim se garante o sucesso e a deteção precoce do insucesso (Ferreira S. N., 2009).

Torna-se premente que seja instituída por profissionais treinados e conhecedores dos fatores preditivos de insucesso, com seleção criteriosa dos clientes, assim como unidades próprias, com monitorização adequada, de modo a garantir o sucesso desta terapêutica (Ferreira S. N., 2009).

6 – REVISÃO

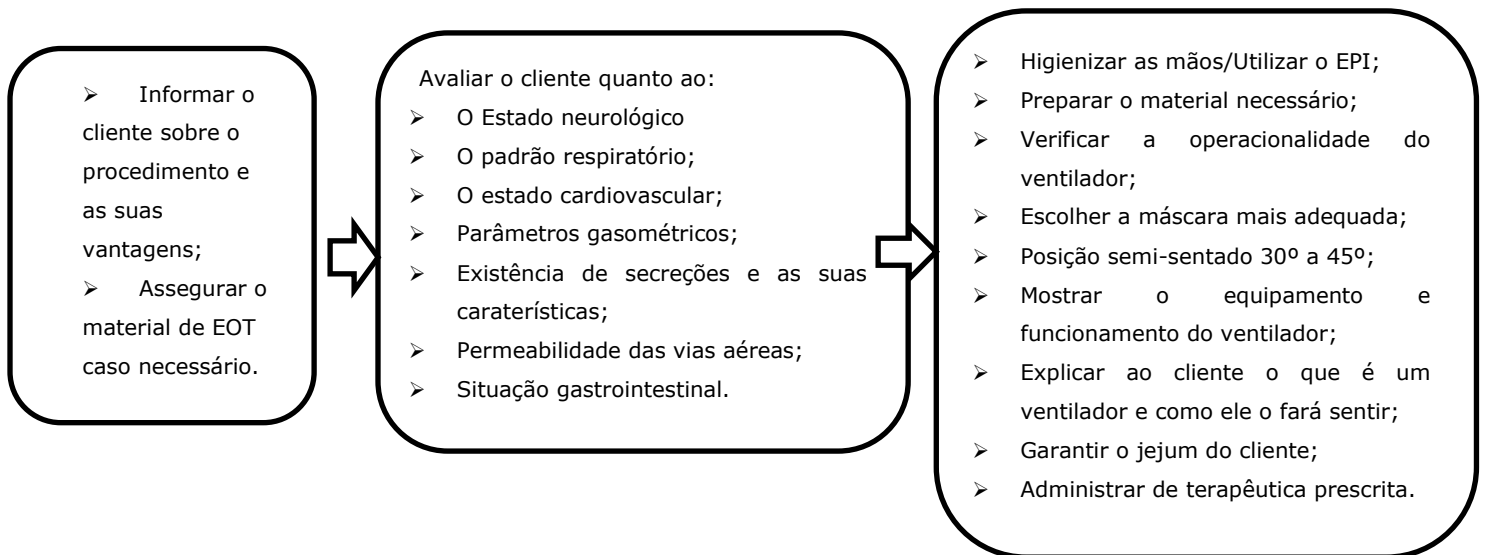
A revisão da norma de procedimento realiza-se de dois em dois anos, e sempre que os princípios contidos sejam alterados.

Índice

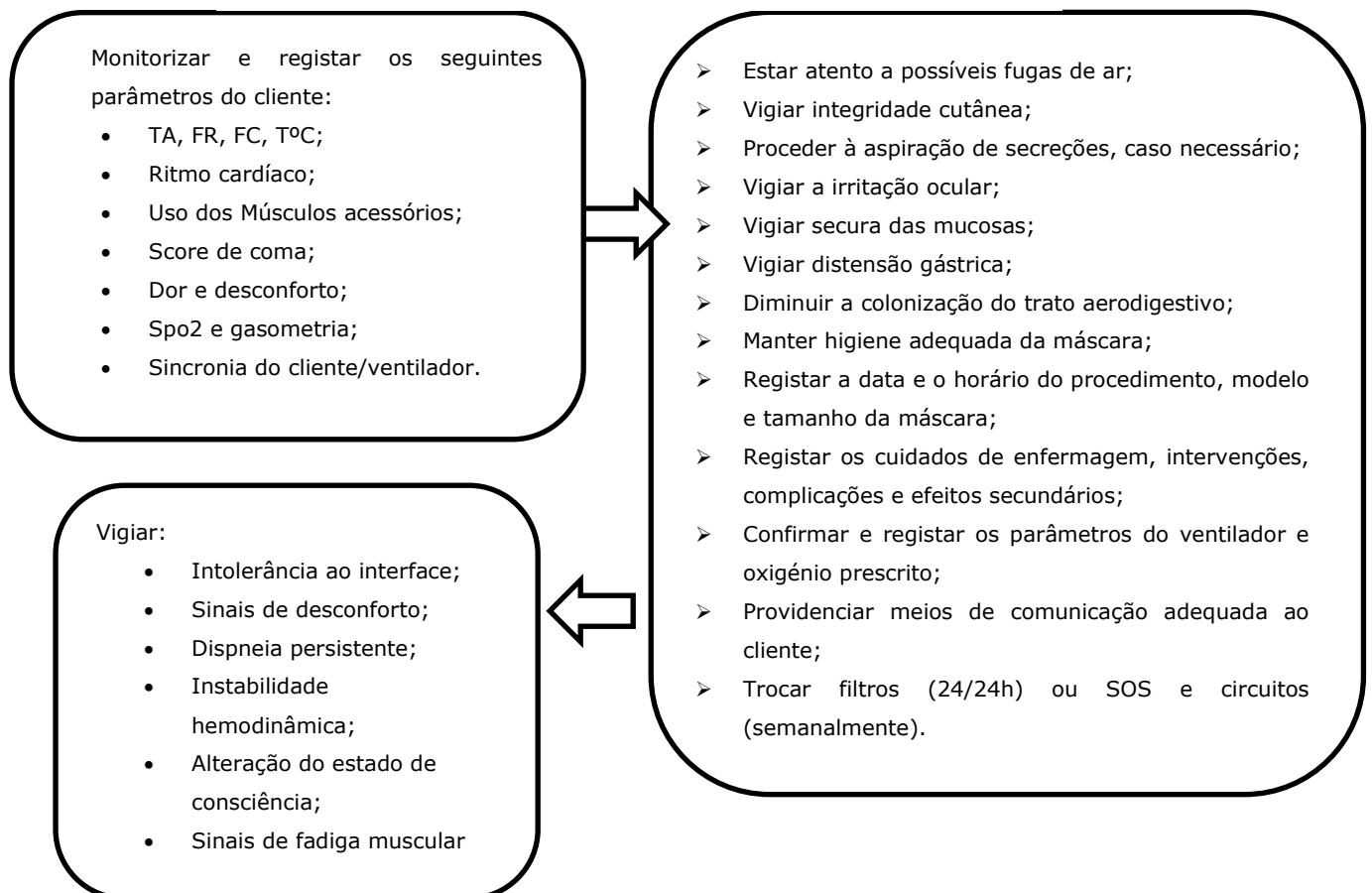
	P.
0 – INTRODUÇÃO	3
1 - OBJETIVOS	3
2 - ÂMBITO	3
3 -RESPONSABILIDADES	4
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	5
5 – VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA	8
5.1. DEFINIÇÃO – VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA	8
5.2 FINALIDADE DA VNI	8
5.3 OBJETIVOS DA VNI	8
5.4 ONDE USAR A VNI	9
5.5 VANTAGENS DA VNI	9
5.6 INDICAÇÕES DA VNI	10
5.7 FATORES PREDITIVOS DA VNI	10
5.8 CONTRAINDICAÇÕES DA VNI	11
5.9 TIPOS DE VENTILADORES E MODALIDADES DA VENTILAÇÃO	12
NÃO-INVASIVA	
5.10 ESCOLHA DE INTERFACE	13
5.11 COMPLICAÇÕES DA VNI	14
5.12 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE SUBMETIDO A	15
VNI	
6. REVISÃO	20
APÊNDICE 1 – FLUXOGRAMA – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO	22
CLIENTE SUBMETIDO A VNI	

APÊNDICE 1 – FLUXOGRAMA – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE SUBMETIDO A VNI

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ANTES DE INICIAR A VNI



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DURANTE A VNI



APÊNDICE 9

Carta de pedido de homologação da NP ao Conselho de Administração

Ao Conselho de Administração

Anabela Guerreiro da Encarnação Soares, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência, a frequentar o 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no âmbito dos estágios que se pretendem desenvolvidos de acordo com a metodologia de projeto, em torno da identificação de uma problemática (problema/opportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, do planeamento da intervenção a realizar, da sua execução e avaliação.

Vem por este meio informar vossas excelências, que se propôs efetuar uma norma de procedimento – Intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a VNI internado no Serviço de urgência de

Depois de aguardar alguns pareceres da CCIII e de peritos internos e externos na área da VNI, pensa que o mesmo possa ser homologado, para dar continuidade ao projeto.

Pelo que vem requerer ao Conselho de Administração a homologação da norma de procedimento, que permitirá melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa submetida a VNI, a realização de boas práticas em contexto de trabalho, que seguramente vai de encontro aos objetivos deste Hospital, pelo que conta com a colaboração de todos.

Sem outro assunto, encontra-se disponível para qualquer esclarecimento, aguarda deferimento.

Santiago do Cacém, 14 De Outubro de 2013

Atenciosamente

Anabela Guerreiro da Encarnação Soares

Anabela Guerreiro da Encarnação Soares

APÊNDICE 10

**Email de divulgação do espaço para acondicionar material/equipamento necessário à
VNI**

Anabela Guerreiro da Encarnação

De: Anabela Guerreiro da Encarnação
Enviado: terça-feira, 21 de Maio de 2013 15:22
Para: Enfermagem - Serviço de Urgência
Assunto: Ventilação Não-Invasiva

Boa tarde!

Venho por este meio informar que se encontra no S.O. um armário destinado à Ventilação Não-Invasiva (VNI). Nele podem encontrar material necessário para iniciar a VNI, desde máscaras (pelo menos 2), traqueias, cabrestos, Swivel, filtros, cremes hidratantes, placas hidrocoloides finas, etc.

Agradeça a reposição sempre que for utilizado o material.

Também se encontra nesse espaço um dossier que vai sendo composto por artigos, a norma do procedimento (ainda em fase de construção) entre outros documentos uteis para uniformizar os cuidados relativos à VNI.

Nesse dossier consta umas folhas para tentar monitorizar a quantidade de vezes que as máscaras vão para a esterilização.

Agradeça também a colaboração para continuar a registar em livro próprio os clientes a realizar VNI.

Este espaço foi organizado no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Aguardo sugestões de melhoria.

Cumprimentos

Enf^a Anabela Soares

APÊNCICE 11

Diapositivos da formação teórico-prática sobre a VNI

20 2ª #estrada em Enfermagem@Uso Grátis

VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA

Trabalho realizado por:
 Alunado de 2ª Anos de ENC de TPO. Agradecimentos
 aos professores das Ciências da Saúde
 Trabalho realizado por: Inês de Jesus

21 Definição de VNI - Evolução (1)

Tratamento convencional (1950-60)

Ventilação por pressão positiva (CPAP/BiPAP)

Mais nova (90-00)
 Ventilação por pressão Positiva

A partir da década de 80
 Tratamento da OSA com o uso de
 suporte de Sono (SAPO)

Ventilação por pressão positiva (CPAP/BiPAP)

22 Sumário

- Definição de VNI
- Objetivos de VNI
- Como usar a VNI
- Vantagens, Desvantagens, Indicações e contraindicações da VNI
- Escolha da Interface, acessórios e ventidotes
- Controlo de VNI
- Entrevistas de Enfermagem antes e durante a VNI
- Norma de prática clínica

23 Definição de VNI (2)

A Ventilação Não-Invasiva refere-se a aplicação de um suporte ventilatório sem recurso a métodos invasivos (EOT).

Fonte: (2007)

24 Objetivos

Objetivo Geral:

- Contribuir para a melhoria do atendimento do Médico de Enfermagem prestado ao cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva no âmbito do serviço de Urgência do A.D.U.

Objetivos Específicos:

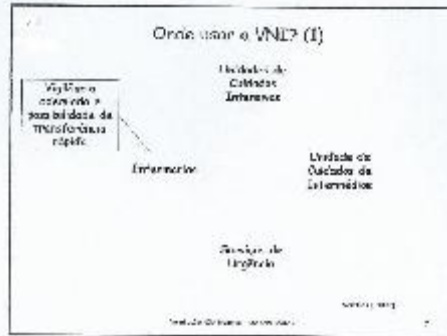
- Conter os sintomas de desconforto associados a VNI e respetiva interrupção da assistência ao cliente submetido a VNI.
- Realizar avaliação regular de acordo com os níveis de referência de referência de VNI.

25 Objetivos de VNI

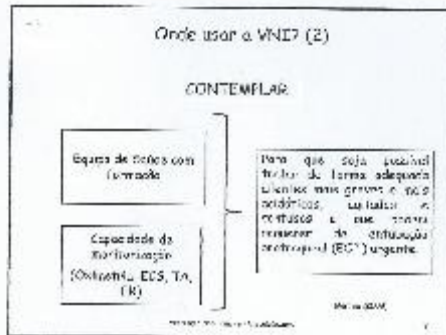
- Distribuição de tarefas e responsabilidades
- Respeito das regras de segurança
- Melhoria das técnicas aplicadas
- Diminuição do risco de EOT (EOT)
- Controlo da hiperventilação e melhoria da qualidade do sono

Fonte: (2007)

24-10-2013



- ### 2.1 Vantagens da VNI (2)
- Aplicação:**
- Mais fácil de instalar;
 - Mais fácil de limpar;
 - Permite a aplicação em feridas;
 - Melhor conforto e comodidade para o cliente.
- Responsabilidade Oral:**
- Permite conhecer oralmente e a deglutição;
 - Preserva os mecanismos de defesa das vias aéreas (humidificação, aquecimento, filtração e tosse).
- Fonte: [illegible]



- ### 2.1 Desvantagens da VNI
- Conexões que são feitas mais lentas;
 - Exige tempo de adaptação;
 - Exige colaboração do cliente e nível de consciência adequado;
 - Pode dificultar a eliminação das secreções orofaríngeas (SB);
 - Dificuldade na adaptação e escolha da máscara.
- Fonte: [illegible]

- ### 2.2 Vantagens da VNI (1)
- Menor Mortalidade Hospitalar;
 - Menor tempo de internamento;
 - Menor necessidade de VNI;
 - Menor risco de Infecção nosocomial;
 - Evita as complicações da Intubação traqueal, sedação e ventilação mecânica;
 - Diminuição dos custos.
- Fonte: [illegible]

- ### 2.1 Indicações para a VNI (1)
- Fonte: evidência (A, B, C, D) - suporte as indicações para o uso da VNI na:
- Insuficiência respiratória aguda (IRA);
 - Clientes com DPOC agudizadas (hipercapnia na DPOC);
 - Para facilitar a extubação dos Clientes com exacerbções da DPOC;
 - No edema pulmonar cardiogénico;
 - Clientes miocárdicos.
- Fonte: [illegible]

24-10-2013

Indicações para a VNI (2)

Evidência mais fraca (C, D - SIGN) suporta o uso da VNI em clientes com TBA:

- Exacerbação da asma;
- Lesão pulmonar pós-operatória;
- Pneumonia aguda;
- Síndroma de dificuldade respiratória aguda.

© 2013 British Society of Geriatrics & Gerontology (BSGG)

www.britsocgeriatrics.com 31

Contraindicações da VNI (2)

Contraindicações relativas

- Baixo grau de colaboração do cliente;
- História de engasgo ou enfarte do miocárdio recente;
- Falta de cuidados para simular a máscara quando necessário.

© 2013 British Society of Geriatrics & Gerontology (BSGG)

www.britsocgeriatrics.com 32

Os principais fatores preditivos de sucesso na VNI

Motivação;

Motivação da família;

Cliente cooperativo e bom estado neurológico;

Equipe capaz de monitorar respiração e ventilação;

Assistência de enfermagem;

Hiperoxemia não-invasiva (PaO₂ > 10 e < 52 mmHg);

Acidose não-invasiva (pH > 7,35 e < 7,45);

Melhorar dos trocas gasosos, PC e PR nos primeiros duas horas.

© 2013 British Society of Geriatrics & Gerontology (BSGG)

www.britsocgeriatrics.com 33

Complicações da VNI

Abscção nasal

A congestão nasal
Secura das mucosas
Torticação ocular

A diarreia gástrica

As Gargalhadas: Wagon

- Eructos
- Apnéia
- Hiperóxia
- Trocar o nível

© 2013 British Society of Geriatrics & Gerontology (BSGG)

www.britsocgeriatrics.com 34

Contraindicações da VNI (1)

Contraindicações absolutas

- Depressão do estado de consciência com risco de aspiração;
- Instabilidade hemodinâmica ou arritmia grave;
- Incapacidade de utilização de máscara facial por traumatismo facial;
- Surtos de incontinências excessivas;
- Hemorragia digestiva;

© 2013 British Society of Geriatrics & Gerontology (BSGG)

www.britsocgeriatrics.com 35

Intervenções de Enfermagem antes de iniciar a VNI

Informar o cliente sobre o procedimento e as suas vantagens;


Arranjar o material de EOT, caso necessário.

© 2013 British Society of Geriatrics & Gerontology (BSGG)

www.britsocgeriatrics.com 36

24-10-2013

Intervenções de Enfermagem antes de iniciar a VNI



Escolha da Interface

- Evitar o uso de uma face
- Tamanho ideal
- Não ser
- Não apertar muito a cabeça
- Não ser
- Deve adequar-se à face do utente tornando-a confortável

Verificar a face, a desconforto, a dor, a irritação e a temperatura da pele.

Intervenções de Enfermagem durante a VNI

Monitorizar e registar os sinais vitais nos Sinais de alerta

- TA, FR, SpO₂, PVS
- Pitoir cambalaco
- Uso das manguitos correctos
- Sinais de alerta
- SpO₂ e governo a ferida
- Sinais de infeção

Intervenções de Enfermagem antes de iniciar a VNI

Escolha da Interface



Revisão da interface **Amplitude da interface** **Alinhamento**

Intervenções de Enfermagem durante a VNI

Objetivos

- Evitar o uso de uma face
- Tamanho ideal
- Não ser
- Não apertar muito a cabeça
- Não ser
- Deve adequar-se à face do utente tornando-a confortável

Verificar

- Integridade da interface
- Sinais de desconforto
- Dispositivo para alerta
- Dispositivo para alerta
- Alinhamento da interface
- Sinais de infeção
- Sinais de infeção

Intervenções de Enfermagem antes de iniciar a VNI



- Ajustar a cama e inclinar a cabeceira
- Monitorizar o nível de oxigenação do sangue
- Explicar ao utente o que é a ventilação e como usar a face
- Amarrar a água do cliente
- Administrar terapia inalatória

Intervenções de Enfermagem durante a VNI

- Regular a taxa e nível de pressão, modo e volume da respiração
- Monitorizar e manter a pressão de fluxo
- Regular a temperatura e a humidade da interface
- Regular os níveis de oxigenação, intervenções, reações e sinais vitais

24-10-2013

Conclusão

A VNI é considerada um fásculo que exige grande disponibilidade e dedicação por parte dos enfermeiros, obrigando a reavaliação frequente, principalmente no caso de hemorragias, para avaliar se quanto a situação e o deteção precoce de complicações.

(Ferreira, 2009)

Torna-se pertinente que seja instituído por procedimentos técnicos e metodológicos dos técnicos responsáveis de indução, com seleção criteriosa dos clientes, sendo criada unidades próprias, para manter a qualidade adequada, de modo a garantir o sucesso da sua implementação.

(J. Almeida, 2009)

FIM

Obrigado pela Vossa Atenção!!

Pensar na VNI como meio de evitar a entubação traqueal e não como alternativa.

(Almeida, 2009)

Referências Bibliográficas

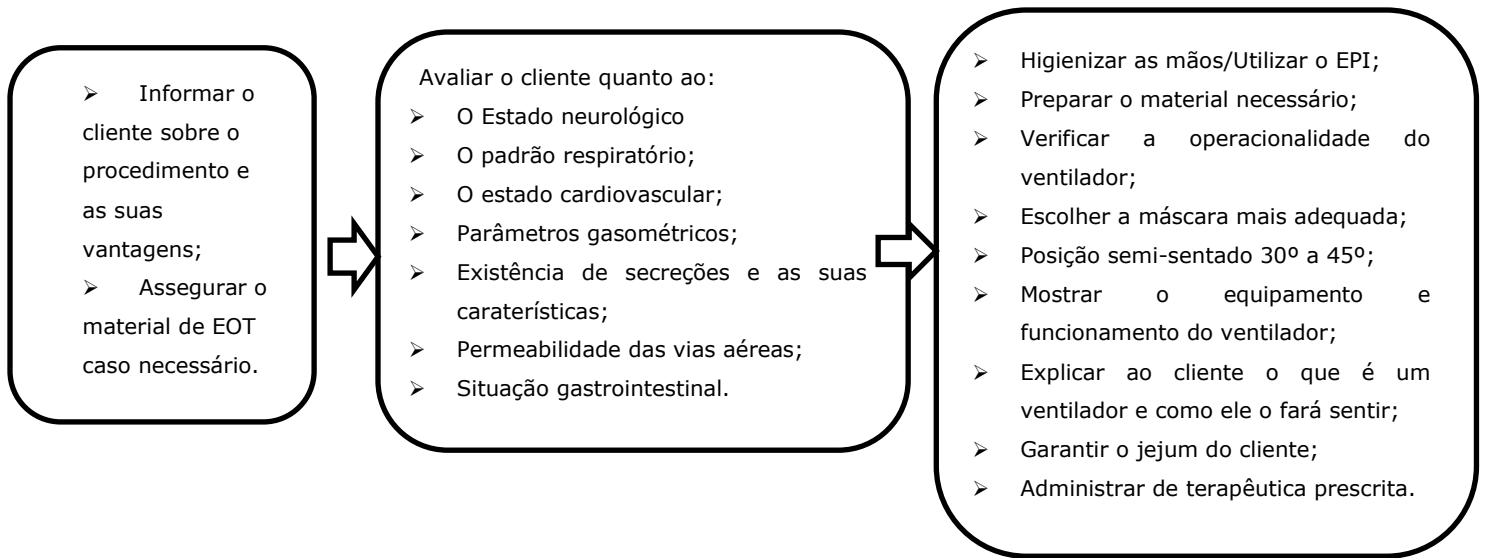
- 1. Datta, Thomas. *Manual de cuidados de enfermagem em UTI*. São Paulo: Elsevier, 2008.
- 2. Almeida, J. (2009). *Manual de enfermagem em UTI*. São Paulo: Elsevier, 2009.
- 3. Almeida, J. (2009). *Manual de enfermagem em UTI*. São Paulo: Elsevier, 2009.
- 4. Almeida, J. (2009). *Manual de enfermagem em UTI*. São Paulo: Elsevier, 2009.
- 5. Almeida, J. (2009). *Manual de enfermagem em UTI*. São Paulo: Elsevier, 2009.
- 6. Almeida, J. (2009). *Manual de enfermagem em UTI*. São Paulo: Elsevier, 2009.
- 7. Almeida, J. (2009). *Manual de enfermagem em UTI*. São Paulo: Elsevier, 2009.
- 8. Almeida, J. (2009). *Manual de enfermagem em UTI*. São Paulo: Elsevier, 2009.
- 9. Almeida, J. (2009). *Manual de enfermagem em UTI*. São Paulo: Elsevier, 2009.
- 10. Almeida, J. (2009). *Manual de enfermagem em UTI*. São Paulo: Elsevier, 2009.

APÊNDICE 12

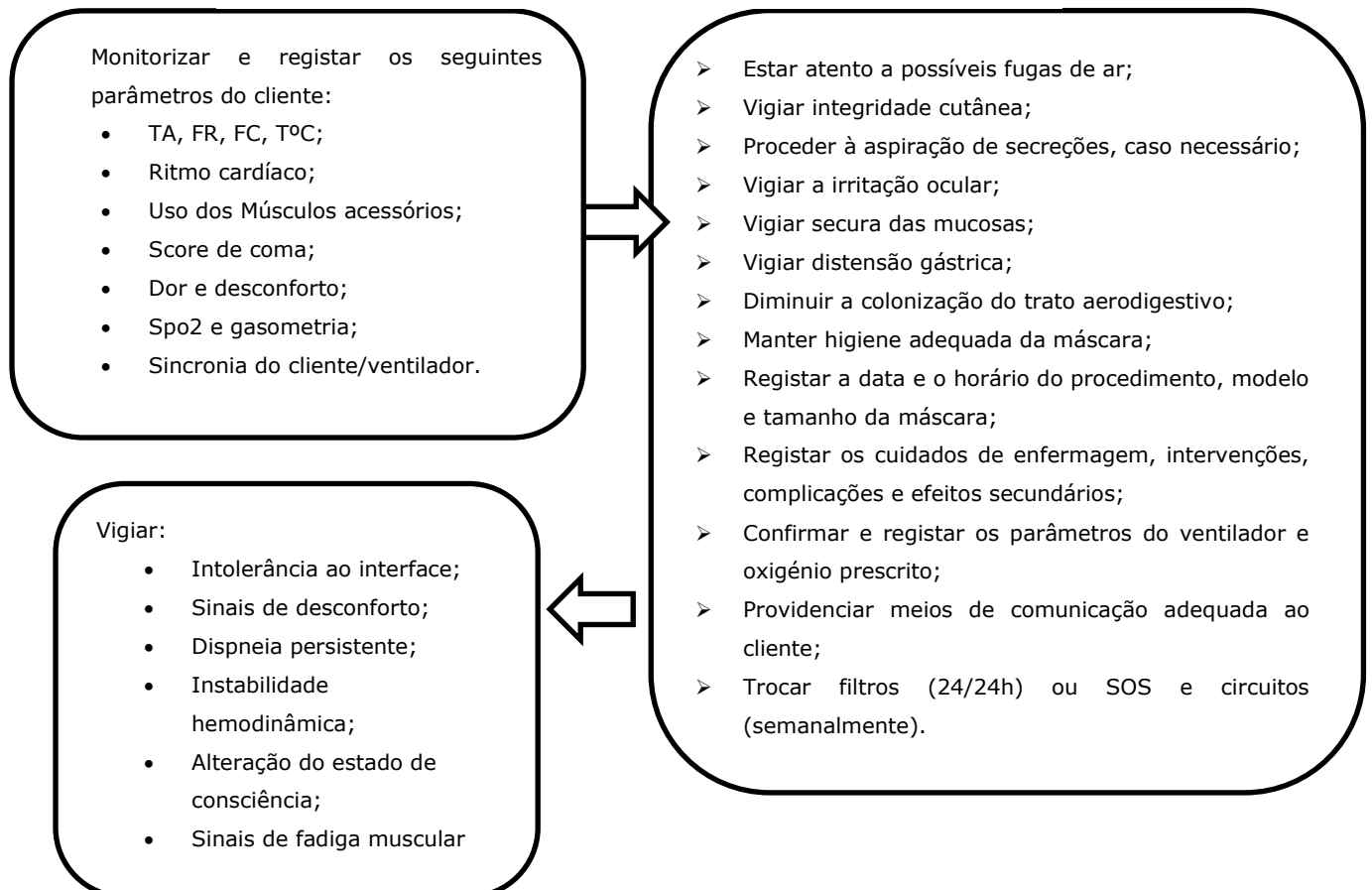
Fluxograma de atuação na VNI

FLUXOGRAMA – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE SUBMETIDO A VNI

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ANTES DE INICIAR A VNI



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DURANTE A VNI



APÊNDICE 13

Plano da sessão da formação da VNI

Plano de Sessão

Projeto: Intervenções de Enfermagem no Cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva Intermittente no S.O de SU.
Destinatários: Equipa de enfermagem do Serviço de Urgência da ULSLA
Local: Auditório da ULSLA

Formador/a: Anabela Soares
Data: 25 Setembro de 2013
Horas: 14:30 horas
Duração da sessão: 1 hora
Sessão: 1

Ação nº 1

Objetivo Geral: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao Cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva Intermittente no Serviço de Urgência da ULSLA.
Objetivos Específicos:

- Dar os fundamentos teóricos para a prestação de cuidados ao cliente submetido a VNI;
- Dar a conhecer a equipa de trabalho sobre as intervenções de Enfermagem e Prevenção submetida a VNI;
- Formar a equipa de enfermagem sobre as técnicas, os ventiladores, contraindicações, indicações e efeitos adversos de VNI e sobre a prevenção da infeção

Etapa	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Humanos	Materiais e Equipamentos	Atividades Didáticas	Tempos Previstos
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos formadores; • Apresentação do projeto; • Justificação do tema; • Ficha de avaliação dos conhecimentos adquiridos à formação; • Definição de VNI; • Objetivos da VNI; • Onde usar a VNI; • Vantagens, desvantagens, indicações, contraindicações e complicações da VNI; 		Estudante	Voz Papel		10 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Os principais fatores preditivos de sucesso da VNI; • Tipos de Ventiladores e Modalidades na Ventilação Não-Invasiva; • Intervenções de Enfermagem ao Cliente submetido a VNI; 	Método expositivo	Estudante	Voz Computador portátil Retroprojor Tela branca	Exposição e discussão da temática	40 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese do tema; • Escatamento e de dúvidas; • Ficha de avaliação dos conhecimentos adquiridos; • Ficha de avaliação da formação; 	Método expositivo	Estudante	Voz Computador portátil Retroprojor Tela branca Papel	Exposição e discussão da temática	10 min.

APÊNDICE 14

Ficha de diagnóstico da formação da VNI

FICHA DE DIAGNÓSTICO

1 – A ventilação Não-Invasiva faz-se através de: (assinale a resposta **certa**)

- Pressão negativa
- Pressão positiva

2 – Quais são os objetivos da VNI? (assinale a resposta **certa**)

- Aumento do trabalho respiratório
- Repouso dos músculos acessórios
- Aumento do auto-PEEP

3 – Onde usar a VNI? (Assinale a resposta **certa**)

- UCI; UC intermédios; SU
- UCI; UC intermédios
- UCI, UC Intermédios, SU, enfermaria

4 – Quais são as vantagens da VNI? (Assinale a resposta **errada**)

- Menor mortalidade hospitalar
- Menor risco de infeção nosocomial
- Mais difícil instituir

5 – Quais são as desvantagens da VNI? (Assinale a resposta **certa**)

- Correções gasométricas mais rápidas
- Exige colaboração do cliente e nível de consciência adequado
- É sempre fácil a adaptação e escolha da máscara

6 – Quais são os fatores preditivos de sucesso na VNI? (Assinale a resposta **certa**)

- Hipercapnia severa
- Acidose não-severa
- Melhoria das trocas gasosas ao fim de 2 dias

7 – Quais são as complicações Major da VNI? (Assinale a resposta **errada**)

- Pneumonia de aspiração
- Hipertensão
- Pneumotórax

8 – A máscara ideal deve ser: (Assinale a resposta **errada**)

- Confortável e estável
- Deve aumentar as fugas
- Deve adaptar-se a faces de vários tamanhos e configurações

9 – Nas intervenções de enfermagem, antes de iniciar a VNI, deve-se ter em conta: (Assinale a resposta **certa**)

- Cabeceira do leito a 10°
- Administrar terapêutica prescrita
- Administrar alimentos sempre que o cliente assim o quiser, mesmo descompensado

10 – Durante a VNI, deve se ter em conta: (Assinale a resposta **errada**)

- Estar atento às possíveis fugas de ar
- Aspirar as secreções, caso necessário
- Trocar os filtros e as traqueias semanalmente

APÊNDICE 15

Avaliação da sessão da formação da VNI

Avaliação da formação da VNI

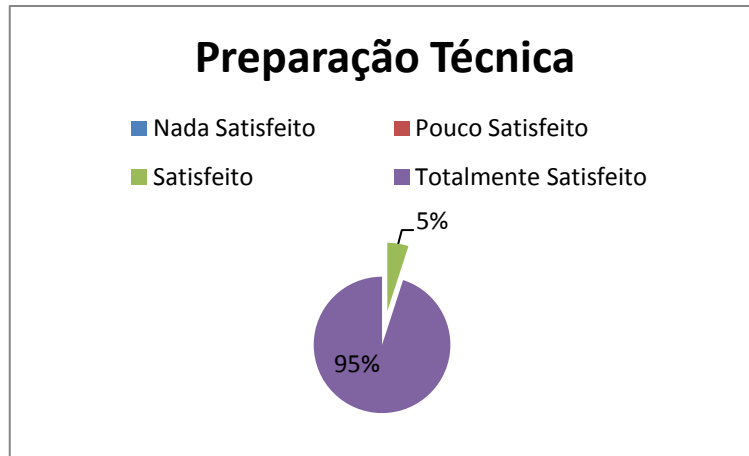


Gráfico 1 – Preparação técnica

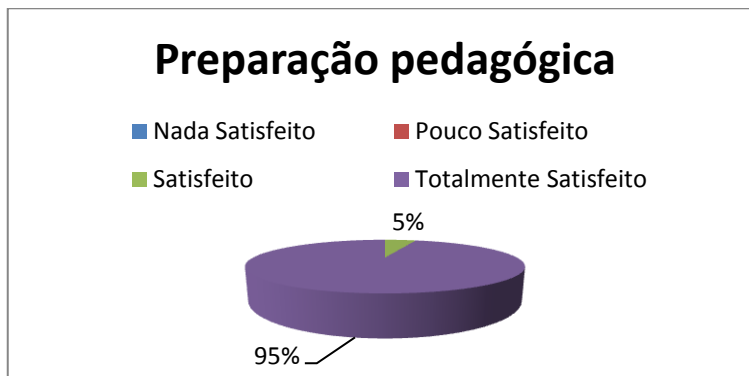


Gráfico 2 – Preparação pedagógica

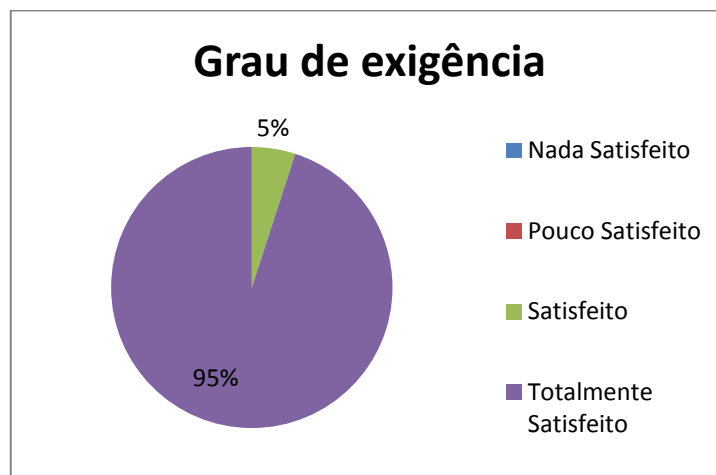


Gráfico 3 – Grau de exigência

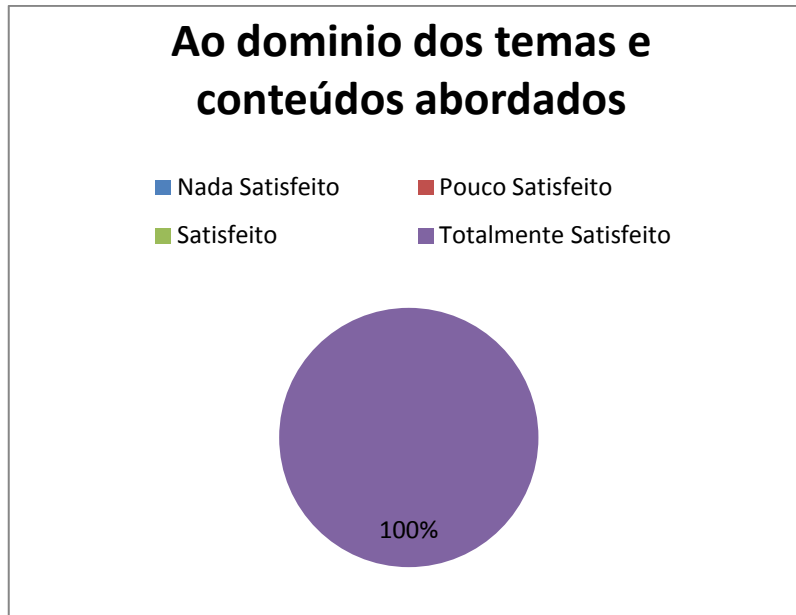


Gráfico 4 – Ao domínio dos temas e conteúdos abordados

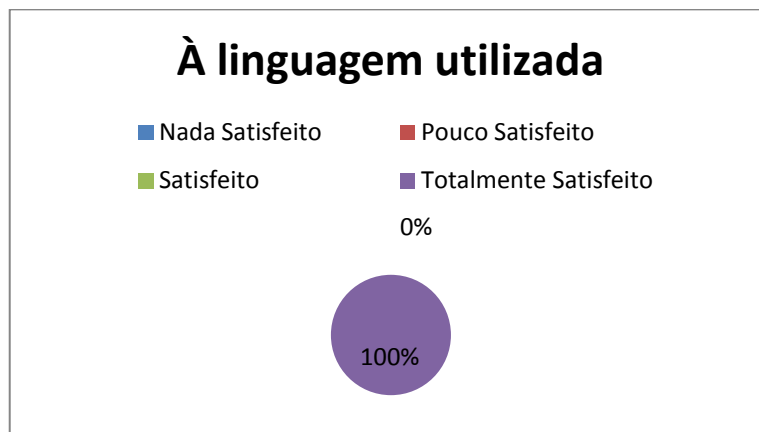


Gráfico 5 – À linguagem utilizada



Gráfico 6. Ao relacionamento/sensibilidade interpessoal com os formandos

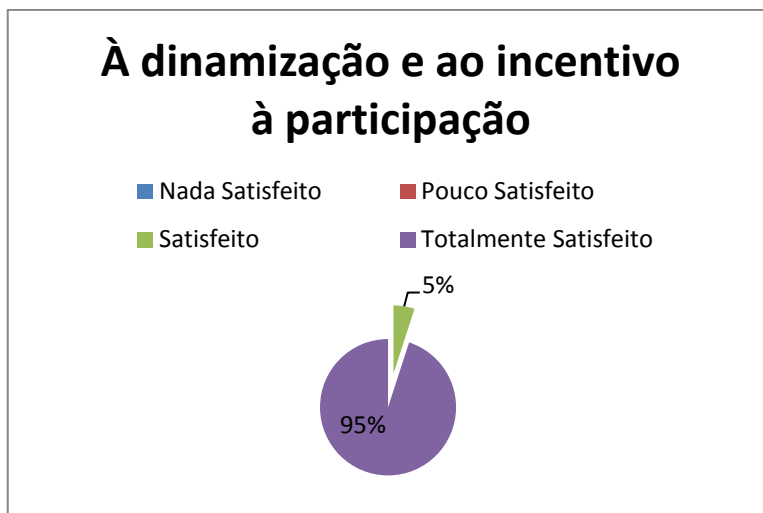


Gráfico 7 – À dinamização e ao incentivo à participação

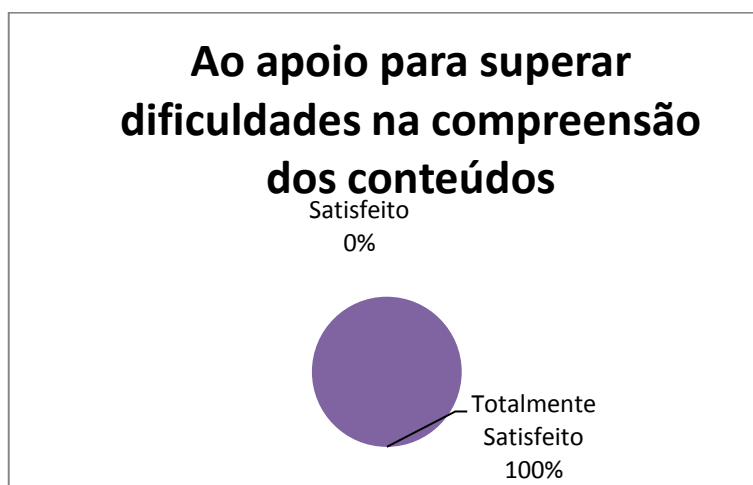


Gráfico 8 – Ao apoio para superar dificuldades na compreensão dos conteúdos



Gráfico 9 – À disponibilidade de material de apoio



Gráfico 10 - À pontualidade



Gráfico 11 - Avaliação dos módulos

APÊNDICE 16

Artigo Científico

Intervenções de Enfermagem ao Cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva internado no Serviço de Urgência

Nursing Interventions on in-patients in the emergency unit and submitted to non-invasive ventilation

Soares²⁷⁰, Anabela; Guerreiro²⁷¹, Ana Cristina; Monteiro²⁷², Elsa

Resumo: O presente artigo tem o propósito de dar a conhecer um projeto de intervenção realizado num serviço de urgência Médico-Cirúrgica de um hospital no Alentejo, de acordo com a metodologia de projeto. Este projeto cujo tema versa sobre as Intervenções de Enfermagem ao Cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva (VNI) internado no serviço de urgência. A VNI assume cada vez mais uma maior relevância tanto nos estudos científicos desenvolvidos, como na prática clínica, que a sustentam como sendo uma opção terapêutica segura e eficiente, sem recurso a métodos invasivos da via aérea. O enfermeiro tem um papel crucial no seio da equipa multidisciplinar e na monitorização do Cliente hospitalizado submetido a VNI, pelo que a este se exige uma prática profissional baseada na evidência e em linhas de orientação (Guidelines) que elevem os cuidados prestados ao Cliente a um nível de excelência.

Palavras-chave: Ventilação Não invasiva, infeção respiratória, metodologia de projeto e competências.

Abstract: This article aims to make known an intervention project in service applied to a team nursing an emergency department of a medical-surgical hospital in Alentejo, is processed according to the rules of the project methodology. This project, which subject deals with the Nursing Interventions on in-patients in the emergency unit and submitted to non-invasive ventilation (VNI), has got an extended character, going through several stages, from the formulation of objectives to the presentation of the results and evaluation. The VNI assumes more and more a higher relevance not only in the accomplished scientific studies but also in the clinical practice. Both, the studies and the practice, support it as being a safe and efficient therapeutic option, without using invasive methods in the respiratory tract. The nurse plays a crucial part among the multidiscipline team and in the managing of the in-patient submitted to non-invasive ventilation. So, from the nurse it is required a professional practice based on evidence and on guidelines that raise the cares provided to the patients to a level of excellence.

Key-words: non-invasive ventilation, acute respiratory infection, the project methodology and skills.

²⁷⁰ Mestranda do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESS/IPS

²⁷¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

²⁷² Professora Dr.^a na ESS/IPS

INTRODUÇÃO

O Presente artigo intitula-se “Intervenções de Enfermagem ao Cliente submetido a VNI internado no Serviço de Urgência” e traduz um projeto de intervenção em serviço (PIS) realizado numa urgência médico-cirúrgica num hospital do Alentejo, no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS).

A problemática escolhida foi identificada no contexto da nossa prática profissional aquando a realização dos estágios integrados no plano de estudos.

O artigo tem como principais objetivos: (1) Definir o que é a VNI, quais as indicações, contraindicações e as complicações (2) apresentar o projeto desenvolvido de acordo com a metodologia de trabalho de projeto; (3) fundamentar as estratégias utilizadas na sua conceção de acordo com os princípios éticos da investigação e (4) refletir de forma crítica o PIS.

VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA

A VNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos, cujos efeitos clínicos e analíticos devem-se à aplicação de uma pressão positiva, procedente de um ventilador mecânico, na qual a interface usada pode ser nasal ou facial²⁷³.

Esta técnica evita muitas das complicações inerentes à ventilação mecânica invasiva, essencialmente ligadas à entubação e à sedação.

A modalidade da VNI converteu-se desde há algumas décadas como uma alternativa

eficaz no tratamento da insuficiência respiratória, nomeadamente, na DPCO agudizada com acidose respiratória, no edema agudo do pulmão, na técnica de desmame e/ou extubação precoce e na imunodepressão, entre outras mas com evidência mais fraca²⁷⁴.

As contraindicações para o uso da VNI, dizem respeito aos critérios de exclusão, por exemplo: paragem cardiorrespiratória, condições que imponham a entubação traqueal imediata, impossibilidade de adaptação à interface (deformidade, trauma, queimadura, cirurgia facial recente), instabilidade hemodinâmica severa, agitação/ não colaboração, depressão do estado de consciência, incapacidade de proteção da via aérea e/ou elevado risco de aspiração, abundantes secreções traqueobrônquicas, pneumotórax não drenado, entre outras, com grau de evidência inferior²⁷⁵.

Tal como qualquer outra técnica, esta não se encontra isenta de limitações e complicações, mas que podem ser minimizadas. As complicações podem surgir motivadas pela aplicação da técnica assim como pela situação do cliente. O seu aparecimento não implica obrigatoriamente o término da modalidade, mas sim uma atuação eficaz e segura, de modo atuar na prevenção e tratamento²⁷⁶.

As complicações mais frequentes relacionam-se com as máscaras (desconforto, o eritema da pele facial, claustrofobia, ulceração nasal, rash) e com a pressão (fugas de ar, congestão nasal, secura nasal, irritação ocular, distensão gástrica). As complicações major, são

²⁷³ (Esquinas, 2011)

²⁷⁴ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002)

²⁷⁵ (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002)

²⁷⁶ (Mourisco, 2006)

muito raras: pneumonia de aspiração, hipotensão e pneumotórax²⁷⁷.

METODOLOGIA

O PIS foi ancorado na metodologia de trabalho projeto. Esta envolve reflexão, sustentada pela investigação-ação, visando a implementação de uma mudança ou de uma nova ideia no contexto prático (num ambiente de cuidados de saúde atual). A sua maior vantagem é a de criar soluções práticas para os problemas quotidianos de enfermagem. Devido a implicar a implementação e avaliação de novas ideias também fornece uma resposta para o fosso existente entre a teoria e a prática²⁷⁸. Esta metodologia é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência.

Este projeto tem um carácter prolongado e faseado, percorrendo as várias etapas, nomeadamente, as etapas de diagnóstico de situação, planeamento, com a definição de atividades, estratégias e meios, execução, avaliação e divulgação dos resultados²⁷⁹.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

É a primeira etapa da metodologia de projeto, que visa a identificação de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto de estágio sobre a qual incidiu a ação.

Os instrumentos utilizados para o diagnóstico de situação foram: entrevista não-estruturada com a Enf^ª responsável do Serviço de urgência, implementação dos questionários à equipa de enfermagem para conhecer a opinião

sobre a temática da ventilação não-invasiva e por fim aplicamos uma ferramenta de avaliação de gestão – FMEA (failure mode and effect analysis) Esta ferramenta serviu para suportar a identificação e validação do projeto, por forma a avaliar objetivamente o contexto e facilitar o planeamento estratégico.

Paralelamente a esses instrumentos utilizados, houve uma consulta do plano de formação de 2007 onde se lê que já nessa altura foi levantado a formação da VNI como uma necessidade formativa pelos elementos da equipa de enfermagem, no entanto essa necessidade nunca foi suplantada²⁸⁰.

Definição geral do problema:

Falta de Uniformização de intervenções de Enfermagem à Pessoa submetida a Ventilação Não-Invasiva: Adaptação e Manutenção.

Análise do problema:

Os enfermeiros são considerados fundamentais para o aumento da eficácia do VNI e para a redução dos fatores de intolerância a esta terapêutica, bem como minimizar situações que possam causar infeções adquiridas associadas aos cuidados de saúde (IACS). Para tal, devem trabalhar de forma eficiente e integrada, sabendo relacionar e executar cuidados na VNI: Adaptação e Manutenção.

Contudo, por vezes a falta de experiência/familiaridade dos enfermeiros explica muitas vezes a baixa adesão por parte dos Clientes à opção terapêutica VNI.

Há sobretudo uma necessidade de uma equipa de Enfermagem qualificada; de implementação de documentos orientadores para a prestação de cuidados de qualidade aos clientes

²⁷⁷ (Mourisco, 2006)

²⁷⁸ (Streubert & Carpenter, Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista, 2002)

²⁷⁹ (Ferrito, 2010)

²⁸⁰ (Documento interno do hospital do Alentejo, 2007).

submetidos a VNI; uma boa organização do serviço de urgência, com material acessível e disponível, assim como equipamentos adequados.

Para Ferreira S.N.²⁸¹ e Cordeiro & Menoita²⁸² a VNI é uma técnica que exige grande disponibilidade e dedicação do enfermeiro, obrigando a reavaliações frequentes, pois só assim se garante o sucesso. Advoga-se por isso, que seja instruída por profissionais treinados e conhecedores dos fatores preditivos de insucesso, corroborando com Esquinas²⁸³, quando refere que todas as vantagens da VNI podem virar-se contra o cliente e originar graves consequências por falta de experiência. Por isso é fundamental a existência de enfermeiros com experiência/formação e motivação que assegure o sucesso da técnica.

Objetivos

Os objetivos assumem-se como representações antecipatórias centradas na ação a realizar. Estes apontam os resultados esperados, podemos incluir vários níveis, vão do mais geral ao mais específico²⁸⁴.

Objetivo geral

Contribuir para a melhoria dos Cuidados de Enfermagem prestados ao Cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva no serviço de Urgência.

Objetivos específicos

1. Elaborar uma norma de procedimento sobre as intervenções de Enfermagem ao Cliente submetido a VNI;

2. Organizar espaço apropriado para acondicionar material e equipamento, necessário à VNI;
3. Realizar formação teórico-prática subordinada ao tema da Ventilação Não-Invasiva, destinada aos enfermeiros do Serviço de Urgência.

PLANEAMENTO

O planeamento consiste na terceira fase do projeto, foi elaborado um plano detalhado do projeto, englobando as várias vertentes: calendarização das atividades, meios e estratégias, recursos disponíveis, um cronograma, bem como os resultados esperados e indicadores de avaliação²⁸⁵.

EXECUÇÃO

Considerámos, esta a fase a mais trabalhosa, no que concerne ao nosso projeto, no entanto também a de maior interesse e a mais prazerosa. Reforçando a ideia de Nogueira²⁸⁶, quanto maior o interesse, maior será o processo de pesquisa, experimentação, descoberta e consequentemente a potencialização das diversas competências.

Atividades

Passamos de seguida a descrever as atividades que foram sendo realizadas ao longo do projeto, a fim de responder aos objetivos delineados inicialmente.

²⁸¹ (Ferreira S. N., 2009)

²⁸² (Cordeiro & Menoita, 2012)

²⁸³ (Esquinas, 2011)

²⁸⁴ (Vaz, 2010)

²⁸⁵ (Rodrigues, 2010)

²⁸⁶ (Nogueira, 2005)

1) Realização de pesquisa bibliográfica sobre a VNI.

Começamos por realizar pesquisa bibliográfica acerca da temática em questão, o que nos possibilitou não só justificar a problemática como justificar as nossas escolhas, de acordo com os dados de evidência.

Efetuámos atualização e aprofundamento de conhecimentos, para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar ao cliente submetido a VNI através de base de dados credíveis, nacionais e internacionais recentes, de acordo com os princípios da revisão sistemática da literatura.

2) Elaboração de um dossiê temático sobre as intervenções de enfermagem ao cliente submetido a VNI.

Toda a informação recolhida, foi compilada e foi elaborado um dossiê temático que foi colocado no serviço, nomeadamente na sala de observações, para que os profissionais do serviço o possam consultar quando necessário.

3) Elaboração de uma norma de procedimento.

A falta de Uniformização de intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a Ventilação Não-Invasiva, fez com que emergisse esta norma de procedimento.

De acordo com a OE²⁸⁷, a realização da norma de procedimento foi baseada em práticas recomendadas, em linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, tornando os cuidados prestados mais seguros, visíveis e eficazes. Ou seja, foi feita uma pesquisa bibliográfica, apoiada em estudos científicos, em guidelines internacionais e nacionais, com o mais

elevado grau de evidência, bem como a validação por peritos na área da VNI.

4) Pedido de Homologação pelo Conselho de Administração para implementar na Norma de procedimento.

Foi elaborada uma carta para o Conselho de Administração para pedir a homologação da norma de procedimento. Aguarda homologação.

5) Eleição do espaço para acondicionar material e equipamento, necessário à VNI.

Houve numa fase inicial reunião com a Enf^a Chefe do SU e auscultação da equipa para estipular o espaço mais apropriado, e aceitamos sugestões sobre o local apropriado para acondicionar os materiais. Chegamos à conclusão que a Sala de observações, seria a melhor opção visto, que a maioria da VNI, se inicia neste espaço.

Tornou-se urgente encontrar um local para concentrar os recursos materiais/equipamentos, de fácil acesso aos enfermeiros, por forma a otimizar o tempo e que fosse fácil instituir a VNI, de forma organizada e disponível.

As máscaras foram organizadas e identificadas como pertencendo ao SU, houve a criação de uma folha própria para registo de limpeza/desinfecção das máscaras e uma check-list do material que deve conter os kits usados na VNI.

A divulgação do espaço atribuído à VNI aconteceu durante as passagens de turno e via correio eletrónico.

6) Realização da formação (enfermeiros).

Foi realizada a formação no auditório do hospital do Alentejo como combinado com a Enfermeira responsável pela formação. Estavam presentes num total de 20 enfermeiros do SU.

²⁸⁷ (Ordem dos enfermeiros, 2007)

A divulgação do projeto perante os elementos da equipa de enfermagem assegura o conhecimento externo e a possibilidade de discutir estratégias adotadas na resolução de problemas.

7) Criação de um Fluxograma de atuação.

Foi criado um Fluxograma de atuação de rápido acesso aquando a necessidade de instituir a VNI (este também disponível junto à norma de procedimento que se encontra no dossiê temático na sala de observações). Este fluxograma foi distribuído durante a formação sobre a temática mencionada.

AVALIAÇÃO

A avaliação de um projeto deve integrar dois momentos, a avaliação intermédia que decorre em simultâneo com a execução do projeto e a avaliação final do mesmo, em que ocorre a avaliação do processo e produto do projeto²⁸⁸.

Este projeto foi sendo avaliado à medida da sua execução através das sugestões dos pares, bem como dos peritos, da Enf^o orientadora de estágio A.C.G. e da professora Dr.^a E.M.

Para avaliar algo, segundo Malpique, et al²⁸⁹, são necessários instrumentos de medida. As avaliações são momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido. Deste modo, utilizámos os questionários, a avaliação da formação, a discussão da norma de procedimento com os pares, assim como com os peritos, com a enfermeira responsável do SU, enfermeira responsável da CCIH, entre outros, foram algumas formas de operacionalizar a avaliação.

Uma das características da metodologia de projeto é precisamente o facto de a avaliação

ser contínua e possibilitar deste modo a readequação de alguns aspetos.

Como defende Nogueira²⁹⁰ a avaliação como processo dinâmico implicou a comparação dos objetivos delineados inicialmente com os objetivos atingidos, nomeando os indicadores de avaliação.

Deste modo, após análise pormenorizada, da forma como foram desenvolvidas as atividades para cada objetivo específico definido, assim como cada um deles foi sendo atingido. Apraz-nos aferir que os mesmos, foram atingidos e todos eles foram pertinentes para o processo.

Sendo assim, concluímos que o PIS com o tema: Intervenções de Enfermagem ao cliente submetido a VNI, foi um trabalho bastante compensador, que nos possibilitou desenvolver competências quer comuns, específicas e de mestre, cujos outcomes incidem na melhoria da qualidade e na segurança dos cuidados prestados. Sendo que a segurança e gestão do risco assumem extrema importância nos cuidados de Enfermagem²⁹¹.

Este projeto constituiu uma mais-valia tanto para a equipa multidisciplinar, como para a instituição, uma vez que ambas, existem para atender aos problemas dos cidadãos, com cuidados de enfermagem de qualidade²⁹², indo de encontro com a missão, visão e valores da instituição que me permitiu a realização dos estágios.

Defendemos que este projeto não se prescreve ao período de estágio, é necessário que haja essa continuidade ao longo do tempo. Num futuro próximo pretendemos avaliar a continuidade deste projeto, com utilização de

²⁸⁸ (Ferrito, 2010)

²⁸⁹ (Leite, Malpique, & Santos, 1989)

²⁹⁰ (Nogueira, 2005)

²⁹¹ (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

²⁹² (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

instrumentos de medida que nos dê outros critérios de avaliação, que até à data do término do projeto não nos foi possível realizar.

DIVULGAÇÃO

Enquanto futuros mestres ao realizarmos este artigo científico referente ao PIS estamos a divulgar o nosso projeto que trata uma problemática inerente não são aos serviços de urgência, como aos serviços de cuidados intermédios, unidades de cuidados intensivos, enfermarias, e que poderá ser um contributo para o desenvolvimento de novos projetos, em colaboração ou não e até potenciador de mudanças de políticas institucionais.

Pretendemos divulgar e dar a conhecer à comunidade científica os resultados do trabalho realizado. Cruzando com o recomendado pela Ordem dos Enfermeiros²⁹³, que refere que todos os enfermeiros nas várias áreas de atuação tenham espírito investigador assim como pensamento crítico e adotem uma postura de aprendizagem ao longo da vida.

Deste modo, segundo Fortin²⁹⁴ é necessário a divulgação do projeto e dos seus resultados, porque se não for realizado esta etapa, nenhuma profissão terá o seu contributo na investigação. Indo ao encontro com a OE²⁹⁵, quando defende que o conhecimento obtido através da investigação em enfermagem proporciona o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os cuidados em saúde.

Procedimentos éticos

Aquando da realização do PIS foi sempre tido em conta os princípios éticos.

Deste modo, a ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos²⁹⁶.

No sentido de corroborar a problemática do PIS era necessário proceder-se à aplicação de um questionário à equipa de enfermagem do SU do hospital do Alentejo. Para tal, procedemos a um pedido de autorização para a respetiva aplicação dos mesmos ao Conselho de Administração, e assim, foi cumprido mais uma diretriz, constituição e responsabilidade de revisão ética²⁹⁷. Ou seja, foi enviado para o Conselho de Administração/Conselho de ética, para serem submetidos à revisão e aprovação. É necessário a aprovação da proposta para realizar a pesquisa antes de iniciar a sua execução. E assim se sucedeu, a autorização foi deferida.

Com o objetivo de conhecer a opinião da equipa de enfermagem do SU do hospital do Alentejo e o tipo de formação que a mesma tinha em relação à temática da VNI, foi elaborado um questionário. De acordo com as Diretivas Éticas Internacionais para a Investigação Biomédica em Seres Humanos e a Convenção de Oviedo, foi elaborado um consentimento informado.

Segundo Deodato²⁹⁸, o pesquisador deverá obter um consentimento informado do possível sujeito a ser pesquisado. Este consentimento tem que ser dado de forma livre e esclarecida. Posto isto, às pessoas em que incidiu o estudo foi-lhes dada previamente informação

²⁹³ (Ordem dos enfermeiros, 2006)

²⁹⁴ (Fortin, 1999)

²⁹⁵ (Ordem dos enfermeiros, 2006)

²⁹⁶ (Nunes, 2013)

²⁹⁷ (Santos, 2004)

²⁹⁸ (Deodato, 2008)

adequada quanto ao objetivo e à natureza do estudo, e informado que poderiam revogar livremente o seu consentimento.

Deste modo, foi cumprido outra diretriz, que consiste em garantir salvaguardar a confidencialidade, na medida em que se estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade de dados de pesquisa²⁹⁹.

REFLEXÃO CRÍTICA

A ventilação não-invasiva representa uma excelente alternativa às técnicas de ventilação mecânica invasiva. No entanto esta técnica apesar de comprovada a sua eficiência ainda é muito pouco conhecida e utilizada.

Todas as vantagens da VNI podem virar-se contra o cliente e originar graves consequências por falta de experiência. Para evitar tal facto, é fundamental existência de uma equipa de profissionais com experiência e motivação que assegure o sucesso da técnica. Por outro lado, é necessário a contínua atualização das normas de procedimento, assim como a organização de um meio físico, com todo o equipamento necessário para instituir a VNI.

Deste modo, procuramos transmitir de forma clara, crítica/reflexiva as atividades que desenvolvemos durante os estágios que nos propusemos, e a forma como fomos agindo perante os desafios que se iam assomando.

Este projeto proporcionou-nos um olhar diferente sobre os cuidados que eram prestados de uma forma muitas vezes rotineira, e muitas vezes pouco fundamentados. Porém, à medida que se ia desenrolando a pesquisa bibliográfica as nossas ações assim como, os nossos argumentos perante

o debate com os pares, foram sendo suportadas em bases científicas.

Essa pesquisa não teve apenas o objetivo de se circunscrever a nós como elementos ativos no projeto, mas também incutir naqueles que a rodeavam essa vontade, com o desejo último, a mudança de comportamentos, visando a qualidade dos cuidados fornecidos pelos profissionais, aumentando a segurança daqueles para quem direcionamos o nosso foco enquanto enfermeiros – o cliente/família (ser único e individual).

Para que tudo isto se torne verdade e faça sentido, é necessário divulgar, publicar os estudos que sintetizem os resultados da pesquisa, é um passo para contribuir para a prática baseada na evidência. Para darmos relevo/visibilidade à nossa profissão é necessário fomentar a importância da investigação junto dos elementos novos, dos nossos pares, das chefias, assim como da própria instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- British Thoracic Society Standards of Care Committee. (2002). *Non-Invasive Ventilation in acute respiratory failure. BTS Guideline*. Nottingham, UK.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. Porto: Lusociência Edições técnicas e Científicas.
- Documento interno da ULSLA. (2007). *Plano de Formação*.
- Esquinas, A. (2011). *Princípios da Ventilação Mecânica Não Invasiva do hospital ao domicílio*. Ave: Gasinmédica Grupo Air Products.
- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (Julho/Agosto de 2009). Ventilação Não-Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XV, pp. 655-667.

²⁹⁹ (Santos, 2004)

-
- Ferrito, C. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, p. 2.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. R. (1989). *Trabalho de projeto. Aprender por objetivos centrados nos problemas*. Porto: Edições Afrontamentos.
- Mourisco, S. (2006). Complicações da Ventilação Mecânica Não-Invasiva. *Nursing*.
- Nogueira, N. R. (2005). *Pedagogia dos projetos. Etapas, papéis e atores* (1ª ed.). São Paulo: Erica.
- Nunes, L. (Abril de 2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica. 1.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, Enunciados descritivos*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre a segurança do doente.
- Ordem dos enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre investigação*.
- Ordem dos enfermeiros. (2007). *Dor - Guia orientador de boas práticas*. Lisboa.
- Ramalho, A. (2005). *Manual Redacção de Estudos e Projetos de Revisão Sistemática com e sem Metanálise*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Rodrigues, C. (Janeiro-Março de 2010). Planeamento. *Percursos*, pp. 10-17.
- Santos, A. (2004). A importância da Ética na Investigação. 627-644.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Vaz, A. (2010). Definição de Objetivos. *Percursos*, pp. p. 18-19.

APÊNDICE 17

Planeamento do PAC

Estudante: Anabela Guerreiro da Encarnação Soares	Orientador: Enfª Ana Cristina Guerreiro especialista em M.C. /Profª Elsa Monteiro
Instituição: Hospital do Alentejo	Serviço: Urgência
Título do Projeto: Intervenções na Segurança e Gestão do Risco nos cuidados de enfermagem	
<p>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, já discutidos com o professor e o orientador):</p> <p><u>OBJECTIVO GERAL</u> Contribuir para a melhoria da segurança nos Cuidados de Enfermagem prestados ao no SU do hospital do Alentejo</p> <p><u>OBJECTIVOS Específicos</u></p> <p>Elaborar um formulário de notificação de Incidentes críticos para os enfermeiros/Identificação e avaliação do Risco</p> <p>Realizar Formação Teórico-Prática subordinada ao tema Segurança e Gestão de Risco nos Cuidados de Enfermagem destinada aos enfermeiros do serviço de Urgência</p>	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<p>Enfermeira Tutora – A.C.G. Enfermeira Responsável do SU – Enfª G.F. Enfermeiro responsável pela formação – H.M. Diretor de Serviço – Dr. P.C. Enfermeira Diretora – Enfª M.J.G. Presidente do Conselho de Administração – J.M. Departamento de Formação – Enfª D.C.</p> <p style="text-align: right;">Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____</p>	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Elaborar um formulário de notificação de Incidentes críticos para os enfermeiros/Identificação e avaliação do Risco	<p>Pesquisa bibliográfica sobre Segurança e Gestão de Risco nos cuidados de enfermagem.</p> <p>Reunião com a Enf^o responsável e com a Enf^a Orientadora sobre os itens a incluir no formulário, no sentido de recolher opiniões sobre o formulário a construir.</p> <p>Construção do formulário de notificação de Incidentes Críticos.</p> <p>Apresentação do formulário à Enf^a Responsável pelo SU e à Enf^a Orientadora, no sentido de recolher sugestões, proceder às alterações, aso necessário.</p> <p>Auscultação da equipa, a fim de recolher sugestões sobre o formulário</p> <p>Realização de pedido de autorização à Enf^a responsável do SU para a implementação do formulário de relato de incidentes.</p> <p>Pedir autorização à responsável pelo SU para a implementação do formulário</p> <p>Implementar o formulário de Incidentes Críticos.</p>	<p>Enf^a Responsável do SU</p> <p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Enf^a Diretora de Enfermagem</p> <p>Diretor Clínico do S</p> <p>Formador</p> <p>Formandos</p> <p>Enf^a Responsável pelo SU</p> <p>Pessoal do Departamento da Formação</p> <p>Enf^o Responsável pela Formação do SU</p>	Material didático e informático	6 semanas	<p>Concretização da reunião com a Enf^a Responsável do SU</p> <p>Existência do formulário de notificação de incidentes Críticos</p> <p>Que 100% da equipa de enfermagem tenha conhecimento do formulário de notificação de Incidente Crítico e que faça relato de incidentes.</p>

<p>Formar e treinar a equipa de enfermagem sobre a identificação e notificação de incidentes</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre a temática</p> <p>Reunião formal com Enfermeira Responsável pela Formação</p> <p>Preparação da apresentação em suporte informático (Slides)</p> <p>Discussão dos slides com a Enfª Responsável e com a Enfª Orientadora, proceder a alterações, caso necessário</p> <p>Elaboração de um Plano de Sessão</p> <p>Divulgação da Formação (Data, hora, local) através de email e Cartazes informativos</p> <p>Requisição da sala para a formação</p> <p>Realização da formação (enfermeiros)</p> <p>Avaliação da Formação</p>		<p>PC</p> <p>Data Show</p> <p>Plano de Sessão</p> <p>Folhas de Presença</p> <p>Folhas de Avaliação</p> <p>Sala de Formação</p> <p>Impressora para impressão dos cartazes informativos</p> <p>Cartaz para divulgação da Formação</p>	<p>6 semanas</p>	<p>Cartaz de divulgação da formação.</p> <p>Plano da Sessão</p> <p>Concretização da Formação Teórico/prática.</p> <p>Presença de pelo menos 70% dos enfermeiros do SU na formação.</p>
--	---	--	---	------------------	--

Cronograma:		Mês							Semana										
Atividades a desenvolver	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Setembro	Outubro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Setembro	Outubro	
Reunião com a Enf ^o responsável e com a Enf ^a Orientadora sobre os itens a incluir no formulário																			
Construção do formulário de notificação de Incidentes Críticos																			
Pesquisa bibliográfica																			
Preparação da apresentação da formação em suporte informático																			
Divulgação da formação																			
Realização da formação																			
Implementação do formulário de relato de incidentes																			

Orçamento: Contudo, relativamente aos recursos materiais temos previsto gastos na ordem dos 20 euros que se destinam à impressão de cartazes e material didático (canetas e folhas). Não prevemos gastos com os recursos humanos.

Recursos Humanos:
Colaboração da equipa de enfermagem para a formação em serviço

Recursos Materiais:

Cartazes

Material didático e informático

PC

Sala de formação

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

O planeamento pode sofrer alterações, pode ser sujeito a ajustes durante todo o processo.

As formações teórico-práticas dependem da articulação com a Enfª Responsável pelo SU, da Enfª responsável pela formação do SU e da Enfª responsável pelo departamento da formação do hospital do Alentejo.

Poderá haver a não adesão da equipa de enfermagem, devido à indisponibilidade, ao rácio enfermeiro/turno que é de todo desfasado, das necessidades do serviço.

A forma de colmatar estes constrangimentos será a divulgação adequada da formação em serviço através de cartazes e pela intranet. E se necessário realizar a formação em dias distintos, de forma a englobar o maior nº de enfermeiros.

APÊNDICE - 18

Formulário de relato de incidentes

FORMULÁRIO DE RELATO DE INCIDENTE DO S.U.

1) Data do incidente _ / _ / _	2) Hora do incidente _ h : _ min	3) Local do incidente _____		
4) Tipo de incidente (segundo a CISD). Seleccione uma opção:				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <u>Incidente Clínico</u> __ Queda do doente³⁰⁰ __ Úlcera por Pressão³⁰¹ __ Administração clínica __ Comportamento __ Dieta/alimentação __ Dispositivo/equipamento médico³⁰² __ Documentação __ Infecção associada aos cuidados de saúde __ Infraestrutura/edifício/instalações __ Medicação/fluidos IV __ Oxigénio/gás/vapor __ Processo/procedimento clínico __ Recursos/Gestão organizacional __ Sangue/Hemoderivados __ <i>Outro incidente</i> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <u>Incidente Não Clínico</u> Assinale uma opção: __ Corte total de energia __ Desaparecimento de doente __ Equipamentos __ Exposição a sangue/fluidos orgânicos __ Furto/vandalismo __ Incêndio/explosão __ Infraestruturas/edifícios/instalações __ Inundação __ Manuseamento de cargas __ Produtos químicos __ Queda de profissionais/visitantes __ Riscos eléctricos __ Violência física/verbal __ <i>Outro incidente</i> </td> </tr> </table>			<u>Incidente Clínico</u> __ Queda do doente ³⁰⁰ __ Úlcera por Pressão ³⁰¹ __ Administração clínica __ Comportamento __ Dieta/alimentação __ Dispositivo/equipamento médico ³⁰² __ Documentação __ Infecção associada aos cuidados de saúde __ Infraestrutura/edifício/instalações __ Medicação/fluidos IV __ Oxigénio/gás/vapor __ Processo/procedimento clínico __ Recursos/Gestão organizacional __ Sangue/Hemoderivados __ <i>Outro incidente</i>	<u>Incidente Não Clínico</u> Assinale uma opção: __ Corte total de energia __ Desaparecimento de doente __ Equipamentos __ Exposição a sangue/fluidos orgânicos __ Furto/vandalismo __ Incêndio/explosão __ Infraestruturas/edifícios/instalações __ Inundação __ Manuseamento de cargas __ Produtos químicos __ Queda de profissionais/visitantes __ Riscos eléctricos __ Violência física/verbal __ <i>Outro incidente</i>
<u>Incidente Clínico</u> __ Queda do doente ³⁰⁰ __ Úlcera por Pressão ³⁰¹ __ Administração clínica __ Comportamento __ Dieta/alimentação __ Dispositivo/equipamento médico ³⁰² __ Documentação __ Infecção associada aos cuidados de saúde __ Infraestrutura/edifício/instalações __ Medicação/fluidos IV __ Oxigénio/gás/vapor __ Processo/procedimento clínico __ Recursos/Gestão organizacional __ Sangue/Hemoderivados __ <i>Outro incidente</i>	<u>Incidente Não Clínico</u> Assinale uma opção: __ Corte total de energia __ Desaparecimento de doente __ Equipamentos __ Exposição a sangue/fluidos orgânicos __ Furto/vandalismo __ Incêndio/explosão __ Infraestruturas/edifícios/instalações __ Inundação __ Manuseamento de cargas __ Produtos químicos __ Queda de profissionais/visitantes __ Riscos eléctricos __ Violência física/verbal __ <i>Outro incidente</i>			
5) Descrição do incidente (clara e sucinta):				
6) Pessoas afectadas Houve pessoas afetadas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Doente <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____				
O que pode ser feito para evitar a repetição do incidente?				
7) Ações corretivas/preventivas imediatas (ACP's) Houve necessidade de tomar ACP's de imediato? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem respondeu sim, especifique de seguida:				
Plano de acção (Discutidos com os responsáveis de serviço)				
	Responsável	Data de execução		
8) Preenchido por (facultativo): _____				

³⁰⁰ Acrescentar informação sobre score de risco de queda avaliado antes do incidente e o N.º do Processo Clínico;

³⁰¹ Adquirida neste episódio de Internamento. Indicar n.º de Processo;

³⁰² Acrescentar informação sobre lote, Ref. e n.º de código interno

APÊNDICE 19

Plano de sessão da formação sobre a segurança e gestão de risco

PLANO DE SESSÃO

Projeto: Segurança e Gestão de Risco

Destinatários: Equipa de enfermagem do Serviço de Urgência da ULSLA

Local: Auditório d

Ação n.º 1

Objetivo Geral: Contribuir para a melhoria da qualidade e da segurança dos Cuidados de Enfermagem.

Objetivos específicos: Dotar os formandos de conhecimentos sobre a segurança e gestão de risco.
Dar a conhecer o formulário de relato de incidentes.

Formadora: Anabela Soares

Data: 25 de Setembro de 2013

Horas: 14.30 horas

Duração da sessão: 1 hora

Sessão: 1

Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Humanos	Materiais e Equipamentos	Atividades Didáticas	Tempos Previstos
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos formadores; • Apresentação do projeto; • Justificação do tema; • Conceitos; • Cultura de Segurança; • Principais fatores que conduzem ao erro profissional; 		Estudante	Voz		10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e eventos – Observatório da segurança do doente; • Gestão de Risco; • Formulário de relato de Incidentes; • Síntese do tema; • Envolvimento de alunos; • Ficha de avaliação dos conhecimentos adquiridos; • Ficha de avaliação da formação. 	Método expositivo	Estudante	Voz Computador portátil Retroprojeter Tela branca	Exposição e discussão da temática	40 min
Conclusão		Método expositivo	Estudante	Voz Computador portátil Retroprojeter Tela branca Voz Papel	Exposição e discussão da temática	10 mi

APÊNDICE 20

Diapositivos da formação Segurança e Gestão de Risco

24

24 - Segurança e Gestão de Risco - 2013 - 2014

Segurança e Gestão de Risco

www.fca.edu.br/segur

Trabalho realizado por:
 Caroline de Oliveira Lima, 2013, 2014 - 2014
 Trabalho realizado por:
 Caroline de Oliveira Lima, 2013, 2014 - 2014

Segurança e Gestão de Risco

Guia (2000)

RISG: referência entre o produto e o processo de um determinado desenvolvimento.

Segurança do sistema
 Segurança do profissional
 Segurança do cliente

Segurança e Gestão de Risco

Caroline de Oliveira Lima

25

Sumário

Conteúdo

Objetivos

Conteúdo

Objetivos

Conteúdo

Objetivos

Caroline de Oliveira Lima

26

Conceitos

Um incidente pode ser uma ocorrência inesperada, de natureza crítica, que resulta em danos ou incidentes que afetam dados (dentro e fora do sistema).

Qualquer evento inesperado que cause danos ou prejuízos ao sistema.

Segurança de Risco

Processos e procedimentos adotados para garantir a segurança do sistema.

Caroline de Oliveira Lima

27

Objetivos

Objetivo Geral

- Contribuir para a melhoria de qualidade e do desempenho dos sistemas de informação.

Objetivos Específicos

- Definir os níveis de maturidade dos sistemas de segurança e gestão de risco.
- Definir os níveis de maturidade dos sistemas de segurança e gestão de risco.

Caroline de Oliveira Lima

28

Conceitos

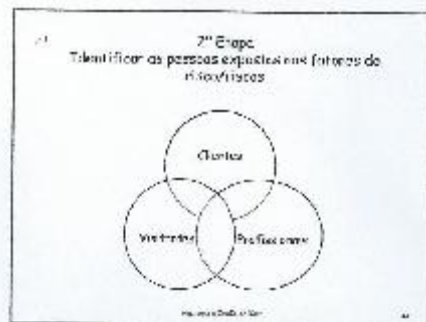
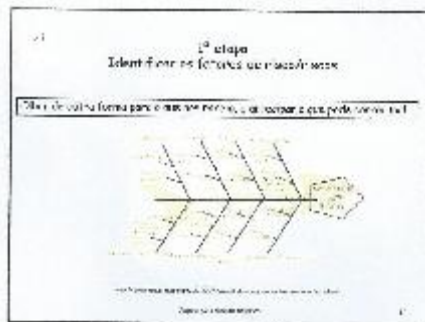
Risco

Política ou estratégia que define o nível de risco aceitável para o sistema.

Atributos

Características que definem o processo operacional, administrativo.

Caroline de Oliveira Lima



20 2ª etapa
Analisar os riscos - Nível de gravidade/probabilidade

Fonte: [illegible]

21 2ª etapa
Revisar o nível de risco periodicamente

Fonte: [illegible]

22 4ª Etapa - Definir Planos de Mitigação

Como mitigar o risco:
- evitar o risco;
- reduzir o risco;
- transferir o risco;
- aceitar o risco.

Exemplos de "Guerra de Esmetas" da OAB

1. Medição e controle de qualidade
2. Testes de unidade
3. O uso de ferramentas de teste
4. Ferramentas de teste de unidade
5. Controle de qualidade
6. Controle de qualidade
7. Controle de qualidade
8. Controle de qualidade
9. Controle de qualidade
10. Controle de qualidade

Fonte: [illegible]

23 Ferramentas de Teste de Incidentes de OAB

Fonte: [illegible]

24 5ª etapa
Revisar a avaliação do risco periodicamente

Monitorização:

Fonte: [illegible]

25 Conclusão

A cultura de segurança é o fator de sucesso em todos os projetos de segurança pública das organizações de saúde.

A gestão da segurança resulta em melhores resultados de trabalho mais seguros, práticos e seguros e melhorado para a segurança dos trabalhadores e a função do projeto e dos colaboradores.

O nível de risco é o resultado da avaliação de risco e a oportunidade de que os riscos sejam evitados.

Fonte: [illegible]

APÊNDICE 21

Avaliação da formação de segurança e gestão de risco

Avaliação da formação de segurança e gestão de risco

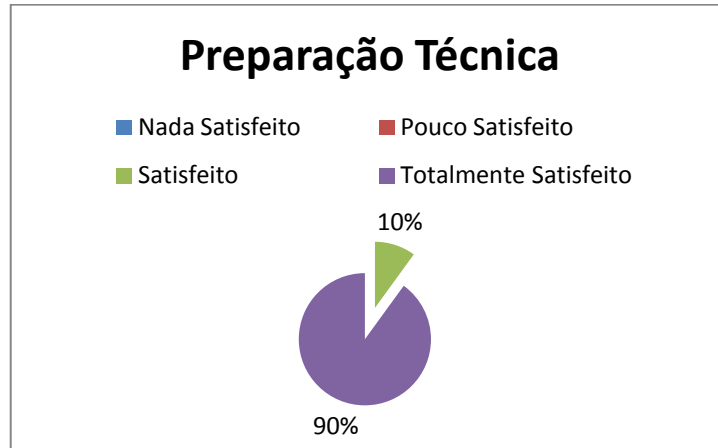


Gráfico 1 – Preparação técnica

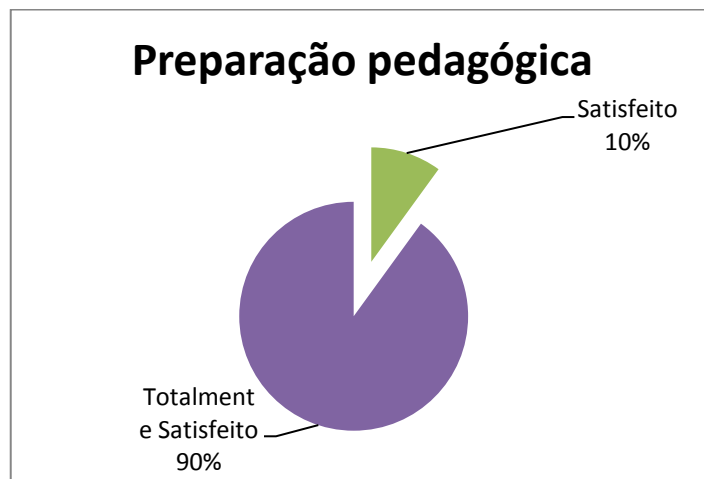


Gráfico 2 – Preparação pedagógica

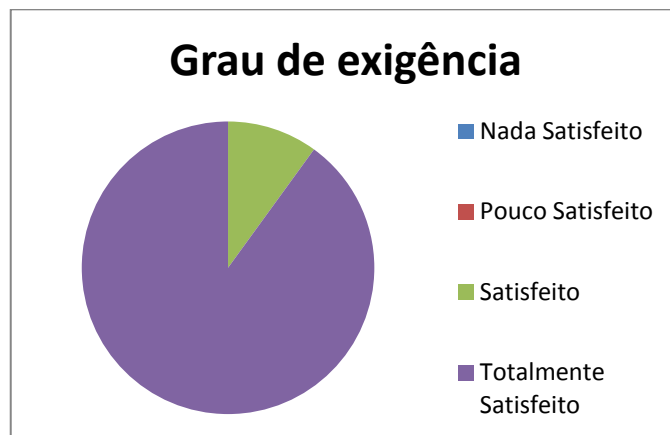


Gráfico 3 – Grau de exigência

Ao domínio dos temas e conteúdos abordados



Gráfico 4 – Ao domínio dos temas e conteúdos abordados

À linguagem utilizada

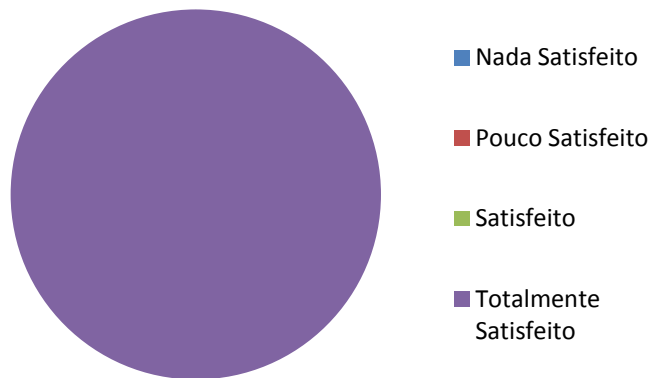


Gráfico 5 – linguagem utilizada

Ao relacionamento/sensibilidade interpessoal com os formandos

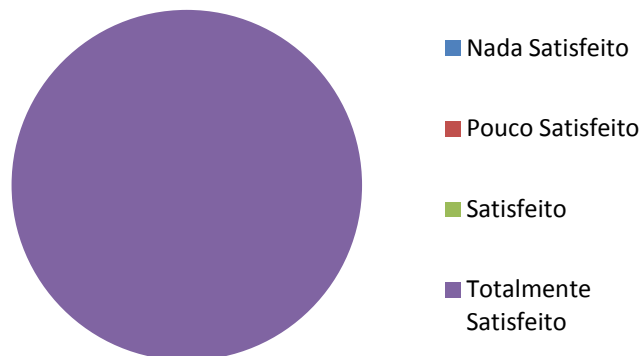


Gráfico 6 – Relacionamento/sensibilidade interpessoal com os formandos

À dinamização e ao incentivo à participação

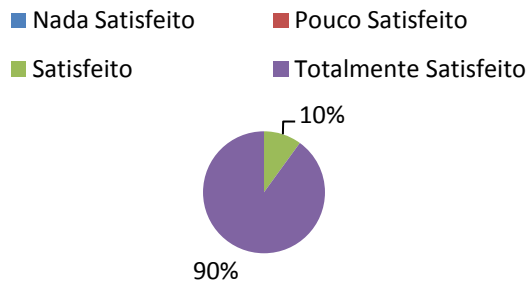


Gráfico 7 – Dinamização e incentivo à participação

Ao apoio para superar dificuldades na compreensão dos conteúdos

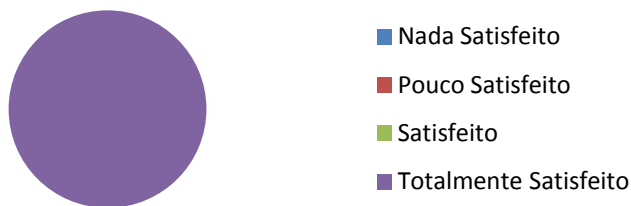


Gráfico 8 – Apoio para superar dificuldades na compreensão dos conteúdos

À disponibilidade de material de apoio

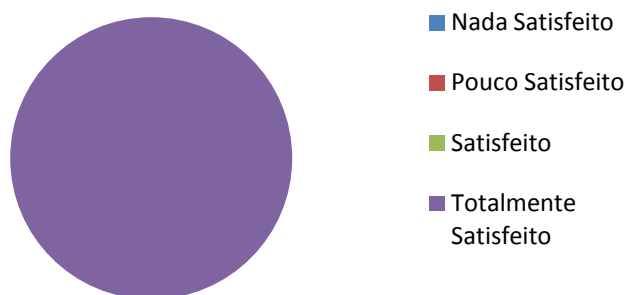


Gráfico 9 – Disponibilidade de material de apoio



Gráfico 10 – Pontualidade

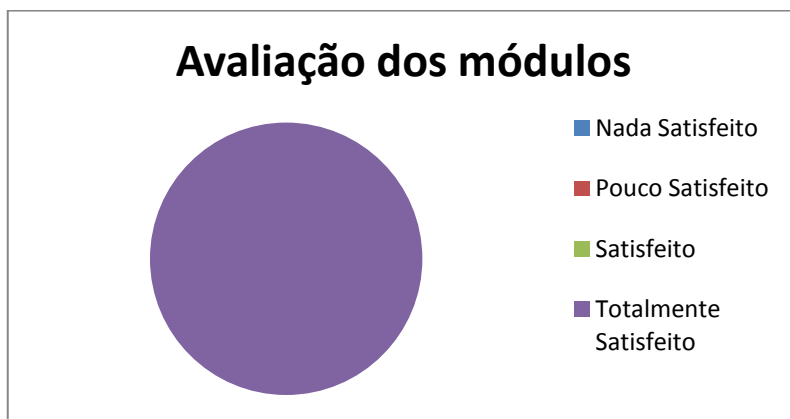


Gráfico 11 – Avaliação dos módulos