



Hugo Henriques **Relatório de Trabalho de Projeto**

## **Inovação na Qualidade dos Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem**

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 Professora Doutora Lurdes Martins

novembro 2016



Hugo Henriques **Relatório de Trabalho de Projeto**

## Inovação na Qualidade dos Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

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 Professora Doutora Lurdes Martins

novembro 2016

**POR MIM, PARA MIM E A  
VÓS OS AUSENTES**

## **RESUMO**

Os registos são parte integrante do processo de enfermagem, sendo uma forma de justificar e comprovar os cuidados prestados aos doentes. De igual forma são uma fonte de informação e um meio de comunicação, constituindo um instrumento de trabalho essencial para a prática de enfermagem. Os registos em SAPE têm várias vantagens nomeadamente facilitar o planeamento de cuidados, garantir a sua continuidade, avaliar a eficácia das intervenções entre outras.

O objetivo deste relatório visa demonstrar o percurso realizado para a implementação do projeto de intervenção em serviço sobre a inovação na qualidade dos registos de enfermagem na Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos.

Para atingir o objetivo delineado no âmbito do projeto de intervenção em serviço, recorreu-se à metodologia de projeto por forma a fazer o diagnóstico de situação, planeamento do projeto e a sua avaliação. No decorrer do estágio também se realizou um projeto de aprendizagem de competências que consistiu na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, tendo como referencial os documentos publicados pela Ordem dos Enfermeiros no que respeita ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e às competências de mestre.

Durante a realização dos estágios o projeto de intervenção em serviço relativamente à qualidade dos registos de enfermagem não pode ser concluído por razões externas ao curso de mestrado, no entanto o diagnóstico de situação e planeamento efetuado fora aceites pelo serviço e serão implementados posteriormente. No que respeita às competências de enfermeiro especialista e de mestre o caminho efetuado ao longo dos estágios permitiram a aquisição destas competências.

**Palavras chave:** Processo de enfermagem; Registos de Enfermagem, Enfermagem Médico-cirúrgica e Enfermagem de Cuidados Críticos

## **ABSTRACT**

The records are an integral part of the nursing process, as a way to justify and prove the care of patients. Likewise are a source of information and a means of communication, is an essential working tool for the practice of nursing. Records in SAPE have several advantages particular to facilitate the planning of care, ensure their continuity, evaluate the effectiveness of interventions among others.

The objective of this report is to show the route taken in the implementation of service intervention project on innovation in the quality of nursing records in Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos.

To achieve the objective outlined in the intervention project in service, appealed to the design methodology in order to make the diagnosis of the situation, project planning and evaluation. During the stage also held a learning project skills that had consisted in the acquisition and development of expertise, as reference documents published by the Order of Nurses in relation to specialist nurse in medical-surgical nursing and master skills.

In carrying out the stages intervention project in service on the quality of nursing records can not be completed for reasons external to the master's course, however the diagnosis of the situation and planning carried out by the service accepted and will be implemented later. With regard to nurse specialist skills and master the path made through the stages allowed the acquisition of these competencies

**Key words:** Nursing process; Nursing Records; Surgical Nursing; Critical Care Nursing

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AHA - American Heart Association

CCI - Comissões de Controlo de Infecção

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DAE –Desfibrilhação Automática Externa

DGS - Direção Geral de Saúde

DPE - Deontologia para a Prática de Enfermagem

ECTS - European Credit Transfer System

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESS – Escola Superior de Saúde

GIA – Gabinete de Informações e Atendimento

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRSA – Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus

NPG – Norma de Procedimentos Geral

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAC – Projeto de Aprendizagem de Competências

PIS – Plano de Intervenção no Serviço

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAVC - Suporte Avançado de Vida Coronário

SBV – Suporte Básico de Vida

SI – Sistemas de Informação

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

SU – Serviço de Urgência

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

UC - Unidade Curricular

UCDI- Unidade Cuidados Diferenciados Imediatos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UMICD – Unidade Médica de Internamento de Curta Duração

## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.ENQUADRAMENTO CONCETUAL .....</b>	<b>14</b>
<b>2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO .....</b>	<b>24</b>
2.1 CARATERIZAÇÃO DA UCDI.....	24
2.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	26
2.3 PLANEAMENTO DO PROJETO.....	32
2.4. AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	36
<b>3. PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>
3.1 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS .....	38
3.2 AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	47
3.3 AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	56
<b>4. REFLEXÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>70</b>
Apêndice 1 - Questionário .....	71
Apêndice 2 - Cronograma .....	75
Apêndice 3 - Orçamento .....	77
Apêndice 4 - Fenómenos e atitudes terapêuticas.....	79
Apêndice 5 - Contenção física.....	91
Apêndice 6 – Parecer da comissão de ética .....	110
Apêndice 7 - Julgamento e tomada de decisão .....	119
Apêndice 8 - Implementação dos Registos de Enfermagem no SAPE na Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Urgência.....	131
Apêndice 9 – Projeto de Auditoria Interna aos Registos de Enfermagem no SAPE na Unidade de Cuidados Intensivos.....	145
Apêndice 10 - Norma Procedimentos UCI .....	154
Apêndice 11 - Checklist da auditoria aos registos de enfermagem em SAPE na UCI .....	158
Apêndice 12 - Relatório da auditoria da UCI.....	163
Apêndice 13 - Implementação de uma Unidade de Ventilação Mecânica não invasiva .....	167
Apêndice 14 - Artigo “Impacto da transição saúde-doença no utente e família com diabetes mellitus tipo I” .....	176
Apêndice 15 – “Infeção por MRSA: Continuidade de cuidados na comunidade” ....	183
Apêndice 16 - Mapa Concetual .....	188
Apêndice 17 - Teoria da Incerteza de Merle Mishel .....	190
<b>ANEXO .....</b>	<b>195</b>
Anexo 1 – Curso “Gestão de recursos em situação de crise e urgência/emergência”	196
Anexo 2 - Workshop Via Aérea em Emergência no Adulto.....	198
Anexo 3 - Palestras INEM -Liderança .....	200

<b>Anexo 4 - Certificado de Aptidão Profissional .....</b>	<b>202</b>
<b>Anexo 5 - Curso “Qualidade e segurança transfusional” .....</b>	<b>204</b>
<b>Anexo 6 - Curso “Reconhecimento e abordagem do potencial dados de órgãos e tecido” .....</b>	<b>206</b>
<b>Anexo 7 - Curso “Comunicação e Atendimento” .....</b>	<b>208</b>
<b>Anexo 8 - Curso “Riscos biológicos e acidentes com exposição a sangue” .....</b>	<b>210</b>
<b>Anexo 9 - Curso “Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem” .....</b>	<b>212</b>
<b>Anexo 10 - Curso “Suporte Básico de Vida Pediátrico” .....</b>	<b>214</b>
<b>Anexo 11 - Curso “Precauções básicas em controlo de infeção” .....</b>	<b>216</b>
<b>Anexo 12 - Curso “Suporte Avançado de Vida Cornário” .....</b>	<b>218</b>
<b>Anexo 13 - Curso “Urgência e Emergência .....</b>	<b>220</b>
<b>Anexo 14 - Curso “Suporte Básico de Vida” .....</b>	<b>224</b>
<b>Anexo 15 - Diploma do Curso de Cardiopneumologia .....</b>	<b>227</b>
<b>Anexo 16 - Behavirol Pain Scale .....</b>	<b>229</b>
<b>Anexo 17 – Curso - “Segurança contra Incêndios” .....</b>	<b>231</b>
<b>Anexo 18 - Declaração AHBVF .....</b>	<b>233</b>
<b>Anexo 19 - Curso “Mecânica corporal - Técnicas de levante e transferência do doente” .....</b>	<b>235</b>

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - SWOT

Tabela 2 - Identificar as oportunidades de melhoria nos registos de enfermagem

Tabela 3 - Elaborar um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem

Tabela 4 - Implementar um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Grau académico

Gráfico 2 - forma atual de registos de enfermagem no SAPE na UC DI

Gráfico 3 - Concorda com a implementação na UC DI de um padrão de registos de enfermagem uniformizados usando o SAPE

Gráfico 4 - Auditorias aos registos

Gráfico 5 - Criação de normas/protocolos

Gráfico 6 - Existência de um elemento dinamizador

Gráfico 7 - Formação continua

## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). Como descrito no Guia Orientador dos estágios da ESS do IPS (2014) “visa proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem Médico-cirúrgica”. A sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC).

Pretendo de forma sistematizada, refletir sobre o trabalho desenvolvido nos estágios do referido curso para efetuar o diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e a divulgação dos resultados obtidos do Projeto em Serviço (PIS) e do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC). O PIS tem como objetivo a aquisição e o aprofundamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas descritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011). Por sua vez o objetivo do PAC é aquisição e o aprofundamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Os três estágios decorreram num Hospital Central. Os estágios I e II, com 16 European Credit Transfer System (ECTS), decorreram de 16 de março a 16 de julho 2015 na Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos (UCDI). Este estágio decorreu no meu contexto profissional e foi desenvolvido um PIS intitulado “Inovação da Qualidade dos Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) na UCDI” com o objetivo de dar resposta a uma problemática identificada acerca da não existência do processo de enfermagem organizado no SAPE. No início do desenvolvimento do PIS, realizei dois estágios de observação em dois serviços do mesmo Hospital considerados de excelência na realização dos registos de enfermagem em SAPE. O estágio III, com um total de 16 ECTS, decorreu de 19 de outubro a 20 de dezembro 2015 na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do mesmo Hospital.

Para FONSECA (2012) a elaboração de um relatório tem a finalidade de procurar descrever a forma como determinado trabalho decorreu; deve funcionar como um

registo para memória futura da experiência acumulada pelo autor durante a realização do trabalho e mostrar os resultados que foram obtidos.

Como objetivo geral defini a elaboração deste relatório, de uma forma crítica e reflexiva, de modo a traduzir o trabalho desenvolvido durante os três estágios do 4º Curso de MEMC da ESS do IPS.

Como objetivos específicos defini:

- Apresentar fundamentando teoricamente o PIS desenvolvido e as estratégias utilizadas para a conceção do mesmo;
- Refletir a prática desenvolvida à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa;
- Analisar as aprendizagens numa relação comparativa com o perfil de competências do Mestre em EMC.

Para uma melhor compreensão e análise encontra-se estruturado em 4 capítulos.

No primeiro capítulo, enquadramento conceptual, é realizada uma contextualização cronológica acerca dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE). No segundo evidencio o trabalho desenvolvido de forma a traduzir a evolução das aprendizagens ao longo dos vários estágios realizados. No terceiro procuro explicar a síntese das aprendizagens, onde analiso o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista bem como as do grau de mestre. Na reflexão final, quarto capítulo, são tecidas considerações sobre a forma como decorreram os 3 estágios, os ensinamentos obtidos e as suas limitações. Faço ainda uma avaliação dos objetivos traçados, do contributo do PIS para a UCDE e do proveito quer profissional quer pessoal que tive com a sua realização.

Para a sua elaboração, usei os métodos descritivo numa sequência lógica e reflexiva, tendo por base uma revisão bibliográfica. Está estruturado de acordo com as normas de elaboração de trabalhos académicos da ESS, segundo a Norma Portuguesa 405 e em conformidade com o novo acordo ortográfico.

## **1.ENQUADRAMENTO CONCETUAL**

Hoje em dia são exigidos enfermeiros cada vez mais capacitados, principalmente do ponto de vista tecnológico, requerendo atributos que respondam aos avanços tecnológicos e informáticos. As tecnologias de informação têm vindo ao longo dos tempos a afirmar-se com indispensáveis nas organizações, e na saúde não são exceção. Os sistemas de informação (SI) e comunicação surgem assim como indispensáveis para a gestão da multiplicidade de informação que caracteriza os cuidados de saúde. Apesar do seu reconhecimento, a introdução dos SI informatizados ainda é realizada com alguma relutância.

A sociedade das tecnologias de informação é uma realidade cada vez mais marcante, com impacto nos prestadores de cuidados, nas pessoas que recebem os cuidados e ainda do sistema de saúde. Os benefícios apontados para a utilização de sistemas informatizados passam pela obtenção de informação mais organizada; mais acessível de forma a facilitar o processo de comunicação; facilitar o desempenho; diminuir o tempo gasto em atividades burocráticas e, assim, maior disponibilidade para o cuidado direto às pessoas (CUNHA *et al*, 2010).

Para NEVES (2001) “a informatização de qualquer instituição deve ser um processo organizacional que recorra às tecnologias para aumentar da produtividade e diminuir desperdícios e falhas de comunicação/perda de informação”.

Os SI permitem uma melhoria na gestão de todas as áreas de um hospital, trabalhando com informação digital em vez de papel. Esta desmaterialização de informação traduz-se em várias melhorias: a informação dos doentes passa a ser acessível em qualquer ponto com acesso à rede informática, a informação hospitalar passa a poder ser utilizada para pesquisa, ensino, gestão de recursos, gestão de qualidade, avaliação de riscos para a saúde pública, e para o planeamento de cuidados de saúde (HAUX, 2006).

Segundo AMARAL (2004) foi na década de 60 que os primeiros sistemas de informação informatizados foram desenvolvidos na saúde e principalmente associados ao atendimento direto das pessoas. Os primeiros sistemas de informação informatizados na saúde estavam associados ao atendimento direto das pessoas, davam resposta a análises estatísticas, controlo de material ou de folhas de

pagamento, tendo posteriormente evoluído para sistemas que integraram a monitorização de pessoas nas unidades de saúde.

Nos anos 90, a Associação Norte Americana de Enfermagem reconhece a área de Informática em Enfermagem como especialidade, “com acesso e uso de dados, informação e conhecimento para padronizar a documentar, melhorar a comunicação, apoiar o processo e tomada de decisão, desenvolver novos conhecimentos, aumentar a qualidade, a efetividade e eficiência do cuidado” (MARIN, 1995).

No setor da saúde, SOUSA (2005) afirma que “as organizações necessitam de sistemas de informação que assegurem a informação útil aos diversos profissionais de saúde, aos diferentes níveis da instituição e adequada a um propósito e disponível em tempo real”.

Os cuidados de saúde estão em permanente desenvolvimento e são influenciados por numerosas modificações, o que torna necessário possuir sistemas de informação capazes de se configurarem como instrumentos promotores de uma utilização da informação centrada na qualidade e otimização dos processos (PINTO, 2009). Os SI surgem assim como indispensáveis para a gestão da informação que caracteriza os cuidados de saúde.

Para OROVIOGOICOCHEA *et al* (2007), através da informatização, os dados são escritos uma vez mas lidos várias vezes, pelo que é importante não só ter os dados corretos como ter a forma correta, com a linguagem correta que permita a sua compreensão e que sejam utilizados pelos restantes profissionais de saúde.

A implementação de SI na saúde facilita em vários aspetos o trabalho dos prestadores de cuidados de saúde e melhoram também a qualidade dos serviços prestados aos seus utentes. A começar pelo diagnóstico, estes sistemas apoiam nas decisões, permitem uma constante monitorização do doente e ajudam no acompanhamento da terapia. Por fim, guardam toda a informação para um fácil acesso a um registo de saúde simples mas completo.

Segundo HENRIQUE (2014) têm pelo menos um dos seguintes objetivos:

- Administrativo - registar os dados demográficos dos doentes, bem como os dados de funcionamento da instituição (ex.: datas de internamentos);

- Financeiro - registar dados relativos aos custos ou receitas de serviços prestados (ex.: despesas a apresentar aos subsistemas de saúde);
- Stock - fazer a gestão de stocks de uma instituição (ex.: fármacos);
- Clínico - registar os dados de saúde e doença de utentes.

Para a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2007) os SI integrados da saúde pretendem beneficiar os utentes, os profissionais de saúde, os administradores de saúde, os decisores políticos e ainda o sistema de saúde.

Destes benefícios, a mesma entidade, aponta alguns, que permite uma visualização geral deste plano, nomeadamente:

- Melhoria da qualidade dos cuidados recebidos pelos utentes;
- A confidencialidade do processo clínico;
- Menor duplicação de exames e possibilidade de tratamento mais rápido;
- Maior e melhor apoio na análise e decisão clínica;
- Garantia de acesso a informação atualizada;
- Maior segurança na prescrição de medicação e partilha de conhecimentos.

Para SOUSA (2005) a informática em enfermagem “serve os interesses do utente já que disponibiliza mais tempo ao enfermeiro para a prestação de cuidados, assegura a sua qualidade, diminui os custos e aumenta os benefícios”.

Perante esta crescente necessidade de informatização nas instituições de saúde, a enfermagem necessita caminhar lado a lado com a tecnologia sem perder, no entanto, as especificidades que a definem.

Para SILVA (2006) “no modelo tradicional, a informação era caracterizada pela sua natureza pouco estruturada e pela utilização de texto livre, os enfermeiros poucas vantagens extraem da informação processada nos registos de enfermagem, ou seja, não retiram conhecimento da experiência documentada e o tempo despendido é visto como um tempo mal empregue“. Ainda segundo o mesmo autor, estes registos incluíam a folha de apreciação inicial, os planos de cuidados, notas de enfermagem, folhas de registo de parâmetros vitais e ainda folhas de terapêutica. A estes documentos juntavam-se outros do foro médico, laboratorial ou de exames complementares de diagnóstico constituindo o processo clínico, de forma física.

Os líderes na Enfermagem há muito que reconheceram que a exposição clara da prática da Enfermagem é essencial para o reconhecimento integral da amplitude e profundidade da profissão (OE, 2009). Os enfermeiros são o maior grupo profissional da área da saúde que mais decisões tomam e atos praticam. Pela natureza e especificidade das suas funções (proximidade, intimidade, tempo de contato com os utentes, entre outros) os enfermeiros são os que maior informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e documentação da saúde dos cidadãos (OE, 2005).

SILVA (2006) que introduziu e desenvolveu o estudo do sistema de informação em enfermagem, defende que os enfermeiros se encaixam no conceito de DRUKER (1993) “*trabalhadores do conhecimento*”, uma vez que usam o conhecimento teórico e analítico e requerem suporte das soluções informáticas para armazenamento de dados clínicos, tradução em informação e ligação a diferentes domínios de conhecimento com agregação de informação.

Segundo CRUCHINHO (2008) citando MANNING E MCCONNELL (1997), os SI devem permitir aos profissionais de enfermagem recolher, utilizar, recuperar, tornar visíveis e comunicar, dados para os serviços de administração, de forma a que estes possam gerir a prática de enfermagem, para melhor a prestação de cuidados e para contribuir para o avanço do conhecimento de enfermagem.

Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) podem ser definidos como potentes repositórios de matéria-prima a utilizar no desenvolvimento da base empírica do conhecimento formal utilizado nos cuidados. Permitem não só a acumulação, a recuperação e a comunicação de informação relevante entre os diversos intervenientes, como também permitem o fornecimento de suporte para a tomada de decisão clínica, a avaliação contínua da prestação de cuidados e o contributo para o avanço do conhecimento de enfermagem. CRUCHINHO (2008).

Os SIE surgem no sentido de facilitar a documentação, diminuindo assim o tempo gasto em tarefas burocráticas e conferindo maior confiabilidade e exatidão na informação bem como uma maior legibilidade na informação e padronização de registos (SILVESTRE, 2012).

FIGUEIROA (2003) afirma que os SIE se definem como, uma “componente da rede complexa do sistema de informação em saúde. Sendo que (...) refere o esforço

de análise, formalização e modelação dos processos de recolha e organização de dados, e transformação dos dados em informação e conhecimento – promovendo decisões baseadas no conhecimento empírico e na experiência – tendo em vista alargar o âmbito e aumentar a qualidade da prática profissional de enfermagem”.

Ainda para a mesma autora, os SIE assumem-se como um dos pilares promotores da tomada de decisão em enfermagem, na medida em que dão forma e visibilidade à profissão, isto é, “do ponto de vista conceptual, evolui-se da ênfase dada à produção da prova documental da realização da ação, para a criação de informação de consumo na tomada de decisão tendo em vista a continuidade de cuidados, o que se reflete sobre a estrutura da informação.”

CRUCHINHO (2008), parafraseando o Nursing Board of Tasmânia (2003), refere que a documentação deve servir principalmente os interesses da pessoa doente, devem ocorrer de forma cronológica, respeitar os requisitos legais, cumprir com as políticas de cuidados, ser concisa, rigorosa e contemporânea, utilizar apenas abreviaturas aprovadas e permitir exclusivamente a documentação individual para cada profissional prestador de cuidados.

Segundo SOUSA (2005) devem servir de suporte legal dos cuidados de enfermagem prestados, dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem nomeadamente para os ganhos em saúde, facilitar a gestão e formação, promover a investigação e a continuidade de cuidados. De outra perspetiva SILVA (2006) defende que “os SIE devem ser suficientemente flexíveis para não normalizar a documentação de enfermagem e, muito menos, as práticas dos enfermeiros”.

Para a OE (2007) surge a necessidade de conceção de modelos de dados referentes à tomada de decisão de enfermagem:

- Dados de apreciação inicial;
- Dados referentes aos diagnósticos de enfermagem;
- Dados referentes aos status dos diagnósticos;
- Intervenções de enfermagem;
- Avaliação sistemática dos resultados/evolução do cliente.

Ainda segundo a mesma entidade, os SIE deverão permitir a extração de resumos mínimos de dados de forma a:

- Descrever as necessidades dos cuidados de enfermagem em diferentes contextos, populações, áreas geográficas e momento
- Identificar diagnósticos de enfermagem;
- Intervenções de enfermagem que estão a ser implementadas;
- Observar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Avaliar recursos que estão a ser utilizados;
- Comparar dados sobre as práticas de enfermagem em diferentes níveis;
- Oferecer um testemunho sobre os aspetos críticos de enfermagem e da saúde;
- Desenvolver bases de dados necessárias para conduzir a investigação clínica;
- Avaliar o custo/eficácia das intervenções de enfermagem face a diferentes diagnósticos de enfermagem
- Avaliar o custo dos recursos, fornecendo dados que influenciem as políticas de saúde;
- Através das bases de dados partilhar informações com os vários prestadores de cuidados e investigadores;
- Avaliar a informação que está a ser produzida a partir da documentação de enfermagem.

SOUSA (2006) refere algumas limitações para o desenvolvimento dos SIE, como sejam: pouca familiaridade dos enfermeiros com a tecnologia, pouco envolvimento no processo de decisão na aquisição de tecnologia, não participação no desenvolvimento dos sistemas, elevado custo da implementação das tecnologias, diferenças entre conhecimento formal e informal, falta de estruturação de dados, ausência de um conjunto mínimo de dados e o parcial acesso dos enfermeiros a estes dados.

Com introdução de uma linguagem comum, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), foi possível o desenvolvimento de um modelo SIE

que se centra na área das intervenções de enfermagem “iniciadas pela tomada de decisão do enfermeiro, que permitem introduzir dados relativos à apreciação inicial a partir do modelo parametrizado nas unidades de cuidados, inserir os diagnósticos de enfermagem identificados, definir o foco envolvido e o status do diagnóstico - utilizando os conteúdos parametrizados e/ou adicionando texto livre, prescrevendo as intervenções de enfermagem” (Silva, 2006).

A CIPE é uma terminologia da prática de enfermagem proposta em 1989 pelo *International Council of Nurses* (ICN), construído à base dos seguintes critérios:

- Ser vasta para poder servir as necessidades de todas as zonas do mundo;
- Ser simples para poder ser facilmente usada no dia-a-dia;
- Ser consistente com quadros de referência conceptuais, em vez de quadros de referência teóricos ou modelos específicos de enfermagem;
- Ter um núcleo central no qual se vai adicionando e melhorando;
- Refletir o sistema de valores existente no “Código para Enfermeiros” do ICN;
- Capaz de complementar ou integrar outras classificações da Organização Mundial de Saúde.

Para TEIXEIRA (2003), a CIPE merece enfoque especial dado o seu carácter emergente, evolutivo e globalizante, bem como a sua abrangência em todos os momentos da tomada de decisão em enfermagem (fenómenos de enfermagem, intervenções de enfermagem e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem).

Para a OE (2007), devem garantir a produção automática de classificações de doentes para determinação da intensidade de cuidados, devendo ainda, desenvolver uma estrutura de partilha de informação e articulação interinstitucional, garantindo assim, a continuidade de cuidados e a qualidade nos mesmos.

Defende também seis aspetos principais associados ao conteúdo e à estruturação do modelo de SIE que devem estar presentes:

- A CIPE como referencial de linguagem no SIE;
- A possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidades de cuidados;
- A articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada;

- A organização das intervenções de enfermagem a implementar;
- A integridade referencial entre diagnósticos, *status*, intervenções, dados da observação/vigilância e os resultados face aos diagnósticos de enfermagem;
- A capacidade de resposta a resumos mínimos de dados de enfermagem.

Para CASTRO (2009), os catálogos CIPE são desenvolvidos para agruparem os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem relacionados dentro de uma área particular de cuidados. Estes catálogos são desenvolvidos com o recurso ao sistema de termos, são uma referência de fácil acesso para os enfermeiros poderem basear o seu trabalho no dia-a-dia. Permitem também uma melhoria na segurança e na qualidade dos serviços de saúde prestados, fornecendo dados sistemáticos e recuperáveis.

A construção de intervenções e diagnósticos a partir de um conjunto de eixos da CIPE face aos focos frequentes em cada serviço é designado por “parametrização”. Este conjunto de intervenções que ficam parametrizadas são apresentadas aos enfermeiros como sendo o conjunto de intervenções que fazem sentido executar. Cabe a eles selecionar, desse conjunto, aquelas que fazem sentido para o caso particular. Além disso, para cada foco, deve ser elaborado o conjunto de diagnósticos que permitem avaliar a evolução desse mesmo foco no doente. O sistema obriga a que exista pelo menos um diagnóstico (PINTO 2009).

Todos os cuidados de Enfermagem devem constar do processo clínico do doente, e são da responsabilidade do enfermeiro que os prestou. Os registos de Enfermagem justificam e comprovam os cuidados que foram proporcionados aos doentes numa determinada situação clínica. São uma fonte de informação e um meio de comunicação, constituindo um instrumento de trabalho essencial para a prática clínica de Enfermagem e sua continuidade.

A aplicação SAPE é, atualmente, a resposta à necessidade de informatização da informação recolhida na prestação de cuidados de enfermagem e tem como entidade responsável a ACSS. Foi inicialmente concebida por Abel Silva em 2001, aquando do seu percurso de doutoramento e radica-se em princípios, dos quais se destaca:

- Incorporar uma área relativa à documentação das intervenções de enfermagem que resultam da prescrição de outros técnicos e outra área que reporta a

dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros;

- Organizar, gerir e tratar a informação referente ao exercício profissional autónomo dos enfermeiros, em particular aquilo que se refere a diagnósticos, intervenções autónoma e resultados de enfermagem;
- Conter uma classificação de enfermagem, a CIPE, para efeitos da nomeação dos diagnósticos, intervenções autónomas e resultados de enfermagem;
- Integrar requisitos de parametrização de conteúdos adequados às necessidades locais de cada unidade e, eventualmente, necessários à viabilização de indicadores relativos ao exercício profissional dos enfermeiros, visando a qualidade dos cuidados;
- Permitir o uso de linguagem natural – texto livre – para que a adequada descrição dos cuidados e necessidades dos clientes não fique limitada;
- Minimizar a duplicação de informação;
- Garantir a integridade referencial dos dados e diferentes itens de informação;
- Promover a acessibilidade aos dados, à informação e ao conhecimento.

Segundo GOMES *et al* (2009) visa o tratamento e organização da informação processada nos atos de enfermagem.

Nesta aplicação o enfermeiro pode:

- Consultar o plano de trabalho para a intervenção prevista num determinado contato incluída no programa das equipas de enfermagem;
- Registrar/consultar os sintomas apresentados pelo utente;
- Registrar/consultar as intervenções de enfermagem com base no diagnóstico efetuado;
- Consultar/registar o plano de trabalho elaborado pelo sistema com base na informação clínica nele inserido;
- Consultar as tabelas de parametrização e codificação da atividade de enfermagem.

Segundo ROCHA *et al* (HGO 2015) os registos de Enfermagem têm a finalidade de:

- Proporcionar a comunicação;

- Facilitar o planeamento e individualização dos cuidados;
- Garantir a sua continuidade;
- Avaliar a eficácia das intervenções / cuidados prestados;
- Proporcionar segurança ao doente e à equipa de Enfermagem;
- Permitir avaliar a qualidade dos mesmos;
- Suportar a investigação;
- Contribuir para a gestão dos recursos humanos e materiais;
- Identificar áreas de formação em serviço;
- Permitir proteção e responsabilização jurídico-legal e institucional dos enfermeiros.

O contributo que a enfermagem tem na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde deve ser visível aos olhos da investigação. Cada vez mais se pretende demonstrar que a enfermagem pela sua natureza e especificidade tem impacto nos ganhos em saúde das populações. A existência de um padrão de qualidade nos registos de enfermagem é um pré requisito essencial para a evidência dos resultados em enfermagem.

## **2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO**

O presente projeto insere-se no âmbito dos estágios do 4º Curso de MEMC que decorreram na UCDI do Hospital X, onde se verificou a inexistência de um padrão de qualidade nos registos de enfermagem uniformizados utilizando o SAPE.

Os registos de enfermagem “devem respeitar a natureza dos cuidados, sob a pena de não uniformizarem as situações que pretendem descrever” (HESBEEN, 2006). Pretende-se que sejam uma ferramenta significativa para descrever a enfermagem e aumentar a sua visibilidade (LEAL, 2006).

No âmbito da UCDI a melhoria contínua da qualidade prende-se pela não existência de um padrão de registo informatizados no SAPE não cumprindo a norma interna (Rocha et al, 2015)

### **2.1 CARACTERIZAÇÃO DA UCDI**

A UCDI, local da realização dos estágios I e II, tem como missão prestar cuidados diferenciados, dando resposta às necessidades dos doentes que apresentam falência de um ou mais órgãos ou sistemas, e necessitam de apoio tecnológico e de cuidados permanentes quer médicos, quer de enfermagem. Esta unidade está integrada num Serviço de Urgência Polivalente, conforme Despacho n.º10319/2014 que proporciona o nível mais diferenciado de respostas a situações de urgência e emergência.

A UCDI é, de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) (2003), classificada como uma Unidade de nível II pela sua “capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (ex. Neurocirurgia, Cirurgia Vasculuar, Cardiologia, etc) e ter acesso permanente de um médico com preparação específica”. Numa unidade deste tipo os registos de enfermagem são essenciais para garantir a qualidade da informação inerente aos cuidados de enfermagem.

Tendo em conta que a UCDI está integrada num Serviço de Urgência (SU), a equipa de enfermagem é a mesma. No entanto, um enfermeiro para prestar cuidados de enfermagem na UCDI tem de realizar um período de integração específico na unidade sob a orientação de um perito. Assim, a equipa de enfermagem do SU é constituída por 98 enfermeiros, dos quais um enfermeiro-chefe e 3 enfermeiros com

responsabilidades na área da coordenação para apoio direto do enfermeiro-chefe na gestão do serviço. Os restantes 94 enfermeiros estão divididos por 4 equipas, na prestação de cuidados de enfermagem. Cada equipa tem um enfermeiro chefe de equipa que é responsável pela organização interna da equipa e gestão de recursos humanos/materiais. É importante referir que 11 enfermeiros possuem o grau académico de Mestre e 19 enfermeiros o título profissional de especialista.

Como já referido, para a prestação de cuidados de enfermagem na UCDI, o enfermeiro tem de realizar uma integração específica sob orientação de um enfermeiro mais experiente, de acordo com Enfermeiro-Chefe e o enfermeiro chefe de equipa de enfermagem. Assim, dos 94 enfermeiros prestadores de cuidados do SU apenas 47 têm integração na UCDI.

A UCDI é constituída por 6 camas e dispõe das seguintes capacidades técnicas:

- Reanimação cardiorespiratória avançada;
- Via aérea avançada, traqueotomia percutânea;
- Ventilação mecânica (invasiva e não invasiva);
- Pacing cardíaco temporário (externo e endocavitário);
- Monitorização cardíaca contínua;
- Monitorização oximétrica contínua;
- Monitorização invasiva e não invasiva da pressão arterial;
- Monitorização da Pressão Intracraniana (PIC);
- Broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica;
- Cinesioterapia;
- Técnicas endoscópicas digestivas, urológicas, obstétrico-ginecológicas;
- Aparelho para aferição de gases no sangue, electrólitos e metabólitos;
- Monitorização farmacocinética de fármacos;
- Ecocardiografia transtorácica, transesofágica e pulmonar.

## **2.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Uma das competências do enfermeiro especialista está relacionada com o domínio da melhoria da qualidade. Desta forma, segundo a OE (2011), a melhoria da qualidade envolve a análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados nomeadamente a organização do sistema de informação relacionada com os cuidados de enfermagem gerais e especializados.

No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro especialista deve assegurar a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem gerais e especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem e a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento à pessoa em situação crítica (OE, 2011).

Assim, identifiquei o subaproveitamento do padrão de documentação do SAPE em uso na UCDI como sendo um problema do serviço. Desta forma, o início deste projeto resultou de um diagnóstico de situação da minha observação enquanto enfermeiro prestador de cuidados e do enfermeiro orientador, corroborada pelo Enfermeiro Chefe do SU e pelos questionários aplicados aos enfermeiros com integração na UCDI.

O diagnóstico da situação iniciou-se portanto com uma análise SWOT e um estudo exploratório com a aplicação de um questionário (apêndice 1) aos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na UCDI.

Para a construção da esquematização dos dados, tratamento estatístico e construção de gráficos, foi utilizado como recurso o programa informático Microsoft Excel 2011.

A amostra deste estudo apenas incide nos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem na UCDI, sendo n= 46, 33% (15 inquiridos) são do sexo masculino e 67% (31 inquiridos) do sexo feminino.

Quanto à idade, os inquiridos têm idades compreendidas entre os 27 anos (idade inferior) e os 51 anos (idade superior) e com uma média de idades de 32,7 anos.

Os resultados obtidos estão relacionados com os anos de prestação de cuidados na UCDI e não com os anos de exercício profissional efetivo. Assim, o tempo de prestação de cuidados na UCDI varia entre 1 mês (integração recente) e os 21 anos, com uma média de 5,8 anos.



GRÁFICO 1

Dos enfermeiros inquiridos 22% (10 enfermeiros) possuem o grau académico de Mestre e 78% (36 enfermeiros) o grau académico de Licenciado.

Em resposta à forma atual de registos de enfermagem no SAPE na UCDI 11% (5 enfermeiros) referiram que os registos são maus; 59% (27 enfermeiros) referiram que os registos são incompletos e 14% (30 enfermeiros) referiram que os registos são razoáveis.

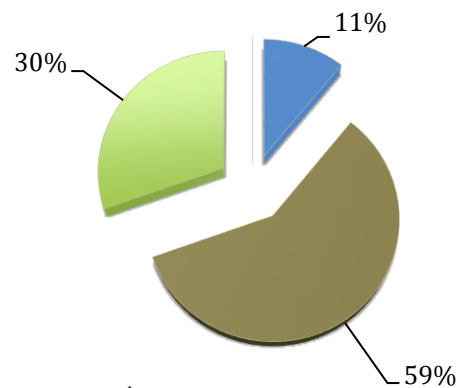


GRÁFICO 2

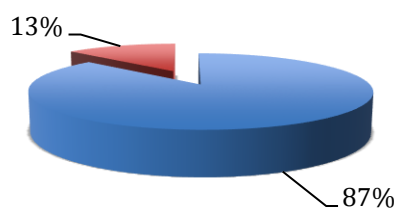
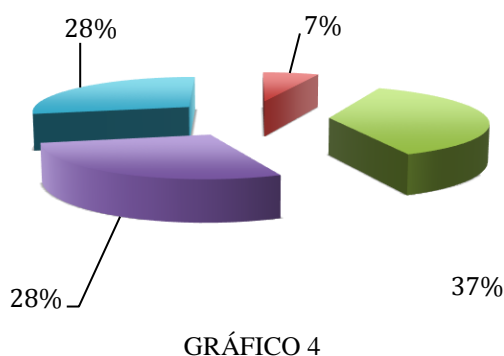


GRÁFICO 3

87% dos enfermeiros (40 enfermeiros) concordam com a implementação na UCDI de um padrão de registos uniformizados usando o SAPE, enquanto que 13% (6 enfermeiros) não concorda.

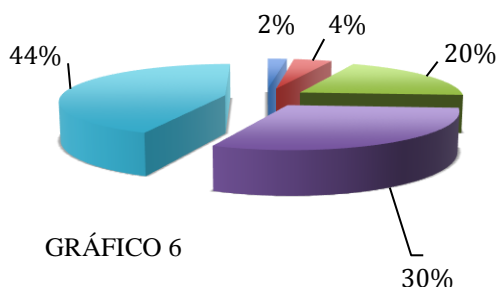
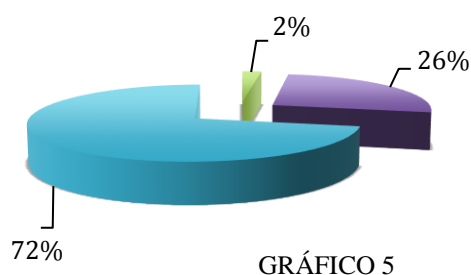
Dos enfermeiros inquiridos 76% (35 enfermeiros) considera que uniformização dos registos em SAPE contribuiria para a melhoria dos cuidados de enfermagem, em contra ponto 24% (11 enfermeiros) discorda.

Quando questionados se estariam disponíveis para realizar formação específica sobre o padrão de enfermagem uniformizado em SAPE 96% (44 enfermeiros) está disponível enquanto que 4% (2 enfermeiros) não.



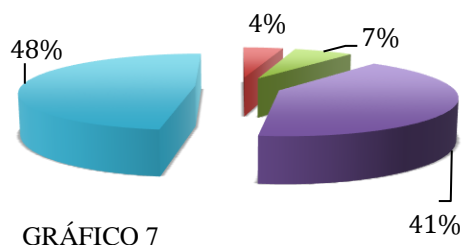
Dos inquiridos 28% (13 enfermeiros) está totalmente de acordo com as auditorias aos registos, 28% (13 enfermeiros) concorda, 37% (17 enfermeiros) não concorda nem discorda e 7% (3 enfermeiros) discorda que as auditorias seriam estratégias para uniformizar/melhor os registos em SAPE.

Dos inquiridos 72% (33 enfermeiros) está totalmente de acordo com a criação de normas/protocolos, 26% (12 enfermeiros) concorda e 2% (1 enfermeiro) não concorda nem discorda.



Quanto à existência de um elemento dinamizador, 44% (20 enfermeiros) está totalmente de acordo, 30% (14 enfermeiros) concorda, 20% (9 enfermeiros) não concorda nem discorda, 4% (2 enfermeiros) discorda e 2% (1 enfermeiro) discorda totalmente que haja benefício.

Questionados quanto à formação contínua, 48% (22 enfermeiros) está totalmente de acordo, 41% (19 enfermeiros) concorda, 7% (3 enfermeiros) não concorda nem discorda, 4% (2 enfermeiros) discorda.



À pergunta aberta sobre sugestões quanto ao que gostaria de ver implementado no âmbito deste projeto de investigação, obtive como respostas que seria um projeto

interessante e com grande viabilidade desde que a formação e a sua implementação fossem graduais. A formação deveria ser contabilizada em saldo de horas, dado que se trata de uma formação do e para o serviço. Deveria ser uniformizada a linguagem CIPE/SAPE aos protocolos já existentes na UCDI.

A sugestão mais obtida foi sobre o rácio enfermeiro/doente, uma vez que é considerada como crucial para uma correta implementação da parametrização do SAPE na UCDI e continuidade da prestação cuidados de excelência de enfermagem ao doente crítico. Tendo, inclusive, sido referida por 3 inquiridos a Norma para o cálculo de dotação seguras dos cuidados de Enfermagem definido pela OE em 2014.

**TABELA 1 - Análise SWOT**

A utilização da ferramenta Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT) tem como objetivo a análise das diversas variáveis que poderiam influenciar o projeto (FERRITO et al, 2010).

Pretendo com esta aplicação, relacionar os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças de forma obter medidas alternativas para transformar os pontos fracos e as ameaças em oportunidades e pontos fortes.

<p style="text-align: center;"><b>FATORES INTERNOS</b></p> <p style="text-align: center;"><b>FATORES EXTERNOS</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PONTOS FORTES</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PONTOS FRACOS</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>OPORTUNIDADES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização do SAPE atualmente na UCDI;</li> <li>• Equipa de enfermagem jovem e dinâmica;</li> <li>• Boa relação multidisciplinar;</li> <li>• Envolver a equipa de enfermagem da UCDI de forma pró-ativa;</li> <li>• Planear ações de formação dirigidas e faseadas sobre a uniformização dos registos de enfermagem em SAPE;</li> <li>• Incluir elementos de referencia na formação no SAPE.</li> <li>• A Política de registos de enfermagem do Hospital X.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>AMEAÇAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmotivação dos enfermeiros relativamente à inexistência da progressão da carreira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistência à mudança.</li> </ul>

**TABELA 1 - SWOT**

Considerarei na identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral:

- A inexistência de normas de procedimentos sobre a realização dos registos uniformizados de enfermagem em SAPE;
- Défice de atualização dos enfermeiros na uniformização dos registos de enfermagem em SAPE.

Na determinação de prioridades:

- Identificar a pertinência da existência de um Padrão de Qualidade nos Registos de Enfermagem na UCDI;
- Construção de um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem em SAPE;
- Avaliar da necessidade de formação à equipa de enfermagem sobre uniformização de registos;
- Promover ações de formação sobre a uniformização dos registos de enfermagem em SAPE;
- Implementar um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem em SAPE.

Por fim, estabeleci como objetivos centrados na resolução do problema:

➤ Objetivo geral

- Inovar na qualidade dos registos de enfermagem na Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos.

➤ Objetivos específicos

- Identificar as oportunidades de melhoria nos registos de enfermagem;
- Elaborar um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem;
- Implementar um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem.

### **2.3 PLANEAMENTO DO PROJETO**

Nesta fase procura-se o refinamento dos objetivos do projeto e o melhor caminho para os atingir. Um planeamento bem desenvolvido e administrado com habilidade constitui fator determinante para o sucesso do projeto.

A metodologia utilizada “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (FERRITO et al, 2010). Possibilita ao investigador um conhecimento concreto da realidade que o rodeia e da população que é afetada pelo problema diagnosticado, criando um planeamento adequado e a uma ação direta, dirigida para modificar essa realidade (LEITE em FERRITO *et al*, 2010).

Depois da conceção do objetivo geral “inovar na qualidade dos registos de Enfermagem na UCDI”, defini 3 objetivos específicos e para cada um, as respetivas atividades/estratégias a desenvolver e indicadores de avaliação. Foi ainda elaborado um cronograma (apêndice 2) de forma a temporizar as atividades a desenvolver e um orçamento (apêndice 3) com a previsão dos custos associados.

**TABELA 2** - Identificar as oportunidades de melhoria nos registos de enfermagem

<p align="center"><b>ATIVIDADES /ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER</b></p>	<p align="center"><b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contato com o SAPE e sua utilização na UCDI;</li> <li>• Entrevista com o Enfermeiro orientador de estagio, com o Enfermeiro-Chefe e com o Enfermeiro coordenador da UCDI;</li> <li>• Reunião informal com os Enfermeiros da UCDI acerca do projeto;</li> <li>• Realização, aplicação e análise estatística de um questionário sobre os registos atuais em SAPE na UCDI e sua melhoria;</li> <li>• Análise SWOT sobre a implementação do Projeto;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Estágio de observação nos serviços de Neurocirurgia, Cardiologia e UCI do Hospital X, para contato com as parametrizações dos registos em SAPE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobre a forma atual de registos de enfermagem no SAPE na UCDI 11% dos enfermeiros referiram que os registos são maus; 59% dos enfermeiros referiram que os registos são incompletos e 14% dos enfermeiros referiram que os registos são razoáveis. Como objetivo pretende-se que os registos em SAPE não sejam considerados maus ou incompletos e que 70% dos enfermeiros considere os registos excelentes;</li> <li>• Dos enfermeiros inquiridos 76% consideram que a uniformização dos registos em SAPE contribuiria para a melhoria dos cuidados de enfermagem, em contra ponto 24% discorda. Pretende-se que 95% dos enfermeiros considere que a uniformização dos registos em SAPE contribua para a melhoria dos cuidados de enfermagem.</li> </ul>

**TABELA 3** - Elaborar um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem

<p align="center"><b>ATIVIDADES /ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER</b></p>	<p align="center"><b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Curso de formação em SAPE no Hospital X;</li> <li>• Discussão com Enfermeiro Chefe, Enfermeiro coordenador UCDI e Enfermeiro orientador acerca da parametrização a implementar na UCDI;</li> <li>• Elaboração da parametrização no SAPE a implementar na UCDI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativamente à criação de normas/protocolos 72% dos enfermeiros está totalmente de acordo. Assim pretende-se que 85% dos enfermeiros concorde totalmente com a criação de normas/protocolos;</li> <li>• Quando questionados se estariam disponíveis para realizar formação específica sobre o padrão de enfermagem uniformizado em SAPE 96% dos enfermeiros mostraram-se disponíveis enquanto que 4% não. Para este indicador define-se que os 98% dos inquiridos se disponibilizem a fazer a formação em SAPE.</li> </ul>

**TABLA 4** - Implementar um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem

<p align="center"><b>ATIVIDADES /ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER</b></p>	<p align="center"><b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da parametrização do SAPE na UCDI à equipa de enfermagem;</li> <li>• Formação em serviço à equipa de enfermagem sobre a uniformização do SAPE na UCDI;</li> <li>• Implementação da parametrização do SAPE na UCDI;</li> <li>• Auditorias aos registos uniformizados em SAPE na UCDI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobre a auditoria dos registos em SAPE 28% dos enfermeiros estão totalmente de acordo, 28% concorda, 37% não concorda nem discorda e 7% discorda que as auditorias seriam uma estratégia para uniformizar/melhor os registos em SAPE. Pretende-se que nenhum enfermeiro discorde com as auditorias e que 80% esteja totalmente de acordo com as auditorias;</li> <li>• 87% dos enfermeiros concordam com a implementação na UCDI de um padrão de registos uniformizados usando o SAPE, enquanto que 13% não concorda. Deste modo, pretende-se que 95% dos enfermeiros concordem com a implementação de um padrão de registos em SAPE;</li> <li>• Quando questionados sobre formação contínua em SAPE, 48% dos enfermeiros está totalmente de acordo, 41% concorda, 7% não concorda nem discorda, 4% discorda. Para este indicador define-se que nenhum enfermeiro discorde com a formação continua e que 75% concordem totalmente.</li> </ul>

Durante o planeamento do PIS tenho consciência de que existirão alguns constrangimentos no desenvolvimento do mesmo, nomeadamente:

Previsão dos constrangimentos:

- Resistência à mudança da equipa de enfermagem;
- Desmotivação da equipa relativamente à inexistência da progressão da carreira;
- Falta de formação dos enfermeiros na uniformização dos registos de enfermagem em SAPE;
- Inexistência de normas de procedimentos sobre a realização dos registos uniformizados de enfermagem em SAPE;
- Limitação do tempo de estágio e tempo de trabalho autónomo.

No entanto, é importante realçar algumas formas de ultrapassar potenciais constrangimentos:

Formas de os ultrapassar os constrangimentos:

- Envolver a equipa de enfermagem da UCDI de forma pró-ativa;
- Criação da parametrização da UCDI;
- Planear ações de formação dirigidas e faseadas sobre a uniformização dos registos de enfermagem em SAPE;
- Elaborar e implementar de um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem em SAPE;
- Promover o feedback à equipa de enfermagem;
- Incluir elementos de referência na formação.

## **2.4. AVALIAÇÃO DO PROJETO**

O início deste projeto resultou de um diagnóstico de situação da minha observação enquanto enfermeiro prestador de cuidados e do enfermeiro orientador. O contato com o SAPE era já uma realidade na minha praxis diária, ainda que o uso fosse realizado de forma muito elementar.

Por esse motivo realizei um estágio de observação, de um dia cada, no serviço de Neurocirurgia e de Cardiologia por serem serviço de excelência e referência nos registos de enfermagem no SAPE. Realizei ainda um curso sobre SAPE ministrado pelo Centro X – Formação (anexo 9).

Foram realizadas reuniões informais com os enfermeiros da UCDI acerca do projeto, aos quais foi ainda aplicado um questionário, de carácter exploratório. Desse questionário faço destaque à pergunta se concordavam com a implementação na UCDI de um padrão de registos de enfermagem uniformizados usando o SAPE, à qual 87% dos enfermeiros respondeu afirmativamente.

A discussão acerca da parametrização dos fenómenos e atitudes terapêuticas (apêndice 4) do SAPE a implementar na UCDI com o grupo de trabalho, suscitou algumas diferenças de opinião mas no final conseguimos chegar a um consenso.

Na realização do estágio III, na UCI do Hospital X, elaborei um Projeto de Auditoria Interna aos Registos de Enfermagem em SAPE (apêndices 9), que desse resposta à organização dos cuidados de enfermagem definido nos enunciados dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012) e à Norma de Procedimento Geral 1042 sobre Auditoria aos Registos de Enfermagem (ROCHA et al., 2015).

O principal objetivo do PIS é a “Inovação da Qualidade dos Registos de Enfermagem no SAPE na UCDI” através da implementação e uniformização dos registos de enfermagem no SAPE na UCDI. No entanto não foi possível implementar até à conclusão do 4.º Curso de MEMC devido a uma reestruturação física e organizacional que a UCDI está a sofrer atualmente. Por este motivo a parametrização não foi apresentada formalmente, não foi realizada formação em SAPE à equipa de enfermagem, a implementação as auditorias aos registos de enfermagem no SAPE ficam pendentes até à sua conclusão desta reestruturação.

### **3. PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS**

A competência é, segundo PHANEUF (2005), “o conjunto integrado de habilidades cognitivas, de habilidades psicomotoras e de comportamentos sócio-afectivos que permitem exercer, ao nível de desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho, um papel, uma função, uma tarefa ou uma atividade”.

É através da certificação das competências clínicas especializadas, que o enfermeiro especialista demonstra possuir um conjunto de conhecimentos, capacidade e habilidades que mobiliza em contexto de praxis.

Os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de actuação, compartilham uma série de competências que são designadas por competências comuns. Elas estão agrupadas como: responsabilidade profissional, ética e jurídica, gestão da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens.

#### **3.1 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS**

Segundo a ESS do IPS (2014) “o enfermeiro especialista proporciona benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantido a continuidade de cuidados. Contribui igualmente para o progresso da profissão através do desenvolvimento do conhecimento de Enfermagem e de uma prática baseada na evidência”.

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, define competências específicas, “como as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2011).

Para a OE (2011), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro especialista é aquele que possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem (...), que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Conforme descrito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (2012) Artº 7º, alínea 3 reconhece-lhes “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem, especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela ordem”.

Nesse mesmo documento ficaram estabelecidos os quatro domínios de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas “independentemente da sua área de especialidade, demonstrados através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” sendo eles:

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

Domínio da melhoria contínua da qualidade;

Domínio da gestão de cuidados;

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### **3.1.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

A profissão de enfermagem tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital. O enfermeiro deve adotar todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem, tendo por base os seus conhecimentos científicos e técnicos (NUNES, 2006)

A tomada de decisão deste domínio tem uma dimensão ética e deontológica implícita, assegurando cuidados de saúde de qualidade de forma equitativa. O respeito pela autonomia do cliente, respeitando a sua vontade e encarando-o como um parceiro no seu processo de saúde é inerente à prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Somos constantemente confrontados com dilemas de difícil resolução, que requerem uma avaliação criteriosa e ponderada.

No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável, jurídica, ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos (REPE artigo 8º, 2012).

Desde muito cedo aprendi que estando provido dos conhecimentos e práticas mais recentes, tal permitiria que estivesse mais seguro nas minhas tomadas de decisão. A

existência de enfermeiros nas equipas com mais experiência e também a existências de especialistas sobretudo na área da médico-cirúrgica, permitiu-me crescer quer através da partilha de experiências e quer nas tomadas de decisão.

Os cuidados de saúde seguros é um direito de todos, para tal, os profissionais de saúde agem de acordo com as orientações e boas práticas recomendadas, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade.

Segundo NUNES (2005) a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores, sendo a dignidade humana o pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções.

O Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (2015) o Artigo 99º, descreve o dever das intervenções de enfermagem serem realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. O respeito pela dignidade humana é um valor autónomo e específico, inerente aos seres, em virtude da sua personalidade. Ainda segundo o mesmo documento, “cada ser humano é um fim em si mesmo e nunca um meio ou um instrumento de outra vontade. O que caracteriza a pessoa e a dota de dignidade especial é exatamente ser um fim em si mesmo. A dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções”.

Como descrito no Artigo 100º alínea c) do mesmo código, o enfermeiro responsabiliza-se pela proteção e defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas da indispensável competência profissional. Ou seja, é nossa obrigação e dever proteger e defender das práticas ilegais, ilícitas que atentem contra o bem-estar da pessoa.

O enfermeiro assume o dever de evitar formular juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios valores e critérios no âmbito da consciência e da filosofia de vida (CDE, 2015 artigo 102º alínea e), respeita a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa (Artigo 103º, b) e recusa a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante (alínea d) (CDE, 2015).

Cabe ao enfermeiro informar no que respeita aos cuidados de enfermagem e respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Artigo 105º, alínea a) alínea b) (CDE, 2015).

Segundo o comentário na Deontologia para a Prática de Enfermagem (DEP) (2015) o enfermeiro deve ter a preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados, manter um desenvolvimento contínuo, o que se poderá traduzir em autonomia e simultaneamente garantir a qualidade dos cuidados prestados.

A OE advoga na sua tomada de posição sobre a segurança do cliente, que “os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam (NUNES, 2006).

Com a realização dos três estágios procurei compreender os processos de prestação de cuidados e as vivências pessoais associadas; desenvolvi competências na tomada de decisão em cuidados complexos e no raciocínio crítico.

Para a melhoria e aquisição de competências neste domínio, não poderia deixar de referir o contributo fundamental da UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem no módulo Ética de Enfermagem com a realização de um trabalho acerca do tema “Contenção Física” (apêndice 5) e ainda na análise de um Parecer da Comissão de Ética da OE (apêndice 6). No âmbito da UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica II no módulo Supervisão de Cuidados (SC) do 3º semestre, foi realizado um estudo de caso com plano de cuidados na tomada de decisão clínica, ética, deontológica e jurídica através de uma revisão da literatura e análise simultânea de um caso vivenciado (Apêndice 7).

### **3.1.2 – Domínio da Melhoria da Qualidade**

A melhoria da qualidade envolve a análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados nomeadamente a organização do sistema de informação relacionada com os cuidados de enfermagem gerais e especializados (OE, 2001).

Com a criação da OE, a enfermagem teve a necessidade de definir os seus padrões de qualidade dos cuidados quer na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos

cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2012).

No âmbito do exercício profissional, os enfermeiros especialistas devem assegurar a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem gerais e especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem e a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento à pessoa em situação crítica (OE, 2011).

Sabendo que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2012), então os sistemas de informação integrados da saúde beneficiam os utentes, os profissionais de saúde, os administradores de saúde, os decisores políticos e ainda o sistema de saúde (ACSS, 2007).

Depois de uma breve análise das deficiências no SU onde exerço funções e pelo descrito anteriormente, a minha escolha para o PIS, recaiu sobre a inovação da qualidade dos registos de Enfermagem em SAPE. Este projeto de melhoria da qualidade dá resposta à organização dos cuidados de enfermagem definido nos enunciados dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012). Assim defini como objetivos específicos identificar oportunidades de melhorias dos registos de enfermagem, elaborar e implementar um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem.

Tendo como ponto de partida o meu PIS, e após a constituição de uma task-force, liderada pelo Enfermeiro-Chefe A.R. e pelos Enfermeiros MJB, MG e por mim, participamos no 2º Concurso dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros com o Projeto de Melhoria da Qualidade “Implementação dos Registos de Enfermagem em SAPE na UCDI do SU” (apêndice 8). O projeto não foi aceite para concurso por falta de indicadores, como exigido pela Ordem dos Enfermeiros no “Resumo Mínimo de Dados - Core de Indicadores.

O processo de auditoria interna tem como objetivo principal a melhoria dos resultados clínicos para os doentes, através de um processo contínuo, no qual os profissionais de

saúde comparam os cuidados prestados com critérios de qualidade previamente estabelecidos, permitindo desta forma avaliar o desempenho, reconhecer as boas práticas e se necessário introduzir melhorias. Com vista na aquisição de competências nesta área, realizei no Centro X - Formação o curso “Auditoria da Qualidade” (20) com um total de 7h.

De acordo com SCARPARO (2007) a auditoria configura-se como uma ferramenta para fornecer de dados utilizados pelos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, com a finalidade de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem e os custos decorrentes da sua prestação. Já PINHEIRO (2010) afirma ser uma atividade estabelecida na organização que visa examinar e avaliar as atividades, de auxiliar os membros da organização no cumprimento eficaz das suas responsabilidades.

Na realização do estágio III, na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital X, foi-me proposto a realização de um Projeto de Auditoria Interna aos Registos de Enfermagem em SAPE (apêndice 9), que desse resposta à organização dos cuidados de enfermagem definido nos enunciados dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012) e à Norma de Procedimento Geral 1042 sobre Auditoria aos Registos de Enfermagem (Rocha, 2015). Assim foram auditados 15 processos, segundo a Norma de Procedimentos da UCI (apêndice 10), através da checklist para auditoria aos registos de enfermagem no SAPE na UCI (apêndice 11).

As auditorias realizadas na UCI do Hospital X foram do tipo internas dado que têm um papel crítico às rotinas estabelecidas e métodos de trabalho sempre com o objetivo de contribuir para a melhoria do desempenho e rentabilidade da organização (PINHEIRO, 2010), e tiveram um carácter operacional pela utilização de amostras mais detalhadas e exaustivas.

O resultado final da auditoria foi apresentado à equipa numa perspetiva formativa através da constatação de evidências objetivas referentes à necessidade de reduzir, eliminar e principalmente prevenir não-conformidades para contribuir para a melhoria contínua dos registos em SAPE (apêndice 12).

Para a organização Mundial de Saúde (OMS) (2005).A segurança do utente deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde. Os

profissionais de saúde devem agir de acordo com as orientações e boas práticas recomendadas, participando ativamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos no contexto da prática assistencial, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade humana e à integridade pessoal.

Os enfermeiros atuam com base na boa prática da profissão e dos seus instrumentos reguladores, desenvolvendo uma intervenção em equipa multidisciplinar, pois neste contexto o utente beneficia mais na melhoria da sua saúde, ao receber cuidados prestados por profissionais com competências distintas.

Segundo o Artigo 110º do CDE (2015) este é responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, devendo dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para o desenvolvimento das potencialidades da pessoa. “O enfermeiro assume o dever de “atender com cortesia acolher com simpatia, compreender, respeitar e promover o estabelecimento de uma relação de ajuda” (DEP, 2015).

O enfermeiro tem um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados, agindo de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando ativamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade (OE, 2006).

Tendo em consideração que a minha praxis é num serviço de urgência, a imprevisibilidade é uma constante. Perante este cenário de incerteza e complexidade, dou elevada importância às questões de segurança, promoção da qualidade dos cuidados, procuro manter um ambiente terapêutico seguro e controlar os riscos que ameaçam a minha prestação profissional.

### **3.1.3 - Domínio da gestão dos cuidados**

No campo da gestão dos cuidados o enfermeiro deve centrar a sua prestação usando os recursos disponíveis e as metodologias que visem a melhoria e garantia da qualidade. Para isso é fundamental a atualização constante e oportuna de conhecimentos e competências de Enfermagem (LEPROHON, 2002).

A gestão das situações problemáticas foi uma das componentes desenvolvidas durante os aportes teóricos e transpostas para a realidade do estágio. Estas decisões para além de baseadas em sólidos conhecimentos científicos, técnicos, éticos ou legais são também fruto de vivências e das experiências profissionais acumuladas.

A necessidade em reduzir os tempos de espera nos cuidados a prestar aos doentes, tem criado alguma tensão entre a melhoria da eficiência dessa prestação e a redução dos padrões de atendimento ao doente.

A tomada de decisão está inerente ao desenvolvimento de competência se se considerar a mesma “como o saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta” (OE, 2009).

Esta abordagem sistémica e sistematizada inerente à tomada de decisão e implícita no conceito de competência, pressupõe obrigatoriamente o julgamento e decisão. NUNES (2006) refere que o julgamento corresponde à avaliação das várias alternativas, sendo que a decisão corresponde à escolha entre essas alternativas. Este processo constitui-se como fulcral para a realização da supervisão clínica em enfermagem, exigindo, por parte de quem a realiza, competência e responsabilidade. O cruzamento destes dois conceitos: tomada de decisão e supervisão clínica em enfermagem faz emergir as dimensão ética, jurídica e deontológica e promove a reflexão sobre a sua influência na qualidade de cuidados de enfermagem.

De referir também o contributo dos temas abordados na Unidade Curricular (UC) de Enfermagem Médico-Cirúrgica II no módulo Supervisão de Cuidados, em que foi produzido um trabalho que me permitiu desenvolver conhecimentos teóricos, competências profissionais/pessoais através da reflexão acerca da minha praxis (apêndice 7). Aprofundei competências na tomada de decisão, na gestão de cuidados complexos e no raciocínio crítico, que me levaram a identificar, planear e instituir intervenções direcionadas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Por fim considero que me obrigou a refletir sobre a dificuldade que é conseguir ter uma relação de ajuda/profissional com clientes com alteração do seu estado neurológico.

Na UC Gestão de Processos e Recursos com o trabalho acerca da implementação de uma Unidade de Ventilação Mecânica não Invasiva (apêndice 13), permitiu-me o desenvolvimento na área da gestão, com enfoque nos processos e nos recursos. Potenciou o espírito empreendedor, a formulação de planos e estratégias que

desenvolvam os recursos existentes, nas áreas da iniciativa empresarial, da melhoria contínua da qualidade, da liderança e da gestão de cuidados.

Durante o III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, em junho 2015, participei no Curso pré-congresso “ Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência com a duração de 8h (anexo 1), tendo oportunidade de desenvolver competências direcionadas para a melhoria da comunicação, do trabalho de equipa, da liderança e tomada de decisão em situações de emergência. Permitiu-me ainda gerir situações de emergência em função dos recursos existentes e gerir documentação/informação relevante para prevenir e minimizar fatores de risco.

Olhando ao contexto da minha praxis, ambiente que SHEEHY (2011) designa por “caos organizado”, diariamente tenho que decidir num curto espaço de tempo a quem, como e quais os cuidados a prestar, o que facilmente pode conduzir ao erro e ao surgimento de eventos adversos. Perante este fato a concentração, priorização e gestão são essenciais.

### **3.1.4 - Domínio das aprendizagens profissionais**

Neste domínio o investimento pessoal é a questão central. Será no desenvolvimento de novas competências que me mantere atualizado científica e tecnicamente de modo a fundamentar a minha praxis. É com base na aquisição e atualização de conhecimentos que se irá traduzir a excelência dos cuidados de enfermagem prestados.

O meu percurso pessoal, académico e profissional faz de mim a pessoa que sou. Em toda a minha vida profissional procurei a excelência nos cuidados prestados. Tenho o cuidado de orientar a formação a realizar de modo a adquirir novas competências/técnicas ou melhorar as previamente adquiridas. Das formações realizadas faço destaque:

- Workshop Via Aérea em Emergência no Adulto (8h) (anexo 2);
- Workshop “Liderança” (3h) (anexo 3);
- Certificado de Aptidão Profissional de Formação (anexo 4);
- Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência(8h) (anexo 1).

Dentro da oferta formativa que o Centro X - Formação possui faço destaque às seguintes:

- Qualidade e segurança transfusional (3h) (anexo 5);
- Reconhecimento abordagem do potencial dados de órgãos e tecidos (8h) (anexo 6) ;
- Comunicação e Atendimento (21h) (anexo 7);
- Riscos biológicos e acidentes com exposição a sangue (2h) (anexo 8);
- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (8h) (anexo 9);
- Suporte Básico de Vida Pediátrico(3h) (anexo 10);
- Precauções básicas em controlo de infecção (3h) (anexo 11);
- Suporte Avançado de Vida Coronário (16h) (anexo 12);
- Curso de Urgência e Emergência (50h) (anexo 13);
- Suporte Básico de Vida (3h) (anexo 14).

Durante o estágio II realizei um artigo científico acerca de uma situação real de cuidados de acordo com a Teoria das Transições num adulto ao qual foi diagnosticado Diabetes Mellitus tipo I numa fase de cetoacidose diabética, tendo sido submetido para publicação (apêndice 14).

De destacar as UC do 4º MEMC da ESS do IPS o contributo que tiveram na minha aprendizagem, aquisição de conhecimentos que me permitiram evoluir de uma forma sustentada e fundamentada sobretudo ao nível profissional.

Mais recentemente realizei o curso de técnicas dialíticas num total de 352h, estando na atualidade a desempenhar funções nessa área.

### **3.2 AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

A pessoa em situação crítica é definida como “ aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE,

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, 2011.)

O mesmo regulamento define os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como cuidados “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas devida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

### **3.2.1 - Cuida da pessoa a vivencia complexos de doenças e ou falência orgânica**

Ao longo do meu percurso pessoal e profissional foram várias as formações que fiz relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente. O primeiro curso de Suporte Básico de Vida (SBV) que realizei foi em 1999 tendo posteriormente recertificação em 2005, em 2007 e 2010 SBV já com Desfibrilhação Automática Externa (DAE).

Realizei o Workshop em Via Aérea em Emergência no Adulto, ministrado pela VMER do Hospital de São José em julho de 2012.

Com a Licenciatura em Cardiopneumologia (anexo 15) sinto-me confortável ao lidar com doentes com patologia cardíaca e/ou pneumológica, sobretudo ao nível da interpretação de exames complementares de diagnóstico.

Desde que iniciei funções como enfermeiro no SU tenho contacto com doentes em situação crítica e ou falência orgânica, sobretudo na sala de Reanimação. Em termos formativos, é de realçar, o Curso de Urgência e Emergência (anexo 13) e o Suporte Avançado de Vida Coronário (SAVC) (anexo 12), ambos ministrados pelo Centro X - Formação, sendo o último acreditado pela American Heart Association (AHA).

Pela especificidade que é a UCDI procurei sempre adoptar uma postura ativa e crítica sustentada na assertividade para os problemas da prática profissional, atendendo à complexidade das situações com vista ao aperfeiçoamento e melhoria da qualidade dos cuidados prestados .

A DGS (2003) classifica a UCDI de nível II pela sua capacidade de prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Durante o Estágio I e II, destacam-se algumas a prestar cuidados à pessoa em situações críticas internadas na UCDI com diagnóstico de Edema Agudo do Pulmão em contexto Hipertensivo, de Cetoacidose Diabética inaugural, de Acidente Vascular Cerebral hemorrágico e isquémico, de intoxicações medicamentosas voluntárias, politraumatizados graves, ferimentos com arma de fogo, entre outros.

As situações clínicas descritas fizeram com que no decorrer destes estágios pudesse avaliar, identificar, diagnosticar, tomar decisões, individualizar e executar cuidados de alta complexidade de forma sistémica e sistemática a esses doentes.

Com a responsabilização da prestação de cuidados especializados aos doentes críticos, soube priorizar o meu trabalho tendo-o feito em equipa e para a equipa em prol do doente, sob orientação do enfermeiro orientador. No entanto a minha visão contínua e integral da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica emergente e/ou falência orgânica ainda tem que ser melhorada, algo que assumo que terá de ser feito durante toda a minha vida profissional.

De grande utilidade e de referência obrigatória na UC o Módulo de Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Falência Multiorgânica durante o 2º semestre do 4º MEMC que potenciaram, pelas aulas leccionadas pelo Drº M., um grande acréscimo de conhecimentos.

Com a conclusão do meu PIS, vi reconhecido o meu trabalho no seio dos meus pares. Sou visto como a referência do SU para os registos no SAPE. Este fato fornece uma motivação extra para me manter como um elemento válido, pró-ativo e com conhecimentos permanentemente actualizados na minha área de especialização.

Com o meu PIS identifiquei necessidades de formação dos registos de enfermagem no SAPE e gerei processos formativos na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica emergente e/ou risco de falência orgânica, tendo como objetivo a continuidade dos cuidados.

Pelas características da UCDI, já referidas anteriormente, tive a oportunidade de sedimentar e melhorar de forma sistemática e sistémica a avaliação e intervenção à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica através de dispositivos de monitorização intensiva, nomeadamente linhas arteriais, catéteres centrais e de hemodiálise, colocação de drenos torácicos e avaliação da Pressão Intra-Craneana.

Gerir protocolos complexos de administração terapêutica farmacológica, implica o conhecimento dos fármacos usados, nomeadamente o seu mecanismo de ação, formas de administração, duração, efeitos adversos e interações medicamentosas.

Pela minha praxis de 4 anos como enfermeiro de cuidados gerais num SU polivalente tenho a competência de identificar complicações associadas à implementação de protocolos terapêuticos complexos, como a perfusão de Alteplase, impregnação/perfusão de Amiodarona, perfusão de insulina, perfusão de Noradrenalina, perfusão de Remifentanilo entre outras. Ainda assim, consultava bibliografia que me permitiu adquirir e sedimentar conhecimentos sobre os fármacos utilizados na UCDI de forma mais segura. Desta forma considero ter gerido, de forma sustentada, protocolos complexos associados à recuperação e/ou manutenção do equilíbrio das funções vitais dos doentes.

Desde o curso base que tenho contacto com escalas de avaliação da dor e durante o meu percurso profissional que é uma das ferramentas para avaliação do estado do doente. Na UCDI pelas características e necessidades dos doentes esta é uma avaliação muito importante. Assim tive o cuidado de avaliar a dor através da avaliação analógica e escala qualitativa nos doentes que se conseguiam expressar e nos doentes que não se conseguiam expressar (doentes ventilados não invasivamente e invasivamente) através da escala Behavioral Pain Scale (anexo 16).

Tive a preocupação de administrar a terapêutica analgésica à hora prescrita antecipando e prevenido novas queixas álgicas e em SOS após validação da dor junto do doente.

O posicionamento dos doentes é uma ação autónoma, após um correto juízo clínico do enfermeiro, que pode diminuir ou aliviar a dor. A esta atitude terapêutica dei relevância, tendo sido uma prática comum nestes três estágios a alternância de decúbitos.

Num ambiente de cuidados intensivos, a família pode estar em stresse devido à incerteza do prognóstico do seu familiar. Posto isto lidar quer com a família quer com os doentes internados na UCDI requer habilidades próprias para comunicar assertivamente.

Houve situações que requereram um controlo emocional da minha parte muito grande, uma comunicação assertiva e ponderada. Tentei lidar com a díade

família/doente o melhor que sabia e podia, procurando sempre atender aos seus pedidos e solicitações. Tive a preocupação de falar com a díade garantindo o seu direito à informação acerca do seu estado de saúde e o plano definido para o seu tratamento. Com a realização do curso “Comunicação e Atendimento” ministrado pelo Centro X - Formação com um total de 21h (apêndice 7), tive oportunidade de dar resposta a estas necessidades comunicativas através da aquisição e melhoria de técnicas comunicacionais.

Tive um doente que me estava atribuído que foi considerado, após uma avaliação clínica rigorosa, como potencial dador de órgãos. A partir dessa tomada de decisão foi iniciado o protocolo de doação através da realização das primeiras provas de morte cerebral ao doente para avaliar se o doente estava mesmo em morte cerebral e dar continuidade ao protocolo

Para mim era tudo uma novidade pois nunca tinha contactado com este tipo de procedimentos. Com a supervisão e orientação do enfermeiro orientador, colaborei ativamente com a equipa multidisciplinar na realização das provas de morte (primeiras e segundas) na manutenção do potencial dador até ao transporte do mesmo para o Bloco Operatório. Posteriormente tive a oportunidade de realizar, através do Centro X - Formação, o curso “Reconhecimento e abordagem do potencial dador de órgãos e tecidos” com um total de 8h (anexo 6)

NA UCDI, os enfermeiros são a pedra basilar da informação à família. Em determinadas situações o período das visitas aos doentes críticos pode ser alterado em função da disponibilidade dos familiares e pode-se prolongar o tempo da visita. Passa um pouco em colocarmo-nos no papel do outro que está emocionalmente afetado e necessita de ajuda e conforto. Este fato permitiu-me passar mais tempo também com a família, conseguindo assim estar mais disponível para as suas questões, dúvidas e preocupações.

### **3.2.2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da concepção à ação**

A DGS (2010) recomenda que todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS) elaborem um plano de emergência, ou caso já exista, que seja realizada uma análise periódica do mesmo, como ferramenta de resposta sistemática e integrada que reforça

a avaliação dos meios de reação da unidade face a uma situação de emergência multivítimas ou catástrofe, definido regras e normas gerais de atuação nesse contexto. Os quatro pilares principais no planeamento e preparação de uma unidade de saúde são a organização e gestão, recursos humanos, prestação de cuidados e recursos gerais, pretendendo-se que os procedimentos sejam simples e eficazes.

Tendo em conta a natureza do SU do Hospital X, este possui um plano de evacuação sectorial e um plano de contingência sectorial para temperaturas adversas extremas - calor. O Centro X - Formação promove cursos que facilitam a gestão de situações de exceção, nomeadamente Segurança contra Incêndios (anexo 17). Em Julho de 2015 realizei a formação sobre o índice alerta Ícaro, sobre o Plano de contingência do Hospital X para temperaturas extremas - 2015 e ainda formação com o Serviço Municipal de Proteção Civil de Almada acerca das redes de comunicação.

No âmbito do exercício profissional no, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM):

- Participei no Exercício ORION 2008, Exercício PTQUAKE 2009, no Simulacro no Aeroporto Internacional de Lisboa e no Simulacro no Centro Comercial Vasco da Gama em todos situações de catástrofe e com multivítimas;
- Participei na evacuação do Hospital de São Francisco Xavier devido a um incêndio nas condutas de ar em Abril de 2009;
- Formação sobre a identificação e preservação de provas Forenses em 2010 ministrado na Policia Judiciária;
- Formação em Liderança em Fevereiro de 2012;
- Formação e treino em acidentes de risco Nuclear, Radioativo, Biológico e Químico durante o ano de 2011.

Participei ainda no Curso – Gestão de Recursos em Situação de Urgência/Emergência (anexo 1) no âmbito das atividades pré-congresso do III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica em julho de 2015.

Sendo Bombeiro voluntário no quadro ativo desde 1996 (anexo 18) e com toda a formação e experiência adquirida, considero que poderei ser o elo de ligação do SU para articulação e colaboração com a Autoridade Nacional de Proteção Civil.

### **3.2.3 - 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 necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) foi revisto no despacho n.º 2902/2013 com o objetivo de todas as unidades de saúde, serem reestruturadas no âmbito do controlo de infeção de forma a obterem capacidade técnica para abranger as três vertentes, que são vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, e formação dos profissionais.

O Hospital X tem uma equipa multidisciplinar de médicos e enfermeiros com formação especializada dedicada ao PPCIRA.

De forma a aprofundar e atualizar conhecimentos na área da prevenção e controlo da infeção, frequentei em Abril de 2015 o curso sobre Precauções Básicas em Controlo de Infeção (anexo 11) promovido pelo Centro X - Formação. Ainda através do mesmo realizei o Curso sobre Riscos Biológicos e Acidentes com Exposição a sangue (anexo 8).

Na prestação de cuidados de enfermagem, é necessário cumprir e fazer cumprir as normas de prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Deste modo, perante um doente infetado tem de se avaliar qual o tipo de isolamento a aplicar e explicar aos assistentes operacionais e aos familiares quais os cuidados a ter.

Também com a realização de um trabalho (apêndice 15) sobre Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) na UC MCI – Módulo de Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Múltiplos sintomas/Controlo Infeção, durante o 2º semestre do 4º MEMC, permitiu sedimentar e adquirir novos conhecimentos.

### **3.2.4 - Aquisição das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro em Situação Crónica e Paliativa (OE 2015), o enfermeiro especialista deve prestar cuidados “à pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua

família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar.

Os cuidados prestados devem ser dirigidos ao controlo dos sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica; no cuidado à família e no trabalho em equipa, em que todos se centram numa mesma missão e objetivos”.

### **3.2.5 - Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu estar, conforto e qualidade de vida**

No SU do Hospital X também existem doentes em fase terminal quer por exaustão ou por falta de recursos económicos dos familiares/cuidadores e ainda doentes paliativos para controlo sintomático. Existe um serviço, Unidade de Médica Internamento de Curta Duração (UMICD) em que estão internados doentes a aguardar resolução social e doentes em fase terminal a aguardar internamento num serviço adequado ou integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Uma nova realidade há qual me adaptei bem, tendo para isso o apoio de enfermeiros com mais experiência e através da consulta de bibliografia.

Na minha prestação de cuidados tento escutar o doente e família, apoiar-los, minimizar o sofrimento, nomeadamente avaliando e aliviando a dor e proporcionando conforto, refletindo e ponderando a realização de procedimentos invasivos que possam agravar o sofrimento da doente.

Com os doentes em fase terminal tinha outro tipo de atenção e cuidado, quer no relacionamento como no alívio da dor. Considero que os doentes não têm que sofrer para morrer. Tinha um papel ativo junto dos médicos para que não descurassem este pormenor importante e fizessem prescrições terapêuticas adequadas e em SOS para cada doente. Junto dos familiares tentei apoiá-los o melhor que sabia, facilitava e prolongava a hora das visitas assim como o número de visitas por doente. De modo a melhor a minha praxis de alívio da dor e prevenção de complicações em doente acamados e/ou em estado terminal, realizei o Curso Mecânica corporal - Técnicas de

levante e transferência do doente (anexo 19), realizado no Centro X - Formação do Hospital X.

Na UIMCD existem enfermeiros direcionados para o tratamento dos casos sociais fazendo a articulação com a RNCCI. Apesar de não ter desempenhado essa função tive a oportunidade de identificar o quão importante é esse papel.

Recordo o episódio de um doente que iria perder a vaga na RNCCI apenas porque tinha um cateter de hemodiálise na veia femoral e a médica não lhe iria dar alta por esse motivo. Considerei isso inaceitável e através do processo do doente entrei em contato com o local em que o doente estava institucionalizado para me aperceber que tipo de ajuda ele tinha.

Consegui falar com uma enfermeira que me explicou o nível de cuidados que lá prestavam e para meu espanto eram bem mais adequados e direcionados que os prestados na UIMCD. Penso ter feito a diferença neste caso e ajudado o doente, caso contrário seria mais um doente que ficaria a aguardar por muito tempo resolução social.

Com os doentes que estavam internados a aguardar resolução social pude vivenciar momentos muito gratificantes através da partilha de experiências, conselhos e histórias que me contavam das suas vidas.

### **3.2.6 - Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte**

Com a minha prática profissional desde que exerço funções no SU, deparei-me com vários doente com doença crónica e/ou terminal. Tentei, sempre que possível, estabelecer uma relação terapêutica, de confiança, com o doente/família, analisando as necessidades, explicando a sua situação clínica, tentando que a família/cuidador aceitasse a fase da doença, permitindo a sua permanência junto do doente.

Deste estágio I e II, tenho que fazer referência a uma situação de um doente que tive a meu cuidado na UCDI. Tratava-se de doente de cerca de 80 anos que quis por termo à sua vida através de um ato de auto-agressão com arma de fogo. Esta situação foi

muito chocante para a família e que lhes provocou um sentimento de impotência enorme.

Procurei junto deles informá-los quer do seu estado clínico quer do prognóstico muito reservado que o doente tinha, sem nunca criar falsas expectativas tentando sempre apoiá-los no que podia.

Depois de uma avaliação clínica o doente tinha critérios para potencial dador de órgãos. Esta questão foi explicada à família pelos clínicos, tendo da parte da enfermagem todo o apoio possível

No espaço de tempo que houve entre o início do processo das primeiras e segundas provas, após conversa com o familiar de referência foi-lhes dada a hipótese de permanecerem junto do seu familiar até ele ir para o Bloco Operatório ou até quando entendessem.

Durante este processo de morte e de luto considero ter sido fundamental a escuta ativa, a empatia e o suporte sentimental. O enfermeiro deve ter em conta na comunicação a importância do processo comunicativo não podendo esquecer que as expressões faciais, o tom de voz e a escuta ativa.

Para CIANCIARULLO (2003) “a comunicação é um instrumento básico do cuidar na enfermagem está presente em todas as ações realizadas com o doente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional”.

O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos e sim propor uma ação de cuidados abrangentes, que implica, entre outros aspectos, desenvolver a habilidade de comunicação. Deste modo, o uso da comunicação como instrumento básico do enfermeiro é um meio utilizado para atender as necessidades do doente.

### **3.3 AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE**

A dimensão de especialista é completada pela de mestre na procura do desenvolvimento pessoal aos níveis que são preconizados para a profissão de enfermagem. A prestação de cuidados do mestre em EMC assenta no cumprimento de

aspectos éticos e legais, no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados, na manutenção do ambiente terapêutico seguro, na gestão dos cuidados demonstrando a necessária capacidade de liderança de equipas, ao nível das aprendizagens das técnicas instrumentais e relacionais e de acordo com a evidência científica que melhor se adapte às circunstâncias onde os cuidados são prestados.

NUNES (2005) refere que a competência profissional é a combinação de conhecimentos, de saber-fazer, experiências, exercidos num determinado contexto. São aptidões e características pessoais que contribuem para se atingir um desempenho de nível elevado. O mestre em EMC deve dar resposta aos processos de saúde/doença, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão.

Segundo o decreto Lei 74/2006, o grau de Mestre deverá corresponder a uma especialização de natureza profissional. A aquisição do grau de Mestre em EMC implica um complemento às competências de enfermeiro especialista com conhecimento profundo no domínio especializado da área Médico-Cirúrgica.

De seguida faço uma reflexão e descrição crítica das competências adquiridas ao longo do curso de Mestrado, descritas no Guia de Curso do 3º Semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPS (2015), das competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

### **3.3.1 - Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem**

Segundo BENNER (2005), faz parte do enfermeiro perito a capacidade de intuição que cada situação clínica exige para apreender os reais problemas do cliente porque age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

Com o passar dos anos e com as experiências vivenciadas vamos interiorizando e sedimentando princípios éticos e deontológicos. 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, especificamente no respeito pelos direitos do Homem, na responsabilidade social e na excelência do exercício profissional (DEODATO, 2008).

Atualmente desempenho funções num SU, onde diariamente se vivem situações complexas que envolvem cuidados de enfermagem que divergem de pessoa para pessoa. CAMPOS (2009) defende que a forma de agir do enfermeiro deverá respeitar um conjunto essencial de princípios, que orientem e mantenham a qualidade dos cuidados prestados. Deverá ser capaz através da utilização da evidência, dos conhecimentos científicos avaliar a pessoa em situação crítica, utilizando metodologia que procure sistematizar a prestação de cuidados. Deste modo procuro agir de forma rápida, segura após uma avaliação sumária realizada aos clientes não é só em termos clínicos mas também como pessoa inserida numa comunidade, suportado por uma família, com direitos e deveres na sociedade.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade, implica uma avaliação exaustiva do indivíduo, das famílias e da comunidade, em situações complexas. Esta avaliação além de rápida, tendo em conta a situação de emergência em si, implica uma tomada de decisão clínica, autónoma e segura fundamentada em premissas de e como refere (DEODATO, 2008) de “natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica”.

A prescrição de intervenções autónomas permite de modo individualizado e contínuo, de acordo com o diagnóstico feito, dar resposta à recuperação e manutenção das funções vitais, complicações associadas, procurando o bem estar e recuperação do cliente.

Para a referenciação dos doentes de modo a assegurar a continuidade dos cuidados quer para o domicílio, quer para RNCCI existe no SU um Gabinete de Informação e Atendimento (GIA), liderado por um enfermeiro que após sinalização dos enfermeiros/médicos inicia o processo de alta do doente e articulam as situações sociais com a assistente social.

### **3.3.2 - Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas**

No Artigo 109º do CDE (OE, 2015) o enfermeiro procura a excelência do exercício, assumindo o dever de manter os seus conhecimentos atuais para desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais. O dever de atualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes

aquisições dos saberes nos diversos domínios. A formação contínua, enquadrada num meio que possibilite a reflexão sobre a prática e a aplicação dos saberes, constitui um dos marcos estruturantes deste desenvolvimento de competências. É este processo que torna possível a tomada de decisão ética, essencial para que os cuidados sejam excelentes (DPE, OE 2015).

Com a conclusão do 4º MEMC posso afirmar o seu grande contributo para o desenvolvimento do domínio das aprendizagens profissionais, permitindo desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, ajudando a basear a minha prática clínica enquanto enfermeiro especialista em conhecimentos sólidos e válidos. A auto formação enquanto componente essencial do desenvolvimento foi um aspeto que nunca descreei. Procuo manter os meus conhecimentos actualizados dentro do domínio da prática especializada.

A articulação dos diversos elementos da equipa multidisciplinar permite a partilhar de informações para direccionar os cuidados por uma única linha de raciocínio. Outra facilidade que no permite esclarecer dúvidas acerca de técnicas ou procedimentos, são as novas redes de informação onde se podem consultar fontes científicas online.

O conhecimento constrói-se a partir daquilo que já conhecemos mas quando surge um problema, uma incerteza é necessário alcançar uma resposta capaz de a solucionar. Ao longo de todo o percurso profissional, identifiquei necessidades de formação pessoal e profissional. Desde a minha entrada no SU tive a necessidade e de realizar formação direccionada à prestação de cuidados ao doente critico como são exemplo disso os Cursos de urgência/emergência, SBVP, SAVC e SBV (anexos 10,12 e 14). Relacionado com o meu PIS realizei ainda uma formação sobre o SAPE (anexo 9).

A realização de um Mapa Conceptual (apêndice 16) na UC Enfermagem do 1º semestre do 4º Curso de MEMC da ESS do IPS, permitiu-me valorizar a autoformação como componente essencial do desenvolvimento. A construção de um mapa conceptual através da ferramenta CmapTools e a partir de uma palavra, que foi Enfermagem, pretende demonstrar a minha linha de raciocínio e a aprendizagem que desenvolvi conseguindo desta forma identificar competências que ainda necessito de desenvolver.

Com a realização do estágio III a oportunidade de colocar em prática o conhecimento teórico acerca do SAPE (do saber- saber) para a prática (saber-fazer). A elaboração do

meu PIS permitiu-me desenvolver competências ao nível dos SIE, na gestão de cuidados e na melhoria contínua da qualidade das aprendizagens profissionais.

### **3.3.3 - Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva**

O trabalho numa equipa multidisciplinar é uma estratégia para promover a qualidade dos cuidados. Deve ser baseado em intervenções especializadas e em processos de tomada de decisão fundamentados em conhecimentos teóricos, éticos e legais. Para Nunes (2005) um trabalho em equipa exige um conjunto de valores e princípios (tais como co-responsabilidade, honestidade, lealdade, reciprocidade, sustentabilidade, cooperação e partilha), que são reguladores da conduta entre os profissionais envolvidos e destes em relação à pessoa a assistir.

O trabalhar em articulação e complementaridade com outros profissionais de saúde está definido na alínea b) do artigo 112 do CDE (2015). Segundo o DPE (2015) é uma tarefa multidisciplinar, não podendo ser negligenciado o exercício de cada profissional, pela importância de cada um, quer na definição dos padrões mas também na procura da melhoria contínua da qualidade de saúde.

Ainda segundo o mesmo artigo alínea c), o enfermeiro deve integrar a equipa de saúde [...] colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção de saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços. Para o DPE (2015) os enfermeiros existem para servir os cidadãos, devem participar na escolha dos objetivos do serviço a prestar, delineando estratégias para os atingir e assumir o dever de as implementar.

A proatividade implica um elevado conhecimento de si, requer o domínio dos conceitos e competências como forma de suportar a sua atividade, aplicar os seus conhecimentos e de solucionar problemas. Para tal é importante que o enfermeiro domine conceitos, fundamentos e teorias da enfermagem para que seja reconhecido como um elemento de referência.

Com a conclusão do meu PIS, vi reconhecido o meu trabalho no seio dos meus pares. Sou visto como a referência do SU para responder às dúvidas dos colegas acerca do SAPE. Este fato fornece uma motivação extra para me manter como um elemento válido, pró-ativo e com conhecimentos permanentemente actualizados na minha área de especialização. Vi também com o meu estágio I e II a minha integração na UCDI

do Hospital X concluída, tendo passado a exercer funções nela com alguma regularidade.

### **3.3.4 - Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos**

Como descrito no Guia do 4º Curso de MEMC do 3º Semestre da ESS do IPS (2015) o enfermeiro deve “desenvolver competências na tomada de decisão em cuidados complexos, desenvolver raciocínio crítico na tomada de decisão em cuidados complexos e desenvolver competências de avaliação do trabalho realizado”.

Para OE (2015) o enfermeiro, que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática. Esta abordagem inerente à tomada de decisão e implícita no conceito de competência, pressupõe obrigatoriamente o julgamento e decisão. NUNES (2006) refere que o julgamento corresponde à avaliação das várias alternativas, sendo que a decisão corresponde à escolha entre essas alternativas. Deste modo o enfermeiro deve seleccionar meios e estratégias adequados a um determinado problema, procurando resolvê-lo ou minimizá-lo de acordo com os recursos disponíveis. Deste modo no processo de tomada de decisão, devemos incorporar os resultados da investigação na prática clínica, utilizando argumentos rigorosos e por conseguinte contribuirmos para a melhoria contínua da qualidade e excelência no exercício da profissão.

FONSECA (2012) refere-se à tomada de decisão clínica de enfermagem como “a capacidade dos enfermeiros em escolherem entre duas ou mais alternativas tendo por base o seu julgamento, ou a habilidade, a sua experiência, as preferências do cliente e o melhor conhecimento científico sobre a realidade, no sentido de gerirem a qualidade dos cuidados que prestam aos seus clientes”. As intervenções de enfermagem com base em evidência científica e praticadas com base em metodologia comprovadamente reconhecidas proporcionam uma prática mais segura e que vão ao encontro dos princípios éticos e deontológicos da profissão.

### **3.3.5 - Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência**

A implementação dos SIE deve, de acordo com SOUSA (2005), servir de suporte legal dos cuidados de enfermagem prestados, dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem nomeadamente para os ganhos em saúde, facilitar a gestão e formação, promover a investigação e a continuidade de cuidados.

Apoiado nos dados obtidos no questionário em que 76% dos inquiridos do meu estudo consideram que a uniformização dos registos em SAPE contribuiria para a melhoria dos cuidados em enfermagem e 59% referir que a forma atual dos registos está incompleta, posso afirmar que com a concretização do meu PIS irei contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UC DI, à pessoa em situação crítica.

Tendo em conta a investigação de CUNHA (2010), os enfermeiros que trabalham diariamente com SIE informatizados baseados na CIPE estão comprometidos no uso das aplicações, tendo em conta o impacto do sistema no processo de trabalho e no impacto na eficácia, eficiência e financiamento dos cuidados de enfermagem.

Com a realização do estágio II tive a oportunidade de realizar um artigo (apêndice X) tendo por base a Teoria das Transições desenvolvida por Meleis, num adulto que lhe foi diagnosticado Diabetes Mellitus tipo I numa fase de cetoacidose diabética (apêndice 14). Esta teoria permitiu-me avaliar a natureza da transição, condições facilitadoras e inibidoras, bem como os padrões de resposta, permitindo a adequação das terapêuticas de enfermagem à singularidade do jovem em estudo.

Na UC Enquadramento Conceptual de EMC do 2º Semestre foi desenvolvido um trabalho acerca da teoria de médio alcance de Merle Mishel. Veio a revelar-se muito importante uma vez que permitiu refletir sobre conceitos e enunciados descritivos de enfermagem aplicados ao domínio da especialidade em EMC (apêndice 17).

Foi constituído um grupo de trabalho, liderada pelo Enfermeiro-Chefe A.R. e pelos Enfermeiros MJB, MG e por mim, em que participamos no 2º Concurso dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros com o Projeto de Melhoria da Qualidade “Implementação dos Registos de Enfermagem em SAPE na Unidade de Cuidados Diferenciados do Serviço de Urgência” (apêndice 8). O projeto não foi aceite para concurso por falta de

indicadores, como exigido pela OE (2007) no “Resumo Mínimo de Dados - Core de Indicadores.

Com a realização do estágio III, elaborei um projeto de auditoria interna aos registos de enfermagem em SAPE na UCI do Hospital X (apêndices 12). Desenvolvi formas de raciocínio sistemático para a uniformização do preenchimento do processo do doente no SAPE, aumentado deste modo os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

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

Esta é uma competência que pode ser identificada ao longo deste trabalho quer com o PAC, com o PIS e com o trabalho realizado sobre das auditorias internas na UCI. A globalidade do projeto responde a esta competência pois enquanto enfermeiros temos a responsabilidade profissional de desenvolver os nossos conhecimentos científicos e técnicos, que visem a prática baseada na evidência, que guiem as nossas tomadas de decisão assentes em dados científicos recentes, para exercer de acordo com dever do respeito pela vida, pela dignidade humana e bem-estar dos clientes.

Fomentei a investigação, a pesquisa científica, a formação dos pares, desenvolvemos a reflexão e a crítica. Com o meu PIS considero que introduzi mudanças para melhorar a prestação de cuidados de enfermagem ao nível dos SIE. Para a sua elaboração foram necessárias várias reuniões com as chefias de enfermagem, com o Centro X - Formação e também com alguns elementos das equipas. Apesar de não ter sido implementado e não ter realizado formações formais em serviço neste âmbito, devido ao processo de reestruturação a que a UCIDI do Hospital X está envolvida, foi criado uma taskforce para a sua implementação. Devido ao interesse dos colegas da UCIDI e pela impossibilidade descrita, foi realizado um processo de formação não formal “que apesar de realizada fora de organizações legalmente direcionadas para o ensino, é estruturada, organizada e orientada (PINTO, 2009).

## 4. REFLEXÃO

O desenvolvimento de competências do enfermeiro passa pela construção do conhecimento baseado na evidência e na procura de novos significados que o conduzam à mudança na prática. É importante enquanto enfermeiro especialista de EMC continuar a fundamentar as minhas ações para as minhas tomadas de decisão, contribuir com estratégias para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados através da praxis e da formação contínua.

Com a evolução da sociedade, o exercício da profissão de Enfermagem exige uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada de forma a satisfazer crescentes níveis de saúde da população. A Enfermagem como ciência da saúde procura a excelência do exercício tanto no domínio da prestação de cuidados como na gestão e formação dos seus profissionais. Hoje em dia são exigidos enfermeiros cada vez mais capacitados, principalmente do ponto de vista tecnológico, requerendo atributos que respondam aos avanços tecnológicos e informáticos.

Para darmos uma resposta eficaz no desempenho do nosso exercício profissional temos a preocupação de manter os conhecimentos e as práticas atualizadas de acordo com a evidência e estamos em constante formação.

Em pleno século XXI os sistemas de cuidados de saúde estão em permanente evolução e são influenciados por múltiplas mudanças, o que torna inevitável a necessidade de ter disponíveis SI capazes de se configurarem como instrumentos promotores de uma utilização da informação centrada na qualidade e optimização dos processos de gestão.

É inequívoca a importância da qualidade e a forma como a informação, relativa ao doente, se apresenta para a gestão de cuidados. Neste sentido, os SI abrem novas perspetivas para a melhoria contínua na comunicação e continuidade dos cuidados, decisão clínica, gestão, investigação e a formação dos profissionais de saúde. Um dos aspetos mais relevantes será o facto de permitirem extrair mais facilmente indicadores dos cuidados de enfermagem, algo que ainda é incipiente (CRUZ, 2011).

Os estágios traduziram-se num ganho de experiências que contribuíram para o amadurecimento da minha personalidade, bem como para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos teóricos/práticos e o aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da EMC.

Permitiram-me uma evolução gradual, tornaram-me um profissional mais qualificado e autónomo, com níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa.

O fato do PIS ter sido desenvolvido em ambiente de trabalho trouxe grandes benefícios para a UCDI, uma vez que o projeto desenvolvido dá resposta a um problema identificado que é a não existência do processo de enfermagem organizado no SAPE, permitiu ainda uma relação mais abrangente e maior colaboração dos colegas. Em termos pessoais passei a ser reconhecido como o elemento de referência para os registos em enfermagem em SAPE na UCDI.

Sobre o estágio III na UCI do Hospital X, tenho que destacar a partilha de experiências e o apoio da equipa de enfermagem. Foram fulcrais para o desenvolvimento do PIS e das competências de Enfermeiro Especialista. Neste sentido, o estágio assumiu-se como uma experiência dinâmica e muito enriquecedora que promoveu o meu desempenho autónomo quer na realização do processo de enfermagem do doente em SAPE quer na qualidade dos cuidados especializados prestados ao doente.

Numa perspectiva futura e considerando o caminho percorrido, vou com mais segurança e convicção intervir com um conhecimento aprofundado na resolução dos problemas de saúde, traduzidos nas competências especializadas adquiridas.

Considero que todo este processo que teve início em setembro de 2014 e termina agora, foi de importância vital, conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação, contribuindo para o desenvolvimento da minha praxis e aprendizagem.

Este processo formativo e em síntese leva-me a concordar com o descrito no Memorando sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida (Comissão das Comunidades Europeias, 2000) “A aprendizagem ao longo da vida deixou de ser apenas uma componente da educação e da formação, devendo tornar-se o princípio orientador da oferta e da participação num contínuo de aprendizagem, independentemente do contexto [...] enraizar a aprendizagem na vida adulta constitui um passo muito importante na concretização de uma estratégia de aprendizagem ao longo da vida, mas é apenas uma parte do todo. A aprendizagem ao longo da vida considera todo o processo de aquisição de conhecimentos como um contínuo ininterrupto "do berço à sepultura".

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, Tiago - *Enfermática: Mais Tempo para Cuidar*. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 193 (2004), p. 22-25;
- BENNER, Patricia - O modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem. In; Benner, P. (2.a ed.), *De Iniciado a Perito: a excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (pp.39-59). Coimbra: Quarteto, 2005;
- CARPER, Barbara - *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advances in Nursing Science*, 1978;
- CASTRO, Hermínia - *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*, 2009;
- CIANCIARULLO, Tamara - *Instrumentos básicos para o cuidar – um desafio para a qualidade de assistência*. 1a ed. São Paulo: Atheneu; 2003;
- COMISSÃO DS COMUNIDADES EUROPEIAS- *Memorando sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida*, 2000
- CRUCHINHO, Paulo - *Arquitetura da informação clínica de enfermagem para os sistemas de informação em saúde. Considerações para o desenvolvimento de um modelo de documentação*. *Revista Percursos*, 2008;
- CRUZ, Miguel - *Sistemas de Informação na prática especializadas: Ganhos em Saúde*. 2011;
- CUNHA, Alice; FERREIRA, João; RODRIGUES, Manuel – *Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado em Enfermagem*. *Referência*. Coimbra. ISSN 0784-7695. III série. N.º1 (2010), p. 7-16;
- DEODATO, Sérgio – *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade*. Coimbra: Almedina. 2008. ISBN: 978-972-40-3401-0
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003 ISBN: 972-675-097-0;
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento* – Lisboa, 2003;
- FERRITO, Cândida.; NUNES, Lucília.; Ruivo, Alice - *Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas*. In revista *Percursos* n.º15 Janeiro – Março 2010. ISSN 1646-5067.
- FIGUEIROA, Sandra. - *Século XXI: Novas E Velhas Problemáticas Em Enfermagem: Sistemas De Informação E Documentação Em Enfermagem E Modelos De Cuidados Em Uso Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 7, nº2 (2003);
- GOMES, Paulo; Paiva, Nuno; Simões, Bernardo. - *Análise da Viabilidade Económica das Aplicações SAM e SAPE – 2009*;
- HAUX, Reinhold - *Health information systems - past, present, future*. *International Journal of Medical Informatics*, 2006;
- HENRIQUE, J. & de Carvalho, P., - *Gestão e integração de informação clínica*. Coimbra, 2014;
- HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 200. 201 p. ISBN 972-8383-11-8;
- HOSPITAL GARCIA DE ORTA - Silva, A.; Machado, A.; Peças, D.; Neto, F.; Franco, H.; Barros, J.; Rocha, M.; Monteiro, L. - *Norma de Procedimento Geral 1042 - Auditoria aos Registos de Enfermagem*, 2015;
- INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL. *Escola Superior de Saúde – 4ºMestrado em Enfermagem: Guia de Curso 1ºSemestre*. Setúbal 2014;
- LEAL, Teresa – *A CIPE e a Visibilidade em Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência, 2006. 218 p. ISBN 978-973-8930-2;
- MARIN, Heimar - *Informática em Enfermagem*. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária, 1995. 110 p. ISBN 85-12-12510-1;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Despacho nº 10319/20 , Diário da República, 2ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014*;

NEVES; Rui – Informatização de Unidades de Saúde – Dos Conceitos à Prática. Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, 2001. 128 p. ISBN 972-8500-48-3;

NUNES, Lucília – Tomada de Posição Sobre Segurança do Cliente, Ordem dos Enfermeiros, 2006;

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de Casos. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2005. 456 p. ISBN 972-99646-0-2;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE, 2009;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série , 8648-8653, 2011;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Dados da Saúde, 2007;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Conselho de Enfermagem Parecer n.º226/2009 – 4, 2009;

PHANEUF, Margot - Comunicação, entrevista, relação de ajusta e validação. Loures: Lusociência, 2005;

PINTO, L. – Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem . Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, 2009;

Rocha, A., Almeida, A. P., Machado, A., Peças, D., Neto, F., Franco, H., et al. - Norma de Procedimento Geral 1041 - Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Hospital Garcia de Orta , 2015

SCARPARO Arine - Auditoria de Enfermagem – identificando sua concepção e métodos. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Silva, A.; Machado, A.; Peças, D.; Neto, F.; Franco, H.; Barros, J.; Rocha, M.; Monteiro, L. - Norma de Procedimento Geral 1042 - Auditoria aos Registos de Enfermagem. Hospital Garcia de Orta, 2015

SILVA, Abel - Sistemas informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001;

SILVA, Abel – Sistemas de Informação em Enfermagem – Uma Teoria Explicativa da Mudança. Coimbra: Edição Formasau – Formação em saúde e Escola Superior de Enfermagem de São João, 2006. 398 p. ISBN 978-972-8485-76-4;

SILVESTRE, Milene – Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas? – Coimbra 2012;

Sousa, PAULO - Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde. Porto: Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2005;

TEIXEIRA, João – Análise Crítico – Reflexiva de Informação – O que Registrar? Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6198. Ano 15, nº 182 (2003), P. 18-19.

Despacho n.º 2902/713 - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde - Diário da República, 2ª série - N.º 38 - 22 de fevereiro de 2013. Lisboa Ministério da Saúde;

## WEBGRAFIA

CAMPOS, Diana; GRAVETO, João - Papel Do Enfermeiro E Envolvimento Do Cliente No Processo De Tomada De Decisão Clínica. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Em linha] Vol. 17 (6). 2009. [Consult. 25. Out. 2016] Disponível em URL: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_21.pdf)

OROVIOGOICOECHEA, Cristina [et al.] - Review: Evaluating Information System in Nursing. Journal of Clinical Nursing [Em linha]. Vol.16 (2007) p. 567-575. [Consult. 09 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.01985.x/full>>.online ISSN 1365-2702;

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – Definição do Plano de Transformação dos Sistemas de Informação Integrados de Saúde [Em linha]. 2007 [Consult. 24 Junho 2015]. Disponível em WWW:<URL: [saude.pt/Portals/0/Images/ConteudoGenerico/PTSIISSumarioexecutivo1.pdf](http://saude.pt/Portals/0/Images/ConteudoGenerico/PTSIISSumarioexecutivo1.pdf)>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Segurança do Doente n.º17, julho 2011. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe\\_17\\_julho\\_2011.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_17_julho_2011.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em 2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/PadroesQualidadeCuidados2015.pdf>

<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0373.pdf> - Escala BPS;

Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, 2011. Consultado em 10 de setembro de 2016 através de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentacao20124\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentacao20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf);

Ordem dos Enfermeiros - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015. Consultado em 6 de maio de 2016 através de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros - Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, 2012. Consultado a 13 de junho de 2015 através de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf);

Ordem dos Enfermeiros - Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015. Consultado em 17 de setembro de 2016 através de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)

## **APÊNDICES**

## **Apêndice 1 - Questionário**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
**4.º MESTRADO EM**  
**ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**1.º ANO – 2.º SEMESTRE**

## Questionário

O presente questionário insere-se no Estágio I, no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I, a realizar no Serviço de Urgência Geral – Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos do Hospital [REDACTED]

Para o diagnóstico da situação, pretende-se conhecer a opinião dos enfermeiros acerca dos registos de enfermagem no SAPE na Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos. O seu contributo, através das respostas fornecidas é fundamental para o desenvolvimento deste projeto.

O questionário é anónimo e confidencial. Ao responder a este questionário está a autorizar a análise das respostas, tendo as mesmas como única finalidade a presente investigação.

Grato pela sua colaboração  
Hugo Saraiva Henriques, Enfº  
Almada 2015

Este questionário é composto por 9 questões. É de resposta individual e estima-se que demore cerca de 5 minutos para o seu preenchimento.

Para cada pergunta escolha uma opção correspondente à sua opinião.

1. Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Tempo de UCDI \_\_\_\_\_ Anos
4. Grau académico: \_\_\_\_\_
5. Como avalia a forma atual de registos de enfermagem no SAPE na UCDI?

Má	<input type="checkbox"/>
Incompleta	<input type="checkbox"/>
Razoável	<input type="checkbox"/>
Excelente	<input type="checkbox"/>

6. Concorda com a implementação na UCDI de um padrão de registos de enfermagem uniformizados usando o SAPE?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

7. Considera que a uniformização dos registos em SAPE, contribuiria para a melhoria dos cuidados de enfermagem?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

8. Estaria disponível para realizar formação específica sobre o padrão de registos de enfermagem uniformizados em SAPE?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>



## **Apêndice 2 - Cronograma**



### **Apêndice 3 - Orçamento**

*Recursos Humanos:*

	<b>Tempo</b>	<b>Honorários</b>
Enf <sup>o</sup> Hugo Henriques	615h	5129,1
Prof. Dr. <sup>a</sup> M. <sup>a</sup> Lurdes	30h	1620€
Enf <sup>o</sup> Chefe do SUG	6h	88,5€
Enf <sup>o</sup> Coordenador da UCDI	5h	41,7€
Enf <sup>o</sup> Orientador	316h	2638,6€
Equipa de enfermagem	92h	768,2€
<b>TOTAL</b>		<b>10286,1 €</b>

*Recursos Materiais:*

<b>Artigo</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Preço</b>
Computador Apple MacBook Air 11" i5-1,6GHz   8GB   128GB	1	1099,99€
Impressora P Deskjet 2540 Wi-Fi	1	64,99€
Resma Papel Staples Colour Laser A4 120g	4	15,16
Agrafador Agrafador Leitz NeXXt WOW de 30	1	19,99€
Agrafos Agrafos Staples N24/6 1000 A	10	10,90€
Furador Leitz NeXXt WOW de 3 mm/30 f	1	16,49€
Pasta Arquivo Kraft Ancor Lombada Larga A4 Verde	5	19,95€
Projektor Portátil Philips PPX 3614 Wi-Fi	1	489€
Esferográfica Bic Cristal Cores Sortidas 10 Unidades	1	4,59€
Sala de formação	1	-
Fotocópias	3500	1750€
Tinteiros HP 21/22 SD367AE Preto/Tricolor	3	102,63€
Livros	3	176,45€
Alimentação	45	315€
Gasóleo	-	750€
Portagens	-	156€
Encadernações	138	876€
Internet/dados móveis/telemóvel	-	209,3€
Transportes públicos		87€
<b>Total</b>		<b>5.563,44€</b>

**Apêndice 4 - Fenómenos e atitudes  
terapêuticas**

<i>Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos</i>	<b>Anexo X – UCDI Guia Orientador SAPE Fenómenos e Atitudes Terapêuticas Horários a programar</b>	
--	---	--

FOCOS DE ATENÇÃO	HORÁRIO	NOTAS
<b>ALIMENTAR-SE</b>		
Gerir dieta	SH	Especificar (ex. NT Standard)
Gerir a ingestão de líquidos	X/X horas / SH	Especificar (ex. H <sub>2</sub> O 60ml/h)
Requerer serviço de nutrição	Agora	Especificar (dieta)
Optimizar ostomia de alimentação	SH	Especificar (PEG)
Trocar dispositivos	X/X dias	Especificar (Sistema de alimentação)
Alimentar pessoa	Hora refeições	-
Alimentar a pessoa através de ostomia	Hora refeições	-
Alimentar por sonda gástrica	SH	Especificar (Protocolo AE)
Assistir a pessoa a alimentar-se	Hora refeições	-
Incentivar a pessoa a alimentar-se	Hora refeições	-
<b>ANQUILOSE</b>		
Vigiar a força muscular	SOS	-
Vigiar movimento articular	SOS	-
Executar técnica de exercício muscularticular activa-assistida	SOS	-
Executar técnica de exercício muscularticular passiva	SOS	-
Executar técnica de posicionamento de parte do corpo	SOS	-
Incentivar a pessoa a executar os exercícios muscularticulares activos	SOS	-
<b>ASPIRAÇÃO</b>		
Vigiar conteúdo gástrico	4/4Horas	-
Vigiar reflexo de deglutição	SH	-
Monitorizar conteúdo gástrico	4/4 horas	-
Inspeccionar cavidade oral	SH	-
Interromper ingestão de alimentos	Agora	-
Optimizar sonda gástrica	SH	Especificar (ex. tipo e local)
Executar técnica de posicionamento para prevenir a aspiração	SH	-
Aspirar secreções	SOS	-
Aspirar secreções da cavidade oral	SOS	-
Drenar conteúdo gástrico através de sonda gástrica	SOS	-
Elevar a cabeceira da cama	SH	Especificar (35º, optimização Ventilatória)
<b>AUTO CONTROLO: ANSIEDADE</b>		
Vigiar a acção do doente	SH	-
Gerir o ambiente físico	SH	-
Facilitar suporte familiar	16h/19h	-

Apoiar a pessoa	SH	-
Encorajar auto controlo: ansiedade	SH	-
Promover envolvimento da família	13h/19h	-
Promover escuta activa	13h/19h ou SH	Especificar (família ou doente)
Promover uma comunicação expressiva	13h/19h ou SH	Especificar (família ou doente)
Informar sobre tratamentos	13h/19h ou SH	Especificar (família ou doente)
<b>AUTO CONTROLO: COMPORTAMENTO SONO-REPOUSO</b>		
Vigiar o sono	Turno fixo: Noite	-
Gerir o ambiente físico	SH	Especificar (ex. Elevação das grades da cama)
Incentivar repouso	Turno fixo: Noite	-
<b>AUTO CONTROLO: HIGIENE</b>		
Cortar as unhas	SOS	-
Lavar a boca	SH	-
Lavar a cabeça	3/3 dias	-
Lavar o períneo	SOS	-
Remover pêlos	2/2 dias ou agora	Especificar (babar ou tricotoma (agora))
Dar banho na cama	Turno fixo: Manha	-
Assistir no auto cuidado: higiene	Turno fixo: Manha	-
Incentivar auto cuidado: higiene	Turno fixo: Manha	-
<b>AUTO CONTROLO: USO SANITÁRIO</b>		
Vigiar a eliminação intestinal	SH	-
Vigiar a eliminação urinária	SH	-
Optimizar a fralda	SH	-
Optimizar dispositivo urinário externo	SH	Especificar (Pen Rose e tamanho)
Providenciar arrastadeira / urinol	SOS	-
Assistir no auto cuidado: uso do sanitário	SOS	-
Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário	SH	-
<b>COMUNICAÇÃO</b>		
Gerir a comunicação	SH	-
Providenciar equipamento adaptativo	SH	Especificar (ex. papel e caneta)
Promover alternativas de comunicação	SH	Especificar (ex. apertar a mão a perg. fechadas)
Incentivar o envolvimento da família	13h/19h	Especificar (família)
<b>CONFUSÃO</b>		
Vigiar confusão	SH	-
Gerir envolvimento da família	13h/19h	-
Manter grades da cama	SH	Especificar (grades elevadas)
Limitar actividade física segundo procedimento	2h/2h	Especificar (ex. evitar extubação)

Estimular a memória	SH	-
Orientar a pessoa no ambiente	SH	-
<b>CONSCIÊNCIA</b>		
Vigiar sinais de aumento da pressão intracraniana	SH	-
Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow	SH	-
<b>Monitorizar consciência através da escala de sedação</b>	SH	-
<b>Monitorizar pressão de perfusão cerebral</b>	1h/1h	-
<b>Monitorizar pressão intracraniana</b>	1h/1h	-
Gerir o ambiente físico	SH	SH Especificar (grades do leito elevadas)
Limitar actividade física segundo procedimento	2h/2h	-
Elevar a cabeceira da cama	SH	Especificar (ex. optimização Ventilatória e PIC)
<b>CONSTRIÇÃO PELO FRIO</b>		
Aplicar calor	SH	Especificar (ex. manta térmica)
Providenciar equipamento adaptativo	SOS	Especificar (ex. elevador)
Executar técnica de aquecimento natural	SH	Especificar (ex. cobertores)
<b>DIARREIA</b>		
Vigiar a eliminação intestinal	SH	-
Optimizar dispositivo de controlo fecal	SH	Especificar (sonda de controlo fecal / enteróclise)
Lavar o períneo	SOS	-
<b>DIGNIFICAÇÃO DA MORTE</b>		
Gerir a analgesia	Agora	Especificar (medicação SOS ou PCA)
Gerir a comunicação	SH	Especificar (família ou doente)
Gerir a dieta	SH	-
Gerir envolvimento da família	13h/19h	-
Gerir oxigenoterapia	SH	-
Assistir na aceitação da crise	SH ou SOS	Especificar (doente ou família)
<b>DISPNEIA</b>		
Vigiar a ventilação	SH	-
Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento	SH	-
Optimizar inaloterapia	SH	Especificar (inaladores)
Optimizar oxigenoterapia	SH	Especificar (Interface)
<b>DOR</b>		
Vigiar dor	6h/6h	-
Monitorizar a dor através de escala de dor	6h/6h	-
Gerir a analgesia	Agora	Especificar (medicação SOS ou PCA)
Gerir o ambiente físico	SH	-
Planear a actividade física	Turno fixo: Manha	-
Massajar partes do corpo	SH	Especificar (ex. local e com o quê)

Apoiar a pessoa	SH	-
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor	SH	Especificar (ex. pressionar botão PCA)
Ensinar sobre gestão dos analgésicos	SH	Especificar (ex. colocar penso transdérmico)
Instruir sobre gestão dos analgésicos	SH	-
Treinar a pessoa a gerir os analgésicos	SH	Especificar (ex. coo carregar na PCA)
<b>EDEMA</b>		
Vigiar extensão do edema	SH	Especificar (local)
Vigiar extensão do edema	SH	Especificar (local)
Monitorizar perímetro abdominal	SH	-
Monitorizar perímetro do tornozelo direito	SH	-
Monitorizar perímetro do tornozelo esquerdo	SH	-
Monitorizar pressão intra-abdominal	SH/ 2º prescrição	
Aplicar frio	SH	Especificar (ex. placa de gelo)
Executar técnica de posicionamento	X/X h	Dependente do risco de UP (2h/2h ou 3h/3h)
Posicionar parte do corpo com edema	SH	Especificar (ex. como e local)
<b>EXPETORAR</b>		
Vigiar a expectoração	SH	-
Vigiar reflexo de tosse	SH	-
Optimizar traqueostomia	SH	Especificar (cânula e número)
Optimizar tubo nasofaríngeo	SH	Especificar (tubo e número)
Providenciar equipamento adaptativo	SH	Especificar (...)
Executar atmosfera húmida	SOS	-
Executar técnica de posicionamento	3/3h	Especificar
Lavar tubo / sonda / cânula	Turno fixo: Manha	-
Aspirar secreções da cavidade nasal	SOS	-
Aspirar secreções da cavidade oral	SOS	-
Aspirar secreções pela traqueostomia	SOS	-
Aspirar secreções pelo tubo traqueal	SOS	-
Estimular reflexo da tosse	SH	-
Incentivar tossir	SH	-
<b>FEBRE</b>		
Aplicar frio	SH	Especificar (ex.placa de gelo)
Executar técnica de arrefecimento natural	SH	Especificar (ex. retirar roupa da cama)
<b>FERIDA CIRÚRGICA</b>		
Vigiar ferida cirúrgica	2/2 dias	Especificar (local)
Vigiar penso da ferida	SH	Especificar (local)
Monitorizar ferida cirúrgica	SH	Especificar (local)
Executar tratamento a ferida cirúrgica	2/2dias	Especificar (local e como)

Remover material de sutura	Agora / hora fixa	Especificar (local)
<b>FERIDA TRAUMÁTICA</b>		
Vigiar ferida traumática	2/2 dias	Especificar (local e ou tipo)
Vigiar penso da ferida	SH	Especificar (local)
Monitorizar ferida traumática	2/2 dias	Especificar (local)
Executar tratamento a ferida traumática	2/2 dias	Especificar (local e como)
Remover material de sutura	Agora	Especificar (ex. removidos 3 pontos de sutura)
<b>FRATURA</b>		
Vigiar perfusão tecidular periférica	SH	Especificar (local)
Optimizar aparelho gessado	SH	Especificar (local)
Optimizar tracção	SH	Especificar (ex. tracção cutânea 2Kg)
Executar técnica de posicionamento	SH	Especificar (ex. #colo fémur mobilizar com almofada no meio dos MI's)
Elevar o membro	SH	Especificar
<b>INFEÇÃO</b>		
Manter medidas de prevenção de contaminação	SH	Especificar (risco de infecção)
Isolar a pessoa	Agora	-
Aplicar medidas de prevenção de contaminação	Agora	-
Irrigar cavidade abdominal: peritoneu por procedimento	Agora / SH	-
Ensinar o prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de contaminação	13h/19h	Especificar ex. o que foi ensinado e a quem)
<b>INSEGURANÇA</b>		
Gerir o ambiente físico	SH	Especificar (ex. grades da cama elevadas)
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	13h/19h	Especificar (família e ou doente)
Promover envolvimento da família	13h/19h	-
Incentivar a comunicação	13h/19h	Especificar (família e/ou doente)
Incentivar a tomada de decisão com conhecimento	13h/19h	Especificar (família e/ou doente)
Informar sobre tratamentos	13h/19h	Especificar (família e/ou doente)
Orientar a família para o serviço social	13h/19h	Especificar
Orientar para serviços de saúde	13h/19h	Especificar (família e/ou doente)
<b>MACERAÇÃO</b>		
Vigiar a pele	SH	-
Vigiar a pele periférica ao estoma	SH	Especificar (ex. Nefrostomia)
Vigiar períneo	SH	-
Manter a pele seca	SH	-
Optimizar a fralda	SH	-
Optimizar dispositivos de ostomia de eliminação	SH	Especificar (ex. ileostomia)
Aplicar creme	SH	Especificar (qual)
Executar tratamento a maceração	SH	Especificar (local e como)
Limpar a pele periférica ao estoma	SOS	Especificar (ex. PEG)

Trocar placa de ostomia	SOS	Especificar (qual a ostomia e número)
Trocar saco de ostomia	SOS	Especificar (qual a ostomia e número)
Proteger a pele de líquidos orgânicos	SH	Especificar (local)
<b>OBSTIPAÇÃO</b>		
Vigiar a eliminação intestinal	SH	-
Vigiar o abdómen	SH	-
Executar pesquisa de fecalomas	SOS	-
Irrigar o intestino	Agora	-
Remover fecalomas	Agora	-
<b>PÉ EQUINO</b>		
Vigiar movimento articular	Agora	Especificar (ex. MS's ou MI's)
Aplicar tala plantar	2h/2h	Especificar (ex. mudar tala de MI)
Posicionar o pé	2h/2h	Especificar (ex. mudar tala de MI)
Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculoesqueléticos activos	SH	Especificar (como e com o que)
<b>PERDA SANGUÍNEA</b>		
Vigiar hematoma	SH	Especificar (local)
Vigiar perda sanguínea	SOS	-
Optimizar o posicionamento	SH	Especificar (o que)
Aplicar frio	SH	Especificar (como)
Aplicar penso compressivo	SH	Especificar (onde)
Irrigar cavidade gástrica por procedimento	Agora/prescrição	-
Irrigar cavidade vesical urinaria por procedimento	SOS	Especificar (d. vesical)
Elevar membro	SH	Especificar (ex. MSD)
<b>PERFUSÃO TECIDULAR</b>		
Vigiar perfusão tecidual periférica	SH	Especificar (local)
Optimizar aparelho gessado	SH	Especificar (local)
Aplicar envolvimento quente	SH	Especificar (local)
Aplicar frio	SH	Especificar (local)
Elevar o membro	SH	Especificar (ex. MIE)
<b>POSICIONAR-SE</b>		
Optimizar o posicionamento	SH	Especificar (ex. como)
Providenciar equipamento adaptativo para o posicionar-se	X/X h	Especificar (ex. almofada)
Posicionar a pessoa	X/X h	Especificar (ex. SDD)
Assistir a pessoa no posicionamento	X/X h	-
Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos	X/X h	-
Informar sobre equipamento adaptativo para o posicionar-se	SH	-
<b>PROCESSO DE LUTO</b>		
Gerir a comunicação	SH	Especificar (família e/ou doente)
Assistir na aceitação da crise	SH	Especificar (família e/ou doente)
Facilitar o envolvimento da família	SH	-

Facilitar serviços religiosos	SH	Especificar (família)
Apoiar a família	SH	-
Apoiar o prestador de cuidados na tomada de decisão	SH	Especificar (família e/ou doente)
Promover escuta activa	SH	Especificar (família e/ou doente)
Promover uma comunicação expressiva	SH	Especificar (família e/ou doente)
Informar a família sobre o processo de luto	SH	-
<b>QUEDA</b>		
Vigiar a pessoa na deslocação as instalações sanitárias	SOS	-
Monitorizar queda através da escala de Morse	7/7 dias ou se queda	-
Gerir o ambiente físico	SH	Especificações (ex. grades do leito)
Assistir a pessoa a identificar condições de risco para a queda	SH	-
Informar a pessoa sobre medidas preventivas da queda	SH	-
Informar a pessoa sobre risco de queda	SH	-
Informar o prestador de cuidados sobre as medidas preventivas da queda	SH	-
Informar o prestador de cuidados sobre as medidas preventivas da queda	13h/19h	-
Informar o prestador de cuidados sobre risco de queda	13h/19h	-
Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas	13h/19h	-
Ensinar sobre prevenção de quedas	SH	-
Instruir sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas	SH	-
Treinar a utilização de equipamento para prevenir as quedas	SH	-
<b>RETENÇÃO URINÁRIA</b>		
Vigiar a eliminação urinária	SH	-
Vigiar sinais de retenção urinária	SH	-
Monitorizar eliminação urinária	1/1h	-
Executar técnica de esvaziamento vesical	Agora	-
Inserir cateter urinário	Agora	-
Estimular a eliminação urinária	SH	-
<b>TRANSFERIR-SE</b>		
Aplicar meias elásticas	Turno fixo: Manha	-
Providenciar equipamento adaptativo para o transferir-se	Turno fixo: Manha	Especificar (ex. elevador)
Transferir a pessoa	Turno fixo: Manha	-
Assistir a pessoa na transferência	Turno fixo: Manha	-
Incentivar a pessoa a transferir-se	Turno fixo: Manha	-
Informar sobre equipamento adaptativo para o transferir-se	SH	-

ÚLCERA		
Vigiar mucosas	SH	Especificar (ex. ocular bilateral)
Aplicar lágrimas artificiais	SH	Especificar (ex. Davilose/SF 0.9%)
Executar cuidados aos olhos	SH	-
ÚLCERA ARTERIAL		
Vigiar a úlcera arterial	2/2 dias	Especificar (local)
Vigiar sinais de úlcera arterial	SH	Especificar (local)
Monitorizar úlcera	2/2 dias	Especificar (local)
Executar tratamento a úlcera arterial	2/2 dias	Especificar (local e tratamentos)
ÚLCERA DE PRESSÃO		
Vigiar a pele	SH	-
Vigiar o penso da úlcera de pressão	SH	Especificar (local)
Vigiar sinais de úlcera de pressão	SH	-
Monitorizar pressão do cuff do tubo traqueal	SH	-
Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden	Diário	-
Monitorizar úlcera de pressão	3/3 Dias	Especificar (local)
Optimizar roupas de cama	SH	-
Aplicar creme	SH	Especificar (qual)
Providenciar equipamento para alívio da pressão	SH	-
Executar técnica de posicionamento	3/3 Horas	-
Executar tratamento a úlcera de pressão	3/3 Horas	Especificar (como)
Remover tecido orgânico da úlcera de pressão	Agora	-
Posicionar tubos	SH	Especificar (ex. cabos monitorização, ...)
Assistir a pessoa no posicionamento	SH	-
Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos	SH	-
Aliviar zona de pressão através de almofada	SH	-
Proteger membrana mucosa	SH	Especificar (ex. Oral - higiene com clorhexidina)
Ensinar sobre prevenção da úlcera de pressão	SH	Especificar (família e/ou doente)
Ensinar a pessoa a usar equipamento para alívio da pressão	SH	-
Ensinar o prestador de cuidados sobre equipamento de prevenção de úlcera de pressão	13h/19h	-
Ensinar prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão	13h/19h	-
Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão	13h/19h	-

ATITUDES TERAPÊUTICAS E INTERVENÇÕES	HORÁRIO	NOTAS
<b>BALANÇO HÍDRICO</b>		
Monitorizar a entrada e saída de líquidos	1h/1h	-
<b>CATETER ARTERIAL</b>		
Executar tratamento ao local de inserção do cateter	2/2 dias	Especificar (local)
Optimizar cateter arterial	SH	Especificar (local)
Trocar dispositivos	4/4 dias	Especificar (local)
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter	2/2 dias	Especificar (local)
<b>CATETER EPIDURAL</b>		
Executar tratamento ao local de inserção do cateter	Diário	-
Optimizar cateter epidural	SH	-
Trocar dispositivos (Filtro)	5/5 dias	-
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter	Diário	-
<b>CATETER DE PRESSÃO INTRACRANIANA</b>		
Executar tratamento ao local de inserção do cateter	2/2 dias	-
Optimizar cateter	SH	-
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter	2/2 dias	-
<b>CATETERISMO CENTRAL</b>		
Executar tratamento ao local de inserção do cateter	2/2 Dias	Especificar (lumens e local)
Optimizar cateter central	SH	Especificar (lumens e local)
Remover cateter central	Agora	Especificar (lumens e local)
Trocar dispositivo	4/4 Dias	Sempre que se troca o CVC Hemoderivados ou soluções lipídicas - Diário Propofol - 6/6h ou a cada mudança de seringa
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter	2/2 Dias SOS	Especificar (lumens e local)
<b>CATETERISMO HEMODIÁLISE</b>		
Executar tratamento ao local de inserção do cateter	2/2 dias	Especificar (local)
Optimizar cateter central	2/2 dias	Especificar (local)
Remover cateter central	Agora	Especificar (local)
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter	2/2 dias	Especificar (local)
<b>CATETERISMO PERIFÉRICO</b>		
Executar tratamento ao local de inserção do cateter	2/2 Dias; SOS	Especificar (local)
Inserir cateter venoso periférico	Agora	Especificar (local)
Optimizar cateter central	SH	Especificar (local)
Trocar cateter venoso periférico	4/4 dias; SOS	Especificar (local)
Trocar dispositivos	4/4 dias	Especificar (local)
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter	2/2 dias	Especificar (local)
<b>CATETERISMO URINÁRIO</b>		
Inserir cateter urinário	Agora	Especificar (tipo e numero)

Irrigar cavidade vesical por procedimento	Xh/Xh/ SOS / SH	-
Optimizar cateter urinário	SH	Especificar (tipo e numero)
Trocar cateter urinário	10/10 dias (Foley) 30/30 (Silicone)	Especificar (tipo e numero)
Vigiar eliminação urinária	SH	-
<b>DRENOS</b>		
Aplicar penso compressivo	Agora	Especificar (local)
Executar tratamento ao local de inserção do dreno	2/2 Dias	Especificar (qual e local)
Monitorizar eliminação do líquido através do dreno	SH	Especificar (qual e local)
Optimizar cateter ventricular	SH	Especificar (local)
Optimizar dreno	SH	Especificar (qual e local)
Optimizar dreno torácico	SH	Especificar (qual)
Remover dreno	Agora	Especificar (qual e local)
Trocar saco de drenagem	SOS	Especificar (qual e local)
Vigiar a eliminação de líquido através do dreno	SH	Especificar (qual e local)
Vigiar drenagem torácica	SH	Especificar (qual e local)
Vigiar drenagem ventricular	SH	Especificar (qual e local)
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do dreno	2/2 diaS	Especificar (qual e local)
<b>ENTUBAÇÃO GÁSTRICA</b>		
Drenar conteúdo gástrico por sonda gástrica	SH / Agora	-
Inserir sonda gástrica	Agora	Especificar (local, tipo e numero)
Irrigar cavidade gástrica por procedimento (lavagem)	Agora	-
Optimizar sonda gástrica	SH	Especificar (local, tipo e numero)
Trocar sonda gástrica	7/7 ou 30/30 dias	Especificar (tipo e numero)
Vigiar conteúdo gástrico	4/4H	-
<b>OXIGENIOTERAPIA</b>		
Monitorizar oxigenioterapia	SH	Especificar (l/min)
Monitorizar oxigenioterapia (Concentração)	SH	Especificar (FiO2)
Optimizar oxigenioterapia	SH	Especificar (ex. TOT, ON;...)
<b>PACEMAKER EXTERNO</b>		
Monitorizar frequência cardíaca (parâmetros do Pacemaker)	SH	-
Troca dispositivos (pilhas)	2/2dias	-
<b>PARAMETROS VITAIS</b>		
Monitorizar débito cardíaco	H/H	Programar horas ímpares
Monitorizar dor através da escala de dor	SH	-
Monitorizar Et CO <sub>2</sub>	H/H	Programar horas ímpares
Monitorizar frequência cardíaca	H/H	Programar horas ímpares
Monitorizar frequência respiratória	H/H	Programar horas ímpares
Monitorizar pressão da artéria pulmonar	4/4h	Programar horas ímpares

Monitorizar pressão intracraniana	1/1h	Programar horas ímpares
Monitorizar pressão intra abdominal	SH	Programar horas ímpares
Monitorizar PVC	4/4h	Programar horas ímpares
Monitorizar SpO <sub>2</sub>	H/H	Programar horas ímpares
Monitorizar temperatura corporal	2/2H	Programar horas ímpares
Monitorizar tensão arterial	H/H	Programar horas ímpares
Vigiar ventilação	SH	-
Vigiar ritmo cardíaco através de monitor cardíaco	SH	-
<b>PESQUISA DE GLICEMIA CAPILAR</b>		
Monitorizar glicemia capilar	2/2H ou 4/4H	Colocar em nota associada se com ou sem perfusão de insulina e a quanto
<b>TRANSFUSÃO SANGUÍNEA</b>		
Vigiar resposta/reação à transfusão	Agora	Registrar códigos das transfusões e hora de início e registar Sinais Vitais Início e fim
<b>TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO RENAL</b>		
Executar hemodialfiltração	SH	Especificação (ex. UF e Duração)
Executar técnica de substituição renal	SH	-
Trocar dispositivos de circuito extra corporal	SOS	-
Vigiar técnica de substituição renal	SH	-
<b>VENTILAÇÃO INVASIVA</b>		
Aplicar protocolo de prevenção da pneumonia associada à ventilação (PAV)	SH	-
Inserir tubo de Guedel	SOS	Especificar (qual)
Insuflação traqueal da Gás (ITG) (para > a [ ] O <sub>2</sub> na porção do TOT)	SH	Especificar (l/imin)
Monitorizar a pressão do cuff traqueal	SH	Especificar (optimização)
Monitorizar condição da ventilação através do ventilador	SH/SOS	Colocar em nota associada (ex. PC de 19)
Optimizar traqueostomia	SH	-
Optimizar tubo Guedel	SH	Especificar (qual)
Optimizar tudo traqueal	SH	Especificar (numero e nível)
Optimizar ventilação invasiva	SH	Especificar (TOT e nível)
Trocar dispositivos	T. fixo / diário	(filtro e swivel)
Trocar traqueias do ventilador	SOS	(filtro bacteriano/viral)
Vigiar ventilação	SH	-
<b>VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA</b>		
Optimizar ventilação não invasiva	SH	Especificar (mascara)
Trocar dispositivos	2/2 Dias; SOS	(filtro e swivel)
Trocar traqueias do ventilador	SOS	-
Vigiar a condição da ventilação através do ventilador	SH/SOS	-
Vigiar a ventilação	SH	-

## **Apêndice 5 - Contenção física**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
**4.º MESTRADO EM**  
**ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**1.º ANO – 1.º SEMESTRE**

# **CONTEÇÃO FÍSICA DO ADULTO**

**Unidade Curricular:** Filosofia Bioética e Direito em Enfermagem

Responsável da Unidade Curricular: Professora Doutora Lucília Nunes

Responsáveis pedagógicos:

Professora Doutora Lucília Nunes

Professora Doutor Marco Constantino

Professora Mestre Rui Inês

Elaborado Por:

Ana Ribeiro, n.º 140519008

Hugo Henriques, n.º 140519001

Pedro Cruz, n.º 140519013

Setúbal, Fevereiro de 2015

## 1. Introdução

A realização deste trabalho académico surge no âmbito da avaliação da Unidade Curricular - Filosofia Bioética e Direito em Enfermagem do 1º semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Segundo o Guia do 4º Curso em Enfermagem Médico-Cirúrgica 1º Semestre 2014 pretende-se *“preparar os estudantes para o desenvolvimento do pensamento abstrato e da compreensão da transversalidade das dimensões epistemológica, ética, bioética e jurídica”*.

Com a escolha do tema “Contenção Física no Adulto” pretendemos fazer uma análise e reflexão com base nos módulos da Unidade Curricular, Ética de Enfermagem, Epistemologia de Enfermagem, Direito da Enfermagem e ainda o módulo opcional Análise do Código Deontológico.

A contenção física de um adulto é um tema polémico, com implicações éticas e legais, sendo por isso muito debatido, tendo em vista manter os direitos e defesa dos utentes. Por estes motivos, foi escolhido pelo grupo para ser aprofundado.

A contenção física de utentes internados em hospitais foi e continua a ser, uma prática comum. O recurso a esta medida de contenção é frequentemente utilizada na tentativa de impedir as pessoas confusas de vaguear, evitar a exteriorização de dispositivos médicos, minimizar o risco de queda e promover a segurança dos utentes nos serviços de saúde.

A segurança do utente deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde. Os profissionais de saúde devem agir de acordo com as orientações e boas práticas recomendadas, participando ativamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos no contexto da prática assistencial, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade humana e à integridade pessoal. (OMS, 2005)

A implementação desta medida gera nos enfermeiros um dilema: por um lado, sentem a necessidade de manter a segurança dos utentes a seu cargo, por outro, têm de gerir os riscos a que os esses utentes estão sujeitos como a aspiração do vómito por não se conseguirem lateralizar ou mesmo o sentimento de inferioridade que os utentes possam sentir.

Esta medida não deve colocar em causa a dignidade do utente, não substitui a vigilância clínica e deve respeitar os princípios éticos humanos, profissionais e institucionais.

Assim e como descrito no Guia da Unidade Curricular Filosofia Bioética e Direito em Enfermagem pág. 1 propomos como objetivos principais para o nosso tema:

- Desenvolver o pensamento abstrato e compreensão da transversalidade das dimensões epistemológica, ética, bioética e jurídica;
- Enquadrar o regime jurídico aplicável ao exercício profissional de enfermagem;
- Discutir aspetos próprios do agir do enfermeiro, na dimensão ética;
- Analisar a situação sob a ótica da bioética e da ética de enfermagem;
- Avaliar o tema à luz dos princípios e dos deveres do enfermeiro;
- Fundamentar a tomada de decisão de contenção física em situações de urgência no adulto.

O trabalho encontra-se dividido em introdução, enquadramento teórico, análise Epistemológica à luz da Teoria de Patrícia Benner, Ética em enfermagem, Código Deontológico, análise Jurídica, contextualizando deste modo os módulos da unidade curricular e por fim a conclusão.

Este trabalho académico foi redigido segundo a Norma Portuguesa 405.

## **2 - Enquadramento**

Contenção ou restrição física define-se como “imobilização física dos utentes, em particular aqueles que revelam comportamentos considerados perigosos, recorrendo a diversos meios, com o objetivo de promover a sua segurança” (Costa, 2013)

A restrição física é uma prática frequentemente aplicada pelos profissionais de saúde alegando gestão do risco e promoção da segurança dos doentes nos serviços de saúde. Apesar de existir pouca evidência científica em Portugal sabe-se que a contenção física pode trazer prejuízo à qualidade de vida dos utentes.

A contenção física refere-se ao uso de mecanismos mecânicos ou manuais para restringir a movimentação do utente quando este oferece riscos para si ou para terceiros. Trata-se de uma conduta excecional que deve ser cercada de todos os cuidados, para que a ação sobre o utente seja a menos lesiva possível e com o mínimo de interferência no

tratamento/Projeto Terapêutico. Para a decisão do uso ou não da contenção física é imprescindível que seja realizada uma avaliação rigorosa e global da situação deste, baseada no julgamento clínico bem fundamentado, nas consequências e riscos para o utente e para a equipa, sob prescrição médica, com o envolvimento da equipe multidisciplinar, do utente e quando possível, da família. A utilização deste procedimento não deverá ocorrer como punição ou intimidação de utentes. (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2013)

Por outro lado, o comportamento agressivo ou disruptivo de um utente pode surgir também de forma inesperada, torna-se necessário adotar medidas de contenção, tendo em vista a sua proteção e a do meio envolvente, podendo mesmo recorrer-se, com carácter imperioso, ao isolamento do utente e à sua imobilização no leito, para se proceder à administração da terapêutica conducente à melhoria do seu estado. (DGS, 2007)

Em todas as instituições onde se prestam cuidados de saúde, particularmente no serviço de urgência, os episódios de agressividade são uma constante, e são por isso motivo de preocupação para as equipas multidisciplinares. (DGS, 2007)

A utilização da contenção física é, obrigatoriamente, limitada no tempo e alvo de frequente avaliação pela equipa de saúde, até que a contenção farmacológica ou outra, seja eficaz. Só devem estar presentes nestes contextos profissionais de saúde e deve ser sistematicamente enquadrada a intervenção na sua função terapêutica, clarificando que não se trata de uma norma punitiva.

Os enfermeiros, ao implementarem medidas de restrição, deparam-se com um dilema: por um lado, sentem a necessidade de manter a segurança dos utentes a seu cargo, por outro, têm de gerir os riscos a que os utentes (restritos) se encontram sujeitos.

A pertinência da reflexão acerca desta problemática no contexto de uma especialidade em enfermagem parece-se gritante, pois a intervenção do enfermeiro especialista é uma mais-valia nos serviços de saúde, pela sua contribuição para a formulação do juízo clínico, aplicação de técnicas comunicacionais, gestão do ambiente hostil, adequação do plano terapêutico e de medidas não-farmacológicas e, em último recurso, implementação de medidas de restrição de forma humanizada com o mínimo de riscos para a qualidade de vida do utente. Posteriormente estas situações devem ser trabalhadas com a equipa enfermagem e multidisciplinar promovendo medidas

preventivas, concordando com a DGS (2007) que refere que estes episódios podem ser prevenidos quando existe um acompanhamento adequados das pessoas.

### **3- Análise Epistemológica**

A análise epistemológica será delineada à luz do pensamento de Patrícia Benner e a sua obra “De Iniciado a Perito: excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem”. A prática de enfermagem é uma construção ao longo do tempo, através da experiência moral e da prática social. O “eu-enfermeiro” enfrenta continuamente um desafio para o desenvolvimento através da aprendizagem experiencial, ética e moral. A enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais e nem todos os enfermeiros se apresentam no mesmo estágio profissional. Assim sendo, pretendemos analisar a contenção física na atuação esperável de um enfermeiro “iniciado” *versus* a reflexão e enquadramento ético, deontológico e jurídico de um enfermeiro “perito” ou especialista.

Segundo a circular normativa Nº 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07 contenção física é a “restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros”. (DGS; 2007)

A contenção física é uma prática frequentemente levada a cabo por profissionais de saúde, na tentativa de gerir o risco e promover a segurança dos doentes nos serviços de saúde. (Costa, 2013). De acordo com estudos realizados as taxas de prevalência, situam-se entre 7,4% e 17% nos serviços hospitalares de internamento, e 3,4% a 21% dos doentes em fase aguda da doença. Em lares, a prevalência varia entre 41%-64% (Evans, Wood e Lambert, 2002). Continua a ser uma prática comum em internados em hospitais.

Nos Estados Unidos, estima-se que cerca de 5% dos atendimentos de emergência são decorrentes de alterações de comportamento, sendo uma parcela significativa devido à agitação e/ou agressividade. (Larkin et al, 2005)

O recurso a sistemas de contenção acontece na tentativa de impedir as pessoas confusas de vaguear, evitar a exteriorização de dispositivos médicos e minimizar o risco de queda. Apesar de aparentemente reduzir riscos, a restrição física propicia outros que afetam o

desempenho dos utentes nas suas atividades de vida diária, participação social, redução da qualidade de vida e em última instância podem levar à morte

Quando um enfermeiro percebe um ato verbal ou comportamental auto ou hetero-agressivo elabora um juízo clínico. De acordo com Chalifour (2008, p.213) este juízo é elaborado com “os conhecimentos e princípios científicos que detém, necessitando de possuir um elevado conhecimento de si mesmo, visto ser o principal agente desta relação”. Este juízo deve decidir que o comportamento foi libertador, ou seja, refletir se foi uma forma da pessoa se proteger dos perigos e sofrimentos, ou se estes atos são hostis e destrutivos para o próprio ou terceiros. A circular normativa N° 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07 refere que a contenção física é a “restrição dos movimentos” o que não envolve forçosamente contacto físico com o utente, o que até poderá exacerbar os comportamentos agressivos do utente. Este seria a atuação expectável do enfermeiro iniciado. O enfermeiro perito deve aplicar primariamente técnicas comunicacionais de interrupção da escalada da agressividade, técnicas de contenção ambiental, gestão do plano medicamentoso e se estas falharem ou a situação clínica do doente é impeditiva da viabilização de medidas terapêuticas, tais como a administração de fármacos, poder-se-á recorrer à contenção física. (DGS, 2007)

Entenda-se contenção ambiental como restrição de movimentos num determinado espaço, conduzindo a pessoa para um espaço isolado, sem exposição a outros que não profissionais de saúde envolvidos. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

É necessário ter sempre em conta os princípios éticos, aspetos clínicos e a avaliação individual da pessoa alvo dos nossos cuidados, devendo garantir-se um conjunto de regras e princípios que foram até aqui mencionados. Faremos em seguida uma análise ética, deontológica e jurídica do tema.

#### **4 - Ética em enfermagem**

A profissão de enfermagem tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital. O enfermeiro deve adotar todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem, tendo por base os seus conhecimentos científicos e técnicos (NUNES, 2006)

Os cuidados de saúde seguros é um direito de todos, para tal, os profissionais de saúde agem de acordo com as orientações e boas práticas recomendadas, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade. A vulnerabilidade é reconhecida pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (artigo 8) como princípio ético internacional e enuncia a obrigatoriedade do respeito à vulnerabilidade humana e à integridade pessoal (HGO, 2012).

Segundo Nunes (2005) a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores, sendo a dignidade humana o pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções.

A utilização de medidas de contenção física, deve ser encarada como um meio de proteção do doente, da equipa multidisciplinar, de outros doentes e de bens materiais/patrimoniais do hospital, e deverá ser utilizada apenas quando esgotadas todas as alternativas.

São exemplos de medidas alternativas ou de prevenção, as seguintes (HGO, 2012):

- Contenção ambiental;
- Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto;
- Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza;
- Modificar o contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro;
- Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente;
- Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente.

Esgotadas as medidas alternativas ou de prevenção, e tendo de se passar à contenção, dever-se-á sempre que seja possível solicitar ao doente (ou caso este não esteja capaz, ao seu representante legal) o consentimento livre, esclarecido e informado (DGS, 2007).

A dignidade do doente não pode em momento algum ser posta em causa, a contenção física não substitui a vigilância clínica e deve respeitar os princípios éticos humanos, profissionais e institucionais HGO, 2012).

Não havendo alternativa e tendo em conta os princípios éticos da Autonomia; Beneficência; Não maleficência e a Justiça, os aspetos clínicos e a avaliação individual do doente, devem garantir-se a utilização das seguintes regras na contenção física (DGS 2007):

- a) Ter lugar num quarto isolado ou local apropriado e que garanta privacidade, bem ventilado e com temperatura adequada.
- b) Colocar o doente num local onde possa ser permanentemente vigiado.
- c) Garantir que não existam objetos perigosos para o doente.
- d) Utilizar faixas concebidas e apropriadas para tal.
- e) Equipar a cama com grades laterais, que permitam a proteção, apoio e segurança do doente.
- f) Colocar as faixas nos membros superiores, inferiores e tórax do doente conforme a gravidade da situação. A quinta faixa, torácica, deve ser colocada após a imobilização dos membros.
- g) Aplicar material de proteção para prevenção de lesões resultantes da fricção.
- h) Vigiar com periodicidade não superior a 15-30 minutos, sinais de alteração circulatória e perfusão dos tecidos que possam resultar de compressão pelas respectivas faixas.
- i) Efetuar prevenção de acidentes tromboembólicos.
- j) Posicionar o doente em decúbito dorsal, com a cabeça levemente elevada e os membros superiores posicionados de forma a permitir o acesso venoso. Sempre que necessário deve ser utilizado um posicionamento alternativo, nomeadamente, em decúbito lateral.
- l) Fazer alternância de decúbitos para prevenção de úlceras devido à imobilização.
- m) Manter a comunicação com o doente no âmbito do seu processo terapêutico.
- n) Vigiar frequentemente os parâmetros vitais e analíticos do doente.
- o) Proceder ao exame físico periódico do doente.
- p) Hidratar o doente em caso de sedação prolongada
- q) Reavaliar a necessidade de manutenção da contenção física no decurso de um período máximo de duas horas, repetindo-a pelo menos com esta periodicidade.
- r) Retirar a contenção física de acordo com a eficácia da medicação e a avaliação do estado clínico do doente.

s) Registrar, obrigatoriamente, no processo clínico do doente os motivos e as particularidades da contenção física, especificando o que antecedeu a necessidade do procedimento, o insucesso de outras medidas e os eventos inesperados (DGS, 2007).

## **5 - Código deontológico**

Antes de iniciarmos a análise da contenção física à luz do Código Deontológico do Enfermeiro, importa definir alguns conceitos.

A Agressividade é todo o uso intencional de força física ou de poder, real ou ameaça, contra a própria pessoa, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que pode resultar em, ou tem alta probabilidade de resultar lesão, danos psicológicos, alteração de desenvolvimento ou em morte. O incidente de segurança é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. A contenção tem pelo menos três vertentes, a Contenção ambiental que recorre a alterações que controlam a mobilidade do doente, pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica; a Contenção física ocorre quando uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco e a Contenção terapêutica que é utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. (HGO, 2012).

A contenção física deve ser realizada sob prescrição médica e registada no processo clínico do doente. Em situação de urgência, os enfermeiros podem iniciar uma contenção física, atuando de acordo com a Circular Normativa N<sup>o</sup>: 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07 da DGS, com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e com o Código Deontológico do Enfermeiro (NUNES, 2006)

Em termos deontológicos o Artigo 78<sup>o</sup>, descreve o dever de as intervenções de enfermagem serem realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. As pessoas são um fim em si mesmo, sendo únicas e insubstituíveis. “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. 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” (NUNES, 2005).

No Artigo 79, o enfermeiro responsabiliza-se pela proteção e defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (alínea c) (NUNES, 2005).

O enfermeiro assume o dever de evitar formular de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios valores e critérios no âmbito da consciência e da filosofia de vida (artigo 81º alínea e), respeita a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa (Artigo 82º, b) e recusa a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante (alínea d). (Nunes, 2005).

Cabe ao enfermeiro informar no que respeita aos cuidados de enfermagem e respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Artigo 84º, alínea a) alínea b) (NUNES, 2005)

Na procura da excelência, o enfermeiro analisa regularmente o trabalho efetuado e reconhece eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Artigo 88º, alínea a) (NUNES, 2005)

Segundo o Artigo 89, “o enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”. O enfermeiro assume como dever a contribuição para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. (NUNES, 2005)

A Ordem dos enfermeiros advoga na sua tomada de posição sobre a segurança do cliente, que “os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. (NUNES, 2006).

## **6 - Análise Jurídica**

No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável, jurídica, ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos (REPE 1996).

No contexto jurídico temos que fazer referência obrigatória à Constituição Portuguesa no seu Artigo 64º da Lei Constitucional n.º1/2005, onde estão descritas as normas e os princípios a serem cumpridos no que diz respeito à Saúde. Está implícito que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, através de um serviço nacional de saúde universal, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos e ser tendencialmente gratuito.

O enfermeiro deve respeitar a decisão do utente de receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade ou recusar a prestação de cuidados que lhe foi proposta, salvo disposição especial (Lei da Saúde Mental Lei nº36/98). Assim, na presença de um utente agitado, agressivo ou com perturbações mentais que impeçam ou dificultem a prestação de cuidados, colocando a própria saúde ou a dos outros em risco, os enfermeiros devem agir através conhecimentos legais e éticos no sentido da proteção da saúde da pessoa.

Devem assentar a sua práxis na prestação de cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto.

A proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive possível (Lei da Saúde Mental).

Ainda segundo a mesma Lei o utente tem o direito de decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo se for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o a sua integridade ou a de terceiros.

Deste modo o Conselho de Enfermagem emite o parecer n.º226/2009 que defende quando a situação clínica do doente é impeditiva da viabilização de medidas terapêuticas, tais como administração de fármacos, poder-se-á recorrer à contenção física. A não colaboração nas intervenções planeadas, desenvolvendo comportamentos de autoagressão ou hétero-agressão, justificam a imobilização/contenção no leito.

Numa situação de urgência os enfermeiros podem iniciar uma contenção física, atuando de acordo com a Circular Normativa da DGS, com o REPE e com o Código Deontológico do Enfermeiro, devendo posteriormente comunicado ao médico, para proceder à avaliação da situação clínica do doente.

Pelo descrito na Lei de Saúde Mental, a contenção física deve ser encarada como uma intervenção terapêutica de recurso a utentes incapazes de realizar escolhas para a proteção da sua saúde e não pode ter como objetivo a imposição na participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação. Deve ser realizada, após a análise crítica da situação clínica do utente, sob prescrição médica e registada no processo clínico do doente e preenchida a folha de registo de episódio de contenção física (ver Apêndice 1).

As medidas de contenção devem ser aplicadas a utentes que (HGO, 2012):

- Manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos (agressão, automutilação, destruição grave de propriedade);
- Recusem tratamento compulsivo, nos termos legais;
- Recusem tratamento vital, urgente.

Segundo a Circular Normativa nº: 08 da DGS a contenção física deverá apenas ser mantida até que o utente tenha condições mentais e psíquicas para fazer as suas escolhas de forma autónoma, tendo como único e exclusivo objetivo garantir que a pessoa doente ultrapasse com segurança a situação de crise.

De acordo com a Lei de Saúde Mental o utente deve ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis informado e tranquilizado quanto à necessidade da medida de contenção e a família ou a pessoa significativa do utente deve ser informada da adoção das medidas de contenção.

Devem ser registadas, obrigatoriamente, no processo clínico do utente os motivos e as particularidades da contenção física, especificando o que antecedeu a necessidade do procedimento, o insucesso de outras medidas e os eventos inesperados.

O Conselho de Enfermagem, através do parecer n.º226/2009, refere que sempre que o doente reúna as condições necessárias dever-lhe-á ser solicitado o consentimento informado. Caso tal não seja possível, as mesmas diligências deverão ser efetuadas junto do seu representante legal, se exequível.

Cada instituição prestadora de cuidados de saúde deve definir um padrão de atuação interna sobre a aplicação de medidas de contenção de acordo com as especificidades dos cuidados que presta.

## **7 - Conclusão**

Como enfermeiros temos o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados e promover um ambiente seguros. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promovendo a qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros atuam com base na boa prática da profissão e dos seus instrumentos reguladores, desenvolvendo uma intervenção em equipa multidisciplinar, pois neste contexto o utente beneficia mais na melhoria da sua saúde, ao receber cuidados prestados por profissionais com competências distintas.

O exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas (*legis artis*), aplicáveis independentemente do contexto da prestação de cuidados (HGO, 2012).

O enfermeiro tem um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados, agindo de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando ativamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade (OE, 2006).

O tratamento das pessoas com doença mental ou com alterações comportamentais relacionadas com patologia somática tem sido alvo de uma evolução positiva nas últimas décadas (DGS 2007)

Para a decisão do uso ou não da contenção física é imprescindível fazer uma avaliação rigorosa e global da situação do utente, baseada no julgamento clínico, sendo necessária avaliação e prescrição médica.

A agressividade e/ou violência do doente pode surgir inesperadamente, sendo necessário uma intervenção imediata, tornando-se necessário adotar medidas de contenção para proteção dos utentes, do meio envolvente e permitir a viabilização do seu tratamento. Neste tipo de situações os Enfermeiros devem usar a contenção física durante a prestação de cuidados e comunicá-las à equipa multidisciplinar de saúde.

Os critérios da promoção da contenção física configuram-se quando se confirma a presença de benefícios terapêuticos da redução de estímulos, a existência de risco severo de danos ao próprio, terceiros e ao ambiente, ou quando o utente sob internamento compulsivo tem comportamentos de recusa de aceitar o tratamento que necessita (Frasquilho, 2011).

A contenção física deve ser uma conduta excepcional, provida de todos os cuidados, para que a ação sobre o utente seja a menos lesiva possível.

A utilização de medidas de contenção é sempre considerada como um incidente para a segurança do utente. A equipa de saúde ao tomar a decisão de utilizar medidas de contenção deve realizar uma avaliação do risco clínico a fim de evitar danos para o utente. Deve ser uma resposta proporcional à probabilidade e gravidade do dano para o utente.

Não devem colocar em causa a dignidade do utente, não substituem a vigilância clínica e devem respeitar os princípios éticos humanos, profissionais e institucionais.

Considerando o impacto que as medidas de contenção têm na liberdade, autodeterminação e dignidade do doente, devem ser consideradas como último recurso pelos profissionais de saúde, depois de esgotadas as medidas alternativas de contenção ambiental e química, ou de prevenção. (HGO, 2012).

## Referências Bibliográficas

- BENNER, P. (2001). **De iniciado a Perito**. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora;
- CHALIFOUR, J. (2008). **A intervenção terapêutica - os fundamentos existenciais-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidata;
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - **Lei Constitucional n.º1/2005**, 2005;
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA - **Lei da Saúde Mental Lei nº36/98 de 24 de Julho**, 1998;
- COSTA, C. (2013). **A enfermagem de reabilitação e os eventos adversos da restrição física da mobilidade**. Coimbra: Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Circular Normativa Nº: 08/DSPSM/DSPCS - Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - contenção física**, 25/05/07;
- EVANS, D., et al. 2002. **Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review**. 22 The Joanna Briggs Institute, South Australia. P. 616-625. Acedido Janeiro 23, 2015, em <http://www.joannabriggs.edu.au>;
- FHEMIG - **Contenção Física de Pacientes**, 2013;
- FRASQUILHO M. - **Agitação, Agressão e Violência na Urgência Psiquiátrica no Hospital Curry Cabral. Experiência e Reflexões**. 2011;
- FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. (2013). **Contenção Física de Pacientes**. Diretrizes Clínicas: Protocolos Clínicos Nº33, 189-202;
- HOSPITAL GAERCIA DE ORTA - **Norma de Orientação Clínica 2003**, 2012;
- LARKIN, G. et al (2005). **Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions 1992 to 2001**. Psychiatr Serv;
- NUNES, L. - **Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes**. Loures: Lusociência (2011);
- NUNES, L. – **Tomada de Posição Sobre Segurança do Cliente**, Ordem dos Enfermeiros, 2006;

- NUNES, L; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de Casos.** Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2005. 456 p. ISBN 972-99646-0-2;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Conselho de Enfermagem Parecer n.º226/2009 – 4,** 2009;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Cuidar, sim – Excluir, não.** 2005;
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - **Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro,** 1996.

## Apêndice1 – Folha de registo de episódio de contenção física

### FOLHA DE REGISTO DO EPISÓDIO DE CONTENÇÃO FÍSICA

Instituição: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:

Masculino

Feminino

Tipo de unidade/serviço:

Urgência/S.O.

Cuidados intermédios/intensivos

Enfermaria

Unidade de Cuidados Continuados:

Convalescença

Média duração

Longa duração

Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de contenção física:

Imobilização no leito

Isolamento no quarto

Motivos da contenção física:

Risco de queda, após insucesso de outras medidas de protecção

Agitação motora, após insucesso de outras medidas

Insucesso da medicação

Agressividade

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Data e hora de início da contenção física: \_\_/\_\_/\_\_ às \_\_\_\_ horas

Data e hora de término da contenção física: \_\_/\_\_/\_\_ às \_\_\_\_ horas

Episódios de contenção física anteriores:

- Não
- Sim. Quantos? \_\_\_\_\_ Data do último: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Internamento compulsivo:

- Não
- Sim. Data de início \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Medidas de suporte utilizadas durante a contenção:

- Medicação via endovenosa
- Soro via endovenosa
- Alimentação por SNG
- Algaliação

Eventos adversos/complicações surgidos no período da contenção física:

- Não
- Sim. Especifique:
- Deidratação
- Depressão respiratória
- Alterações da consciência
- Sintomas extra-piramidais
- Convulsões
- Acidente cardíaco-circulatório
- Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

O médico ou enfermeiro (nome legível e n.º. Mecanográfico)

\_\_\_\_\_

**Apêndice 6 – Parecer da comissão de  
ética**

**UC - Filosofia Bioética e Direito em  
Enfermagem  
Ética em Enfermagem**

Docente: Professor Mestre Rui Inês

Discentes: Ana Piteira n.º 140 519008

Hugo Henriques n.º 140519901

Pedro Cruz n.º 140519013

**Pedido de Parecer 7**

A doutoranda Maria João solicita autorização para a colheita de dados, no estudo sobre a "Parentalidade, auto-estima e auto-eficácia: a situação da doença crónica de um filho".

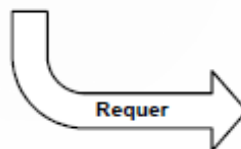
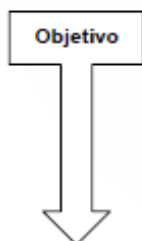
O objetivo geral é perceber de que forma a doença crónica da criança tem influência na forma como os pais se percebem, relativamente à sua auto-estima e à sua auto-eficácia parental, e simultaneamente averiguar o seu nível de envolvimento nos cuidados de saúde da criança.

Enuncia um estudo comparativo, com duas amostras: mães e pais de crianças com doença crónica e mães e pais de crianças sem doença crónica.

Prevê aplicar escala de SERTHUAL em fase de aferição para a população portuguesa, Escala de auto-eficácia enquanto prestador de cuidados de saúde (instrumento a ser construído) enquanto descrita a realização de entrevista semi-rígida e análise de conteúdo

## Fundamentação

A investigação na área da saúde é uma atividade humana de grande responsabilidade ética.



- Verdade
- Rigor
- Isenção
- Persistência
- Humildade

- Gerar novo conhecimento dando respostas às situações de saúde/doença
- Respeitar e proteger os direitos e a dignidade do ser humano

## Fundamentação

Requisitos básicos para a avaliação de um projeto de investigação

- Relevância do estudo
- Validade científica
- Seleção da população alvo
- Relação risco-benefício
- Revisão ética independente
- Garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados)

## Fundamentação

Respeitar os princípios éticos da autonomia

- A pessoa é um fim em si mesmo, capaz de decidir por si mesma
- Beneficência, dever de fazer o bem
- Não maleficência, não fazer o mal e não causar dano
- Justiça, a importância da equidade

## Fundamentação

Só devem ser realizadas pesquisas científicas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa

Deve ser dada a informação clara quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos

A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento, sem que daí resulte qualquer desvantagem ou prejuízo

## **Fundamentação**

O pedido de autorização deve incluir um requerimento.

- Deve ser explícita a instituição académica e a quem cabe a responsabilidade científica do trabalho (orientador e co-orientador)
- Sinopse curricular do estudante/investigador, do projecto de investigação aprovado pelo orientador
- Declaração do orientador científico e parecer favorável dos responsáveis do contexto clínico onde se pretende realizar o estudo

## **Fundamentação**

Recolha de dados pessoais

Implica que o projeto seja submetido à apreciação da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

A Lei nº 12/2005 de 26 de Janeiro, prevê no seu Artigo 3.º, que a informação das pessoas é sua «propriedade». Às organizações de saúde, cabe a guarda dessa informação que não lhes pertence, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde

## **Fundamentação**

A Lei nº 67/98 de 26 de Outubro – atribui, no nº 1 do seu Artigo 7º, a natureza de dados sensíveis à informação de saúde, consagrando-lhe um regime jurídico com especial proteção, nomeadamente quanto ao tratamento dos dados. Assim, a partilha de dados de saúde com terceiros está fortemente condicionada.

O código Deontológico dos Enfermeiros estabelece o dever de sigilo (artigo 85); o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes (artigo 78, nº 3, alínea b) ; defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana(artigo 78º, nº 1); dever de informação (artigo 84º) em que se releva "respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado" (alínea b); "respeito pela intimidade" (artigo 86º) ,

## **Fundamentação**

A Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da a investigação sobre uma pessoa apenas pode ser empreendida se todas as seguintes condições estiveram reunidas:

1. Não haja nenhuma alternativa à investigação sobre seres humanos, de eficácia comparável
2. O risco que a pessoa possa correr não seja desproporcional aos potenciais benefícios da investigação

## **Fundamentação**

3. O projeto de investigação tenha sido aprovado pela entidade competente depois de ser efetuado um exame independente ao seu mérito científico
4. A pessoa submetida a uma investigação tenha sido informada dos seus direitos e das garantias previstas pela lei para sua proteção
5. O necessário consentimento, como previsto no artigo 5.º, tenha sido dado expressa e especificamente, e esteja consignado por escrito. Tal consentimento pode ser revogado livremente em qualquer altura.

## **Fundamentação**

A divulgação dos resultados após a investigação é um dever.

Deve incluir toda a informação pertinente, inclusive possíveis aspetos negativos ou hipóteses não confirmadas, o que, na maioria das vezes, podem ser os tópicos mais relevantes.

Deve deixar claras as limitações do estudo e a possibilidade, ou não, de generalização dos resultados.

Quando uma investigação é realizada em contexto académico, a divulgação dos resultados é também uma responsabilidade do docente que a orienta, que deve estimular e apoiar essa divulgação.

## **Conclusão**

1. A doutoranda pretende utilizar instrumentos/escalas que não estão validadas para a população em causa, o que de alguma forma pode comprometer a validade do estudo
2. Sendo esta investigação de âmbito académico para obtenção de grau, deve ser explícita a instituição académica e a quem cabe a responsabilidade científica do trabalho (orientador e co-orientador)

## **Conclusão**

3. O acesso aos investigados, só pode ser feito através de um profissional de saúde envolvido no processo terapêutico. Este pergunta à pessoa se consente em ser identificada ao investigador. Assim será necessário, para além do consentimento informado, onde a pessoa declara (depois de devidamente esclarecida) que aceita participar na investigação, uma declaração assinada pelo profissional de saúde que referencia e da pessoa que acede a ser identificado.

## Conclusão

4. Considera-se que a doutoranda deveria ter enviado a esta comissão associado ao requerimento: sinopse curricular do estudante/investigador, síntese do projeto de investigação aprovado pelo orientador, declaração do orientador científico, parecer favorável dos responsáveis do contexto clínico onde se pretende realizar o estudo, os instrumentos de colheita de dados, o formulário de consentimento e uma declaração onde se compromete a respeitar os princípios éticos aceites internacionalmente.

## Referências Bibliográficas

- ASSEMBLEIA DA REPUBLICA PORTUGUESA - *Lei da Investigação clínica*, n.º 21/2014 de 16 de Abril
- CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO
- CÓDIGO DE NUREMBERG - *Experimentação Humana*
- Comissão Nacional da UNESCO (Portugal) - *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, 2006. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura Divisão de Ética das Ciências e Tecnologias. Lisboa.
- Declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial - *Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*, 2013.
- DEODATO, S. - PARECER CJ 194 / 2010, *Segurança da Informação em Saúde e Sigilo Profissional em Enfermagem*, 2010. Ordem dos Enfermeiros
- DIÁRIO DA REPÚBLICA (I SÉRIE-A) – *Convenção para a protecção dos direitos do Homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre direitos do Homem e a Biomedicina*, 2001
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *Carta dos direitos do doente internado*
- MARTINS, José - *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*, 2008. *Pensar Enfermagem* Vol. 12 N.º 2 2º Semestre.
- NUNES, L; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de Casos*. Lisboa: 2005. 456p. ISBN 972-99546-0-2.
- NUNES, Lucília – *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*, 2013. Departamento de Enfermagem ESS|IPS Campus do IPS, Estefanilha ISBN: 978-989-98206-1-6
- NUNES, Lucília - *Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo*, 2008 *Revista Bioética* 16 (1): 41 – 50
- SANTOS, Alexandre - *A Importância da Ética na Investigação*, 2004. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 23 (4):627-644

**Apêndice 7 - Julgamento e tomada de  
decisão**



## Supervisão Clínica - O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Julgamento e Tomada de decisão

Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

UC - Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Módulo - Supervisão Clínica

Elaborado Por:

Guida Amarel n.º 140519030

Hugo Henriques n.º 140519001

Raquel Robalo n.º 140519017

Vanessa Duarte n.º 140519004

Responsável pedagógico:

Mestre Mariana Pereira



8 janeiro 2015

### OBJETIVO GERAL

- Desenvolver competências de raciocínio crítico, na tomada de decisão em cuidados enfermagem complexos e na avaliação do trabalho realizado, baseado num suporte científico.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Refletir sobre os processos de prestação de cuidados em EMC;
- Identificar problemas complexos de enfermagem, da área dos cuidados de urgência e emergência;
- Elaborar diagnósticos segundo a CIPE;
- Planear as intervenções de enfermagem adequadas aos diagnósticos;
- Avaliar os resultados esperados das intervenções planeadas;
- Definir os critérios de avaliação adequados para os cuidados planeados.

## SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Cliente de 56 anos de idade dá entrada no S.U. cerca das 4.30 por queda na via pública com TCE sem PC e com ferida incisa na região frontal direita. Hálito etanólico e confirma ingestão de álcool em grande quantidade. Glasgow 14 com períodos de agitação psicomotora e com heteroagressividade para com os profissionais de saúde.

Atribuída prioridade amarela pelo sistema de Triagem de Manchester, utilizando o fluxograma queda, discriminador história inapropriada.

Ferida incisa na região frontal direita, com necessidade de suturada.

Escala de Morse - 60 pontos

Encaminhado para a Pequena Cirurgia para ser suturado, tendo recusado a intervenção médica

Cerca das 5:30 iniciou quadro de agitação motora, auto e heteroagressividade, não respeitando os profissionais de saúde.

Chamada a equipa de segurança de serviço e a autoridade policial.

## ENTENDIMENTO DA PROBLEMÁTICA

- Qual o papel do enfermeiro especialista em EMC na avaliação inicial e planeamento das intervenções realizadas na prestação de cuidados?
- Será este cliente capaz de decidir de forma autónoma e esclarecida?
- Tendo em conta todos os fatores que influenciam a capacidade de decisão livre e esclarecida, quais os princípios ético-leais inerentes ao exercício profissional na defesa da proteção da saúde?
- Quais as intervenções de enfermagem a adotar perante a agressividade do cliente?
- Qual a dimensão da responsabilidade profissional na defesa da segurança dos outros clientes, dos profissionais e do próprio cliente?

## AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

A supervisão clínica visa promover a tomada de decisão autônoma, proteger a pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica **FARIA (2007)**.

A tomada de decisão mobiliza recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação numa situação concreta (**OE 2009, p. 11**).

Pressupõe obrigatoriamente o julgamento correspondente à avaliação das várias alternativa e decisão correspondente à escolha entre essas alternativas (**NUNES 2006**).

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Intoxicação por etilismo agudo

Intoxicação leve por apresentar alteração do humor com desinibição/euforia/verborreia



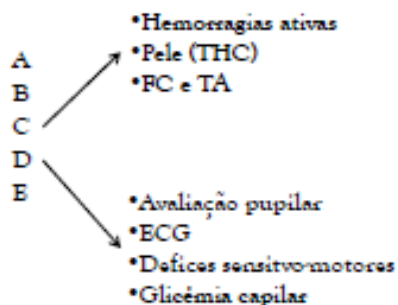
- Vigilância até completa recuperação do estado de consciência (4 a 6h);
- Não é necessário outras avaliações analíticas ou instituir qualquer terapêutica;
- A pesquisa da glicemia capilar deve ser efetuada na admissão e de 3/3h até a recuperação clínica completa (**DGS, 2014**).

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

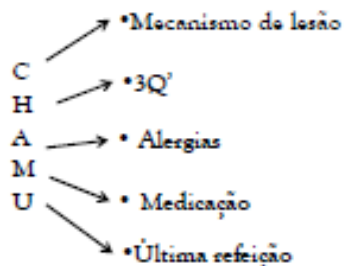
### Traumatismo crânio-encefálico agudo



#### Avaliação primária Centrada Guiadines



#### Avaliação secundária



## CUIDADOS DE ENFERMAGEM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC

- Presta cuidados à pessoa em situação emergente, e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (K.1.1) através da deteção de focos de instabilidade;
- Gere a administração de protocolo terapêuticos complexos (K.1.2) permitindo uma atuação com grau maior de autonomia.
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (K.1.5), pelo planeamento de intervenções facilitadoras da comunicação.
- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica (K.1.6), planeando intervenções facilitadoras da relação terapêutica.

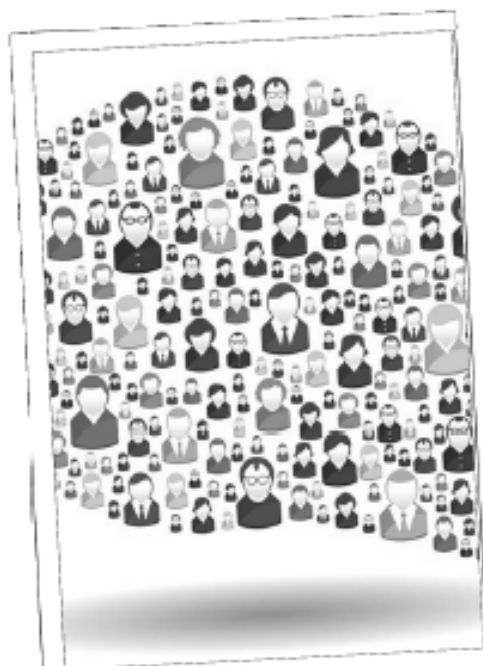
## RECUSA DE TRATAMENTO E CAPACIDADE DE DECISÃO

O REPE, Art. 8º refere que no "exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos" (Unidade de competência A.2.1).

A alteração do estado cognitivo provocada supostamente pelo consumo de álcool e TEC ligeiro, impossibilita a autonomia para a decisão, pois está afetada a capacidade de compreensão do indole e alcance da mesma (artigo 38º do Código Penal [CP]).



<p><b>Cliente</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A Lei Bases Saúde, Lei n.º 48/90, na base XIV estatuto dos utentes, refere na alínea b), que as pessoas "têm direito a decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei.</li><li>• Direito à personalidade jurídica</li><li>• Capacidade de tomada de decisão livre e esclarecida</li></ul>	<p><b>Consentimento livre e esclarecido</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Premissas:</li><li>• 1) deve ser voluntário, livre de qualquer manipulação ou coação externa;</li><li>• 2) deve ser baseado em informação correta que o cliente compreenda;</li><li>• 3) deve ser o ato de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo (Nunes &amp; Amaral, 2005)</li></ul>	<p><b>Enfermeiro</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (artigo 78º alínea 2b do CDE)</li><li>• Dever de informação (artigo 84º do CDE)</li><li>• Adaptação da comunicação, num movimento de gestão da mesma (unidade de competência K.1.5).</li></ul>
---	--	--



## CONTROLO DA AGRESSIVIDADE

A pedra basilar dos cuidados de enfermagem é a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A gestão do estabelecimento da relação terapêutica implica o conhecimento e seleção das estratégias mais adequadas, face à situação vivida e as habilidades de relação de ajuda perante a pessoa com dificuldades de comunicação (K1.6).

Observação dos princípios da necessidade e da proporcionalidade, na manutenção dos direitos da Pessoa e da adequação dos cuidados (artigo 88 alínea b da CDE).

Intervenção autónoma:  
Conhecimento e formação em técnicas específicas de comunicação e de estratégias facilitadoras da mesma em pessoas com barreiras à comunicação (K1.5)

Necessidade de manter um processo de comunicação eficaz de forma a "contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa" (artigo 89º, alínea b do CDE) à unidade de competência K1.6

Abordagem precoce

## SEGURANÇA

- "Identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis". (Ordem dos Enfermeiros, 2001);
- Criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Unidade de competência B.3.1);
- A prática de Enfermagem integra-se na análise do contexto "participando ativamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à protecção dos grupos de maior vulnerabilidade" (OE, 2006, p. 9)

## PROCESSO DE ENFERMAGEM

Baseado numa metodologia científica é constituído por uma série de etapas e acções planeadas dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas, com consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

É constituído por 5 etapas:

- Avaliação inicial;
- Diagnóstico;
- Planeamento;
- Implementação;
- Avaliação final

(BOLANDER, 1998)

PROCESSO DE ENFERMAGEM - DIAGNÓSTICOS

Dor

Ferida Traumática

Perda sanguínea

Confusão aguda

Atitude face ao regime terapêutico dificultadora

Risco de violência para terceiros

Risco de queda

*PROCESSO DE ENFERMAGEM*

Diagnóstico

Confusão aguda: Pensamento distorcido: memória comprometida, com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa;

Resultado esperado

Confusão nenhum

Intervenções planeadas

Crítérios de avaliação

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar o estado de consciência (ECG)</li><li>• Providenciar a orientação para a realidade</li><li>• Proteger os direitos do cliente</li><li>• Vigiar hipoglicémia</li><li>• Avaliar dor</li><li>• Vigiar convulsões</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• ECG e avaliação da glicémia capilar</li><li>• Avaliação de acordo com as recomendações da DGS ou protocolo institucional existente</li><li>• Avaliar a capacidade de tomada de decisão do cliente ao longo da permanência no S.U.</li><li>• Estado confusional</li><li>• Discurso</li></ul> |
|--|---|

## *PROCESSO DE ENFERMAGEM*

### Diagnóstico

Atitude face ao regime terapêutico dificultadora: Atitude face ao regime -  
Atitude - Processo psicopatológico: modelos mentais e opiniões.

Resultado esperado

Atitude face ao regime terapêutico  
melhorada

Intervenções planeadas

Crítérios de avaliação

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a adesão ao regime terapêutico</li><li>• Identificar atitude face ao cuidado</li><li>• Identificar obstáculos a comunicação</li><li>• Escutar o doente</li><li>• Avaliar a resposta a medicação</li><li>• Aconselhar/ Estimular para a mudança do comportamento</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a capacidade de tomada de decisão do cliente ao longo da permanência no S.U.</li><li>• Estado confusional</li><li>• Resposta as técnicas de comunicação</li><li>• Discurso</li></ul> |
|---|--|

## *PROCESSO DE ENFERMAGEM*

### Diagnóstico

Risco de violência para terceiros: Risco de Violência - Violência -  
Comportamento agressivo: ações violentas, prejudiciais;

Resultado esperado

Violência nenhum

Intervenções planeadas

Crítérios de avaliação

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Tranquilizar o cliente</li><li>• Controlar comportamento agressivo</li><li>• Contenção ambiental</li><li>• Contenção química</li><li>• Contenção física</li><li>• Assegurar a segurança do cliente</li><li>• Avaliar a resposta a medicação</li><li>• Geerir a medicação</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Resposta as técnicas de comunicação</li><li>• Necessidade de controlo de comportamento agressivo de acordo com norma da DGS</li><li>• Vigilância da resposta e efeitos secundários da medicação administrada</li><li>• Discurso</li></ul> |
|--|---|

## *PROCESSO DE ENFERMAGEM*

Diagnóstico

Risco de queda: Queda - Evento ou episódio;

Resultado esperado

Queda nenhum

Intervenções planeadas

CrITÉRIOS de avaliação

- Avaliar o risco de queda
  - Prevenção da queda
  - Vigiar a pessoa na deslocação as instalações sanitárias
  - Assegurar a segurança do doente
  - Contenção física
  - Contenção química
  - Avaliar a resposta à medicação
- Avaliar Escala de Morse, sempre que se verifique alterações do estado de consciência do cliente
  - Condições para assegurar a segurança da contenção física de acordo com a norma da DGS ou da instituição
  - Vigilância da resposta e efeitos secundários da medicação administrada

## *REFLEXÃO*

Desenvolvemos conhecimentos teóricos, competências profissionais/pessoais através da reflexão acerca da nossa prática.

Aprofundámos competências na tomada de decisão, na gestão de cuidados complexos e no raciocínio crítico.

Ultrapassamos dificuldades relacionadas com a utilização da CIPE e com opiniões divergentes do grupo na definição dos conceitos e construção dos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Consideramos ter atingido os objetivos definidos uma vez que realizamos uma análise do caso nas dimensões científica, ética e deontológica, jurídica e na formulação de diagnósticos intervenções tendo como base a CIPE.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLANDER, Verolyn - *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998, p.147-159, 31- 52.
- Cherpitel, C. J. (July de 2012). Multilevel analysis of alcohol-related injury and drinking pattern: emergency department data from 19 countries. *Addiction*, pp. 1263-1272.
- Constituição da República Portuguesa. (s.d.). VII REVISÃO CONSTITUCIONAL [2005].
- Conselho Internacional de Enfermeiros - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2.0 - CIPE/ICNP*. Lisboa: OE, 2011
- Cunha, B., Costa, D., & Mota, J. (2012). *Estudo Epidemiológico de Incidência e Mortalidade por Traumatismo Cranio-Encefálico*. Universidade Católica Portuguesa. Obtido de [www.novamente.pt/estudo-epidemiologico-de-incidencia-e-mortalidade...](http://www.novamente.pt/estudo-epidemiologico-de-incidencia-e-mortalidade...)
- DGS. (1999). *Protocolo nacional para a abordagem dos Traumatismos Cranio-Encefálicos*.
- DGS. (2014). *Abordagem dos Intoxicações Alcoólicas Agudas em Adolescentes e Jovens*.
- DL n.º 78/87. (s.d.). *Código de Processo Penal português*.
- Enfermagem, C. d. (2009). *BARECER N.º 226 / 2009 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos / violentos de doentes - contensão física*. Ordem dos Enfermeiros.
- Enfermeiros, C. j. (Maio de 2006). Tomada de posição sobre a segurança do cliente. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Faria, S. (Novembro de 2015). Como surgiu o conceito de supervisão clínica em enfermagem. Obtido de <http://supervisaoclinicainaenfermagem.wikiidot.com>
- Gail D'Onofrio, D. A. (August de 2012). A Brief Intervention Reduces Hazardous and Harmful Drinking in Emergency Department Patients. *Annals of Emergency Medicine*, pp. 181-192.
- Lampreia, N. (Maio de 2008). Das incompetências e inabilidades para decidir. *Responsabilidade Profissional- VIII Seminário de ética*.
- Ministério da Saúde. (1990). *Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 48/90 com as alterações introduzidas pela Lei 27/2002 de 8 de Novembro*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NANDA INTERNACIONAL - *Diagnósticos de Enfermagem: Definições e Classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed 2012.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e Responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Em I. C. Enfermeiros (Ed.). Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong\\_ComL11.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComL11.pdf)
- Nunes, L., & Amaral, M. e. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *REPE. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual/Enunciados Descritivos*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico do enfermeiro inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *MDP: sistema de individualização das especialidades clínicas em Enfermagem (SIECE)*.
- Oliveira, E. e outros (2012) Traumatismo Cranio-Encefálico: Abordagem intECGrada. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 25 (3), p. 179-192
- Oulmann Zethouni, L. B. (Septembre de 2013). Alcohol and Violence in the Emergency Room: A Review and Perspectives from Psychological and Social Sciences. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.
- Pereira, N. (2011) O cuidado do enfermeiro à vítima de traumatismo cranioencefálico: uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar NCM/AFAP*. Teresina. 4 (3), p. 60-65.
- Pinheiro, J. D. (Maio de 2015). As pessoas com deficiência como sujeitos de direitos e deveres. Incapacidades e suprimimento - a visão do jurista. *Doctrina*.
- Pinto, C. A. (1999). *Teoria geral da Relação Jurídica*. Em *Teoria Geral do Direito Civil*. Coimbra: Coimbra Editora.
- POLITÉCNICO DE SETUBAL. *Escola Superior de Saúde - 4ºMestrado em Enfermagem: Guia de Curso 3ºSemestre*. Setúbal: [s.n], 2015.

**Apêndice 8** - Implementação  
dos Registos de Enfermagem no  
SAPE na Unidade de Cuidados  
Intensivos do Serviço de  
Urgência

UNIDADE DE CUIDADOS DIFERENCIADOS IMEDIATOS  
SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

2º Concurso dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da  
Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros

# Implementação dos Registos de Enfermagem no SAPE na Unidade de Cuidados Diferenciados do Serviço de Urgência

Hugo Henriques  
Marco Job Batista  
António Rocha  
Manuel Galhardas  
Lurdes Martins

## **IDENTIFICAR E DESCRREVER O PROBLEMA**

Os cuidados intensivos são por natureza multiprofissionais e multidisciplinares e têm como objetivo primordial prevenir a deterioração, suportar e recuperar funções vitais, de forma a tratar a doença subjacente e proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (Penedo, et al., 2015). É na assunção do anteriormente afirmado que a unidade onde nos propomos desenvolver o projeto se enquadra. Assim, a Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos (UCDI) está integrada no Serviço de Urgência Geral do Hospital [REDACTED]. De acordo com a classificação da Direção-Geral da Saúde (DGS) a UCDI pode ser classificada como uma Unidade de Cuidados Intensivos nível II (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Tendo em conta a natureza da UCDI e as alterações pelas quais tem passado, tanto ao nível dos sistemas de informação como dos recursos humanos, é natural a não existência do processo de enfermagem organizado no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). No entanto, recentemente e enquadrado num Projeto de Intervenção em Serviço de um enfermeiro que se encontra a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal houve a oportunidade de iniciar um projeto o qual é passível de integrar o Projeto de Melhoria da Qualidade cujo foco de intervenção é a Implementação dos Registos de Enfermagem em SAPE.

Este Projeto de Melhoria da Qualidade dá resposta à organização dos cuidados de enfermagem definido nos enunciados dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012) e à Norma de Procedimento Geral 1041 – Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem do Hospital Garcia de Orta (Rocha, et al., 2015).

Sabendo que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro [e enfermeiro especialista] contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2012), então os sistemas de informação integrados da saúde beneficiam os utentes, os profissionais de saúde, os administradores de saúde, os decisores políticos e ainda o sistema de saúde (Administração Central dos Serviços de Saúde, 2007). A existência de um processo de registos de enfermagem em SAPE vai melhorar a qualidade dos cuidados aos utentes uma vez que incorpora as necessidades de cuidados de enfermagem do utente,

as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo utente (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Os registos em SAPE têm por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), e vêm evidenciar o contributo que os cuidados de enfermagem têm na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A investigação e a prática baseada na evidência podem ser documentadas através dos registos de enfermagem em SAPE, permitindo produzir indicadores específicos de ganhos em saúde para o utente. Com a implementação dos registos em SAPE, poder-se-á criar os indicadores de enfermagem descritos no Resumo Mínimo de Dados.

### **PERCEBER O PROBLEMA**

No âmbito do exercício profissional, os enfermeiros especialistas devem assegurar a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem gerais e especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem e a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Deste modo, de acordo com Cunha, Ferreira & Rodrigues (2010) a informatização dos registos de enfermagem passa pela obtenção de informação mais organizada, mais acessível, de forma a facilitar o processo de comunicação, facilitar o desempenho e diminuir o tempo gasto em atividades burocráticas, promovendo deste modo uma maior disponibilidade para o cuidado direto aos doentes.

A CIPE pretende constituir-se uma referência unificadora das classificações existentes (Leal, 2006). Assim, a CIPE é uma classificação que existe desde 1995 e que pode ser utilizável de forma complementar ou integrada com as classificações desenvolvidas na Organização Mundial de Saúde (International Council of Nurses, 2011). É, de uma forma sumária, uma classificação de fenómenos, ações e resultados de enfermagem que descreve a prática de enfermagem (International Council of Nurses, 2005).

O fenómeno de enfermagem pode ser definido como o aspeto da saúde dos utentes para a prática de enfermagem (International Council of Nurses, 2011). Assim, os vários eixos do fenómeno constituem o diagnóstico de enfermagem que é um rótulo

atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do utente após a avaliação (International Council of Nurses, 2009). Os resultados de enfermagem são a medida ou estado de um diagnóstico de enfermagem após as intervenções de enfermagem num determinado tempo (International Council of Nurses, 2011). Por fim, as ações ou intervenções de enfermagem são definidas pela ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem (International Council of Nurses, 2011).

Desta forma, a partir da introdução desta linguagem comum foi possível o desenvolvimento de um Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) que se centra na área das intervenções de enfermagem *“iniciadas pela tomada de decisão do enfermeiro, que permite introduzir dados relativos à apreciação inicial a partir do modelo parametrizado nas unidades de cuidados, que permite inserir os diagnósticos de enfermagem identificados, definir o foco envolvido e o status do diagnóstico (utilizando os conteúdos parametrizados e/ou adicionado texto livre, prescrevendo as intervenções de enfermagem)”* (Silva, 2006, p. 218).

A implementação de SIE deve, de acordo com Sousa (2005), servir de suporte legal dos cuidados de enfermagem prestados, dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem nomeadamente para os ganhos em saúde, facilitar a gestão e formação, promover a investigação e a continuidade de cuidados. A aplicação informática SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) é, atualmente, a resposta à necessidade de informatização da informação recolhida na prestação de cuidados de enfermagem e que juntamente com outras aplicações específicas permitem o acesso a todo o processo clínico do utente.

Tendo em conta a investigação de Cunha, Ferreira & Rodrigues (2010), os enfermeiros que trabalham diariamente com SIE informatizados baseados na CIPE estão comprometidos no uso das aplicações, tendo em conta o impacto do sistema no processo de trabalho e no impacto na eficácia, eficiência e financiamento dos cuidados de enfermagem.

## **FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS**

Os objetivos para a implantação do projeto de melhoria da qualidade no âmbito do processo de enfermagem em SAPE são:

- Objetivo geral: Inovar na qualidade dos registos de enfermagem na Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos;
- Objetivos específicos:
  - Identificar as oportunidades de melhoria nos registos de enfermagem;
  - Elaborar um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem;
  - Implementar um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem.

## **PERCEBER AS CAUSAS**

De entre os diversos meios que nos permitem conhecer/identificar as causas de uma determinada situação optámos pela realização de uma análise SWOT. O método de Análise SWOT tem como objetivo o diagnóstico e análise das variáveis que poderão influenciar o projeto (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2007).

<b>FATORES INTERNOS</b>  <b>FATORES EXTERNOS</b>	<b>PONTOS FORTES</b>	<b>PONTOS FRACOS</b>
	<b>OPORTUNIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização do SAPE atualmente na UCDI;</li> <li>• Equipa de enfermagem jovem e dinâmica;</li> <li>• Envolver a equipa de enfermagem da UCDI de forma pró-ativa;</li> <li>• Planear ações de formação faseadas sobre a uniformização dos registos de enfermagem em SAPE</li> <li>• A Política de registos de enfermagem do Hospital ██████████.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uniformização nos registos de enfermagem em SAPE;</li> <li>• Melhoria da qualidade dos registos em SAPE;</li> <li>• Criação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem;</li> <li>• Diminuição do tempo gasto em atividades burocráticas;</li> <li>• Confiabilidade e exatidão na informação;</li> <li>• Sedimentar conhecimentos e facilitar a documentação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de um questionário de diagnóstico de situação e opinião dos enfermeiros com integração na UCDI.</li> <li>• Ações de formação sobre a uniformização dos registos de enfermagem em SAPE.</li> <li>• Elaboração e implementação de um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem em SAPE.</li> </ul>
<b>AMEAÇAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmotivação dos enfermeiros relativamente à inexistência da progressão da carreira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistência à mudança.</li> </ul>

## **PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS / ATIVIDADES**

Para iniciar o projeto de implementação do processo de enfermagem em SAPE na UCDI foi constituída uma task-force liderada pelo Enfermeiro-Chefe António Rocha e pelos Enfermeiros Marco Job Batista, Manuel Galhardas e Hugo Henriques.

Depois de constituído o grupo de trabalho, foram realizadas várias reuniões com o intuito de planejar as várias atividades para desenvolver o projeto. Desta forma, foi realizado um cronograma de atividades (Apêndice I).

Depois do grupo de trabalho reunir foi decidido a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem na UCDI para perceber qual a motivação da implementação do projeto de melhoria da qualidade. O Serviço de Urgência Geral é constituído por 94 enfermeiros, dos quais 47 têm integração na UCDI. No entanto a amostra é constituída por 46 enfermeiros. Para caracterizar a equipa de enfermagem prestadora de cuidados na UCDI é de realçar que a média de idade é de 32,7 anos com um mínimo de 27 anos e um máximo de 51 anos. Dos enfermeiros inquiridos, 22% possuem o grau de mestre (10 enfermeiros) e 78% o grau de licenciado (36 enfermeiros).

Quando questionados sobre a forma atual de registos de enfermagem na UCDI, 11% referiu que os registos são maus; 59% que os registos são incompletos e 14% referiu que os registos são razoáveis. Nenhum enfermeiro respondeu que os registos de enfermagem atuais são excelentes, pelo que este projeto de melhoria da qualidade faz todo o sentido. Um dado relevante é o fato de 87% dos enfermeiros questionados concordar com a implementação de um padrão de registos uniformizados utilizando o SAPE e 76% considerar que poderia existir melhoria dos cuidados de enfermagem.

Numa fase posterior, o grupo de trabalho fez formação sobre o SAPE – Internamento num total de 8 horas. O curso de formação foi realizado no Centro [REDACTED] – Formação do Hospital [REDACTED]. O programa de formação do curso realizado incluiu:

- Módulo I – Abordagem da CIPE – formulação de diagnósticos e intervenções;
- Módulo II – Avaliação SAPE – Menu principal – ícons para interfaces com outras plataformas; avaliação inicial;
- Módulo III – Prescrições médicas – Atitudes terapêuticas; análises e exames; processo de enfermagem – fenómenos de enfermagem: focos de atenção e a

definição do status de diagnóstico; como se constrói um diagnóstico de enfermagem utilizando os diversos eixos;

- Módulo IV – Classificação de intervenções de enfermagem – tipo de intervenção; casos práticos;
- Módulo V – Plano de trabalho; notas por exceção;
- Módulo VI – Consulta das várias pastas de consultas e listagens – processo total; processo de enfermagem; avaliação inicial; vigilância das 24 horas;
- Módulo VII – Carta de transferência; casos práticos.

Neste momento o grupo de trabalho encontra-se na fase de construção da parametrização a aplicar. Depois de realizar a parametrização, também será construído um guia de orientação de boas práticas sobre a elaboração dos registos de enfermagem.

### **VERIFICAR OS RESULTADOS**

Sabendo que 96% dos enfermeiros com integração na UCDI está motivada para a realização de formação sobre registo de enfermagem em SAPE, nesta fase, definiu-se como indicador:

1. Que 98% dos enfermeiros da UCDI realizem formação em SAPE.

### **PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA**

Depois da construção da parametrização do SAPE a aplicar na UCDI iremos iniciar a formação da equipa de enfermagem. A formação terá por base a parametrização e o guia orientador de boas práticas realizadas pelo grupo de trabalho.

### **BIBLIOGRAFIA**

Administração Central dos Serviços de Saúde. (2007). Definição do Plano de Transformação dos Sistemas de Informação Integrados de Saúde. Retrieved 2015 йил 24-Junho from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Images/ConteudoGenerico/PTSIISsumarioexecutivo1.pdf>

CHERPITEL, C. J. (July de 2012). Multi-level analysis of alcohol-related injury and drinking pattern: emergency department data from 19 countries. *Addiction* , pp. 1263-1272.

Constituição da Republica Portuguesa. (s.d.). VII REVISÃO CONSTITUCIONAL [2005] .

Cunha, A., Ferreira, J., & Rodrigues, M. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* , 7-16.

Cunha, B., Costa, D., & Mota, J. (2012). Estudo Epidemiológico de Incidência e Mortalidade por Traumatismo CrânioEncefálico. Universidade Católica Portuguesa.

DGS. (2014). Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens.

DGS. (2011). Prescrição Imagiológica da Cabeça e Pescoço: Tomografia Computadorizada Crânioencefálica.

DGS. (1999). Protocolo nacional para a abordagem dos Traumatismos Crânio-Encefálicos.

Direção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: DGS.

DL n.º 78/87. (s.d.). Código de Processo Penal português .

D'ONOFRIO, D. A. (August de 2012). A Brief Intervention Reduces Hazardous and Harmful Drinking in Emergency Department Patients. *Annals of Emergency Medicine* , pp. 181-192.

Enfermagem, C. d. (2009). PARECER N.º 226 / 2009 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos / violentos de doentes – contenção física . Ordem dos Enfermeiros.

Enfermeiros, C. j. (Maio de 2006). Tomada de posição sobre a segurança do cliente. Ordem dos Enfermeiros.

ENFERMEIROS, O. D. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.

ENFERMEIROS, O. D. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. Obtido de MCEE Médico Cirúrgica - Legislação produzida pela Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEMedico-Cirurgica-Legislacao.aspx>

ENFERMEIROS, O. D. (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Lisboa.

Faria, S. (Novembro de 2015). Como surgiu o conceito de supervisão clínica em enfermagem. Obtido de <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com>

- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2007). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos , 5.
- FORTIN, M. F., CÔTE, J., & FILLION, F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta.
- FREIRE, A. (1997). Estratégia - Sucesso em Portugal. Lisboa: Editorial Verbo.
- GERMANO, A. e. (2003). Códio Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2011). CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE / ICNP): versão Beta 2 (3ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2009). Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- KOLCABA, K. (2002). Confort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. [s.l.]: Springer Publishing Company.
- Lampreia, N. (Maio de 2008). Das incompetências e inabilidades para decidir. Responsabilidade Profissional- VIII Seminário de ética .
- Leal, T. (2006). A CIPE e a Visibilidade em Enfermagem: Mitos e Realidades. Loures: Lusociência.
- MACHADO, H. (2013). Manual de Anestesiologia. Lisboa: Lidel.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1990). Lei de Bases da Saúde. Lei nº 48/90 coma alterações introduzidas pela Lei 27/2002 de 8 de Novembro .
- NATÁRIO, A. e. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Direção Geral de Saúde. Obtido em 08 de 04 de 2014, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- NUNES, L. (2009). Ética: Raízes e Florescências, Em Todos os Caminhos. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e Responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In I. C. Enfermeiros (Ed.).
- NUNES, L. e. (2013). 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Guia de Curso, 1º Semestre. Setúbal: [s.l.].
- NUNES, L. (2008). Responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro. Responsabilidade Profissional: VIII Seminário de Ética , ISSN 1646-2629.
- Nunes, L., & Amaral, M. e. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- NUNES, L., RUIVO, A., & LOPES, J. (2014). Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres. Setúbal.

- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico do enfermeiro inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). MDP- sistema de individualização das especialidades clínicas em Enfermagem (SIECE).
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Retrieved 2015 йил 17-Setembro from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2001). Padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual/Enunciados Descritivos. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série , 8648-8653.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (1998). REPE. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril .
- OULMANN Zerhouni, L. B. (Septembre de 2013). Alcohol and Violence in the Emergency Room: A Review and Perspectives from Psychological and Social Sciences. *Int. J. Environ. Res. Public Health* .
- PAYEN, J.-F. e. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine* , Vol. 29, n.º12.
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Rui, S., et al. (2015). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final. Retrieved 2015 йил 15-Setembro from Ministério da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9CD3C2F2-455B-4644-B153-F09FCA50BFD2/0/GTUCIrelatoriofinal.pdf>
- PINHEIRO, J. D. (Maio de 2015). As pessoas com deficiência como sujeitos de direitos e deveres. Incapacidades e suprimento – a visão do Jurista. *Doutrina* .
- Pinto, C. A. (1999). Teoria geral da Relação Jurídica. In *Teoria Geral do Direito Civil*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Rocha, A., Almeida, A. P., Machado, A., Peças, D., Neto, F., Franco, H., et al. (2015). Norma de Procedimento Geral 1041 - Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Hospital Garcia de Orta .
- ROCHA, M. d., & MESTRINHO, J. (2014). *Manual de Integração*. Lisboa.
- RUIVO, A., FERRITO, C., & NUNES, L. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Percursos , ISSN 1646-5067.
- SAÚDE, D. G. (14 de 06 de 2003). Obtido em 08 de 04 de 2014, de Direção Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.

Sousa, P. (2005). Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde. Porto: Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

STREUFERT, S., POGASH, R., & GINGRICH, D. (June de 1993). Alcohol and complex functioning. *J. App. Soc. Psychol* , pp. 847–866.

Tom Palmstierna. (June de 2001). American College of Emergency Physicians. *American Psychiatric Association* , pp. 820-823.

TOMEY, A. M., & ALLIGOOD, M. R. (2002). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

YOUNG, J., SIFFLEET, J., NIKOLETTI, S., & SHAW, T. (2006). Use of a Behavior Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing* , 22, 32-39 .

## APÊNDICE I

### Cronograma

	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Definição do tema do projeto												
Constituição da task-force												
Reunião do grupo de trabalho												
Pesquisa bibliográfica												
Análise SWOT												
Realização, aplicação e análise estatística do questionário												
Curso de formação em SAPE no HGO												
Formação S-Clinico												
Elaboração da Parametrização												
Formação em serviço à equipa de enfermagem												
Implementação da Parametrização do SAPE na UCDI												
Auditorias aos registos em SAPE na UCDI												

**Apêndice 9** – Projeto de Auditoria  
Interna aos Registos de Enfermagem  
no SAPE na Unidade de Cuidados  
Intensivos

**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
**HOSPITAL** 

**Projeto de Auditoria  
Interna aos Registos de  
Enfermagem no SAPE na  
Unidade de Cuidados  
Intensivos**

## IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A existência de um processo de registos de enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) vai melhorar a qualidade dos cuidados aos utentes uma vez que incorpora as necessidades de cuidados de enfermagem do utente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo utente (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Para garantir a qualidade dos registos de enfermagem é importante auditá-los. Auditar consiste na avaliação sistemática e formal de uma atividade para determinar se ela está a ser realizada de acordo com os objetivos e normas definidas. Para o Institute of Internal Auditors (2010), a auditoria consiste numa apreciação independente, no seio da organização, para contribuir para uma gestão adequada dos recursos e dos meios colocados à disposição dos elementos constituintes da organização. É uma atividade estabelecida na organização que visa examinar e avaliar as atividades, de auxiliar os membros da organização no cumprimento eficaz das suas responsabilidades (Pinheiro, 2010).

Nas organizações de saúde, a auditoria configura-se como uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho que vêm ocorrendo em hospitais. No que respeita aos cuidados de enfermagem pode ser definida como a avaliação sistemática da qualidade dos cuidados verificados através dos registos no processo do utente (Pereira 1991). Ainda segundo o mesmo autor as principais finalidades da auditoria em enfermagem são identificar inconformidades existentes, fornecendo dados concretos que possibilitem a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Deste modo, e de acordo com Scarparo (2007) a auditoria configura-se como uma ferramenta para fornecer de dados utilizados pelos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, com a finalidade de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem e os custos decorrentes da sua prestação.

Sabendo que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2012), então os sistemas de informação integrados da saúde beneficiam os utentes, os profissionais de saúde, os administradores de saúde, os decisores políticos e ainda o sistema de saúde (Administração Central dos Serviços de Saúde, 2007).

Os registos em SAPE têm por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), e vêm evidenciar o contributo que os cuidados de enfermagem têm

na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A investigação e a prática baseada na evidência podem ser documentadas através dos registos de enfermagem em SAPE, permitindo produzir indicadores específicos de ganhos em saúde para o utente. Com a implementação dos registos em SAPE, poder-se-á criar os indicadores de enfermagem descritos no Resumo Mínimo de Dados.

Este projeto de auditoria interna dos registos de enfermagem em SAPE na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do HGO dá resposta à organização dos cuidados de enfermagem definido nos enunciados dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012) e à Norma de Procedimento Geral 1042 – Auditoria aos Registos de Enfermagem do Hospital Garcia de Orta (2015).

## PERCEBER O PROBLEMA

Os cuidados intensivos são por natureza multiprofissionais e multidisciplinares e têm como objetivo primordial prevenir a deterioração, suportar e recuperar funções vitais, de forma a tratar a doença subjacente e proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (Penedo, et al., 2015). No âmbito do exercício profissional, os enfermeiros especialistas devem assegurar a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem gerais e especializados, as intervenções de enfermagem, os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Segundo Norma de Procedimentos Gerais (NPG) 1042 do HGO (2015), os registos de enfermagem são de extrema importância enquanto parte integrante da prática de cuidados de Enfermagem, uma vez que justificam e comprovam os cuidados que foram prestados aos doentes. O processo de auditoria interna dos registos de enfermagem, faz parte de um conjunto de auditorias ao Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) do HGO. Este processo deve ser planeado de modo a verificar os procedimentos e práticas. Têm como objetivo principal é a melhoria dos resultados clínicos para os utentes, através de um processo contínuo, no qual os profissionais de saúde comparam os cuidados prestados com critérios

de qualidade previamente estabelecidos, permitindo desta forma avaliar o desempenho, reconhecer as boas práticas e se necessário introduzir melhorias.

Para Pires (2007) as auditorias devem ser desencadeadas de acordo com checklists, de forma a que seja evidenciado o seu aspeto sistemático, independente, deve dar origem a relatórios/registos que indiquem o que foi verificado e os resultados obtidos.

As auditorias a realizar na UCI do HGO, devem obedecer ao primeiro critério da NPG 1041 - HGO (2015) que refere que as auditorias no internamento devem ter uma amostragem equivalente a 10% da lotação do Serviço, excluindo os processos dos doentes com menos de 24 horas de internamento.

## FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

Para este projeto foram definidos os seguintes objetivos:

- Criar uma norma de procedimentos para as auditorias aos registos de enfermagem em SAPE na UCI (apêndice I);
- Criar instrumento de análise das auditorias (apêndice III) e instrumento de auditoria interna na UCI para os registos em SAPE (apêndice II);
- Implementar um programa sistemático de auditoria interna aos registos em SAPE;
- Realizar auditorias internas aos registos em SAPE;
- Divulgar os relatórios das auditorias internas (apêndice IV);
- Contribuir para a melhoria contínua através da constatação de evidências objetivas referentes à necessidade de reduzir, eliminar e principalmente prevenir não-conformidades;

## PERCEBER AS CAUSAS

A realização deste projecto vem de encontro aos objetivos do Estágio III e dá resposta a uma necessidade identificada pelo Enfermeiro Chefe José Serra da UCI.

## PLANEAR E EXECUTAR TAREFAS / ATIVIDADES

Para iniciar o projeto de auditoria interna no âmbito do processo dos registos de enfermagem em SAPE na UCI foi constituída um grupo de trabalho liderado pelo Enfermeiro-Chefe José Serra e pelos Enfermeiros Anabela Esteves e Hugo Henriques.

De acordo com a norma NP EN ISO 9001 (2008), as organizações devem conduzir auditorias internas em intervalos de tempos planeados para avaliar se o sistema de gestão da qualidade esta conforme os requisitos da Norma e com os requisitos dos sistema de gestão da qualidade estabelecidos pela organização e se está implementado e mantido com eficácia.

Perante esta diretriz foram realizadas várias reuniões informais com o intuito de planear as várias atividades para desenvolver o projeto e criado o seguinte cronograma:

	Semana								
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>
Contato com os registos em SAPE e sua utilização na UCI									
Reunião informal com grupo de trabalho									
Pesquisa bibliográfica									
Auditoria interna com a folha geral para auditoria									
Reformulação da folha de auditoria interna dos registos em SAPE									
Discussão com o grupo de trabalho sobre os documentos produzidos									
Auditoria interna com nova folha de auditorias aos registos em SAPE									
Divulgação dos resultados das auditorias à equipa									

### VERIFICAR OS RESULTADOS

Após a realização de cada auditoria, será dado o feedback ao à equipa de enfermagem. Essa reunião tem um objetivo formativo no âmbito do esclarecimento de dúvidas na realização dos registo de enfermagem em SAPE.

### PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

Depois da realização da primeira auditoria, serão analisados os resultados obtidos de forma a esclarecer dúvidas e corrigir não conformidades existentes sobre a realização dos registos de enfermagem em SAPE.

Os resultados finais das auditorias serão apresentados à equipa numa perspetiva formativa através da constatação de evidências objetivas referentes à necessidade de reduzir, eliminar e principalmente prevenir não-conformidades para contribuir para a melhoria contínua dos registos em SAPE.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central dos Serviços de Saúde. (2007). *Definição do Plano de Transformação dos Sistemas de Informação Integrados de Saúde*. Retrieved 2015 June 24 from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Images/ConteudoGenerico/PTSIISSumarioexecutivo1.pdf>
- CHERPITEL, C. J. (July de 2012). Multi-level analysis of alcohol-related injury and drinking pattern: emergency department data from 19 countries. *Addiction* , pp. 1263-1272.
- Constituição da Republica Portuguesa. (s.d.). *VII REVISÃO CONSTITUCIONAL [2005]* .
- Cunha, A., Ferreira, J., & Rodrigues, M. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* , 7-16.
- Cunha, B., Costa, D., & Mota, J. (2012). *Estudo Epidemiológico de Incidência e Mortalidade por Traumatismo CrânioEncefálico*. Universidade Católica Portuguesa.
- DGS. (2014). *Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens*.
- DGS. (2011). *Prescrição Imagiológica da Cabeça e Pescoço: Tomografia Computadorizada Crânioencefálica*.
- DGS. (1999). *Protocolo nacional para a abordagem dos Traumatismos Crânio-Encefálicos*.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: DGS.
- DL n.º 78/87. (s.d.). *Código de Processo Penal português* .
- D'ONOFRIO, D. A. (August de 2012). A Brief Intervention Reduces Hazardous and Harmful Drinking in Emergency Department Patients. *Annals of Emergency Medicine* , pp. 181-192.
- Enfermagem, C. d. (2009). *PARECER N.º 226 / 2009 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos / violentos de doentes – contenção física* . Ordem dos Enfermeiros.
- Enfermeiros, C. j. (Maio de 2006). Tomada de posição sobre a segurança do cliente. Ordem dos Enfermeiros.
- ENFERMEIROS, O. D. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- ENFERMEIROS, O. D. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa. Obtido de MCEE Médico Cirúrgica - Legislação produzida pela Ordem dos Enfermeiros:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEMedico-Cirurgica-Legislacao.aspx>
- ENFERMEIROS, O. D. (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa.
- Faria, S. (Novembro de 2015). *Como surgiu o conceito de supervisão clínica em enfermagem*. Obtido de <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2007). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos* , 5.
- FORTIN, M. F., CÔTE, J., & FILLION, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- FREIRE, A. (1997). *Estratégia - Sucesso em Portugal*. Lisboa: Editorial Verbo.
- GERMANO, A. e. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- International Council of Nurses. (2011). *CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE / ICNP): versão Beta 2 (3ª ed.)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- KOLCABA, K. (2002). *Confort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. [s.l.]: Springer Publishing Company.
- Lampreia, N. (Maio de 2008). Das incompetências e inabilidades para decidir. *Responsabilidade Profissional- VIII Seminário de ética* .
- Leal, T. (2006). *A CIPE e a Visibilidade em Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.
- MACHADO, H. (2013). *Manual de Anestesiologia*. Lisboa: Lidel.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1990). Lei de Bases da Saúde. *Lei nº 48/90 com alterações introduzidas pela Lei 27/2002 de 8 de Novembro* .
- NATÁRIO, A. e. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção Geral de Saúde. Obtido em 08 de 04 de 2014, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- NUNES, L. (2009). *Ética: Raízes e Florescências, Em Todos os Caminhos*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e Responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In I. C. Enfermeiros (Ed.).
- NUNES, L. e. (2013). *3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Guia de Curso, 1º Semestre*. Setúbal: [s.l.].
- NUNES, L. (2008). Responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro. *Responsabilidade Profissional: VIII Seminário de Ética* , ISSN 1646-2629.
- Nunes, L., & Amaral, M. e. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- NUNES, L., RUIVO, A., & LOPES, J. (2014). *Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres*. Setúbal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico do enfermeiro inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). *MDP- sistema de individualização das especialidades clínicas em Enfermagem (SIECE)*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Retrieved 2015 йил 17-Setembro from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2001). Padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual/Enunciados Descritivos. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série* , 8648-8653.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (1998). REPE. *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril* .
- OULMANN Zerhouni, L. B. (Septembre de 2013). Alcohol and Violence in the Emergency Room: A Review and Perspectives from Psychological and Social Sciences. *Int. J. Environ. Res. Public Health* .

PAYEN, J.-F. e. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine* , Vol. 29, n.º12.

Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Rui, S., et al. (2015). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final*. Retrieved 2015 йл 15-Setembro from Ministério da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9CD3C2F2-455B-4644-B153-F09FCA50BFD2/0/GTUCIrelatoriofinal.pdf>

PINHEIRO, J. D. (Maio de 2015). As pessoas com deficiência como sujeitos de direitos e deveres. Incapacidades e suprimento – a visão do Jurista. *Doutrina* .

Pinto, C. A. (1999). Teoria geral da Relação Jurídica. In *Teoria Geral do Direito Civil*. Coimbra: Coimbra Editora.

Rocha, A., Almeida, A. P., Machado, A., Peças, D., Neto, F., Franco, H., et al. (2015). Norma de Procedimento Geral 1041 - Registos de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). *Hospital Garcia de Orta* .

ROCHA, M. d., & MESTRINHO, J. (2014). *Manual de Integração*. Lisboa.

RUIVO, A., FERRITO, C., & NUNES, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânia Descritiva de Etapas. *Percursos* , ISSN 1646-5067.

SAÚDE, D. G. (14 de 06 de 2003). Obtido em 08 de 04 de 2014, de Direção Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.

Sousa, P. (2005). *Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde*. Porto: Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

STREUFERT, S., POGASH, R., & GINGRICH, D. (June de 1993). Alcohol and complex functioning. *J. App. Soc. Psychol* , pp. 847–866.

Tom Palmstierna. (June de 2001). American College of Emergency Physicians. *American Psychiatric Association* , pp. 820-823.

TOMEY, A. M., & ALLIGOOD, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

YOUNG, J., SIFFLEET, J., NIKOLETTI, S., & SHAW, T. (2006). Use of a Behavior Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing* , 22, 32-39 .

- ;
- Silva, A.; Machado, A.; Peças, D.; Neto, F.; Franco, H.; Barros, J.; Rocha, M.; Monteiro, L. - **Norma de Procedimento Geral 1042 - Auditoria aos Registos de Enfermagem**. Hospital Garcia de Orta, 2015;
- Scarparo A. - **Auditoria de Enfermagem – identificando sua concepção e métodos**. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

**Apêndice 10 - Norma Procedimentos**  
UCI

<i>Unidade de Cuidados Intensivos</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO UCI – 3XXX</b>	XXXXXX
---------------------------------------	---	--------

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>ASSUNTO:</b>	Auditorias aos registos de enfermagem em SAPE na UCI
<b>FINALIDADE:</b>	Definir os princípios de auditoria interna aos registos de enfermagem
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Enfermeiros que exercem funções na UCI
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Auditorias; Enfermagem, Registos, SAPE

Autor (es)	Hugo Henriques, Anabela Esteves	Data de elaboração	14/12/2015
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação	José Serra	Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	

## **ABREVIATURAS**

HGO - Hospital

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade

## **INTRODUÇÃO**

A presente norma de procedimento tem como princípio de atuação o conceito de auditoria, processo sistemático, independente e de acordo com checklists. Visam examinar e avaliar as atividades, auxiliar os membros da organização no cumprimento eficaz das suas responsabilidades (Pinheiro, 2010) e deve dar origem a relatórios/registos que indiquem o que foi verificado e os resultados obtidos (Pires, 2007).

No que respeita aos cuidados de enfermagem pode ser definida como a avaliação sistemática da qualidade dos cuidados verificados através dos registos de enfermagem no processo do doente e tem como principais finalidades identificar inconformidades existentes, fornecendo dados concretos que possibilitem justificar e comprovar os cuidados que foram prestados aos doentes (Pereira 1991).

## **DESCRIÇÃO**

### **1. AUDITORIA**

O processo de auditoria interna dos registos de enfermagem faz parte de um conjunto de auditorias ao SGQ do HGO. Este processo deve ser planeado de modo a verificar os procedimentos e práticas. Têm como objetivo principal a melhoria dos resultados clínicos para os doentes, através de um processo contínuo, no qual os profissionais de saúde comparam os cuidados prestados com critérios de qualidade previamente estabelecidos, permitindo desta forma avaliar o desempenho, reconhecer as boas práticas e se necessário introduzir melhorias.

### **2. PROCESSO**

As auditorias a realizar na UCI do HGO serão do tipo internas dado que têm um papel crítico às rotinas estabelecidas e métodos de trabalho sempre com o objetivo de contribuir para a melhoria do desempenho e rentabilidade da organização (Pinheiro, 2010), e terão um carácter operacional pela utilização de amostras mais detalhadas e exaustivas.

- As auditorias internas devem ser realizadas na primeira semana de cada mês e auditar processos de doentes com mais de 72 horas de internamento;
- Nos meses pares auditar os processos dos doentes das unidades ímpares e nos meses ímpares os processos dos doentes das unidades pares, até perfazer pelo menos 20% dos doentes internados em cada mês;
- A equipa interna para a auditoria será constituída por um enfermeiro responsável e mais dois enfermeiros, designados pelo enfermeiro chefe José Serra, com experiência e competências reconhecidas na prática de auditorias;

- As auditorias devem ser realizadas interpares;
- O seu objetivo principal é contribuir para a melhoria contínua através da constatação de evidências objetivas referentes à necessidade de reduzir, eliminar e principalmente prevenir não-conformidades;
- A auditoria terá por base o Anexo 1 da NP - 3XXX da UCI (Folha de Auditoria aos Registos de Enfermagem em SAPE Na UCI);
- O relatório de cada auditoria interna deverá ser feito no Anexo 2 da NP 3XXX (Relatório de Auditoria Interna aos Registos de Enfermagem em SAPE) e devem constar os objetivos, plano de auditoria, conclusões, planos de ação para ações de melhoria;
- O relatório de cada auditoria deve ser dado a conhecer à equipa de enfermagem;
- Cada auditoror deverá ter pelo menos 8 horas, por mês, dedicadas exclusivamente à realização das auditorias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pereira, L.; Takahashi, T.: **Auditoria em Enfermagem**. In: Kurcgant, Paulina (Coord). Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1991.;
- Pinheiro, J., Leite (Ed.) - **Auditoria Interna - Auditoria Operacional - Manual Prático para Auditores Internos (2ª ed.)**: Letras e Conceitos Lda Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria em enfermagem. In.:Kurcgant P, organizadora. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 2010;
- Pires, A. - **Qualidade - Sistemas de Gestão da Qualidade**. Lisboa: Edições Sílabo, Lda. 2007;
- Rodrigues, T.; Carreira, O.; Carvalho, M.; Pereira, P.; Quintãos, M. - **Política, Auditoria - 0117**. Hospital Garcia de Orta, 2013;
- Silva, A.; Machado, A.; Peças, D.; Neto, F.; Franco, H.; Barros, J.; Rocha, M.; Monteiro, L. - **Norma de Procedimento Geral 1042 - Auditoria aos Registos de Enfermagem**. Hospital Garcia de Orta; 2015;
- Silva, A.; Machado, A.; Rocha, A.; Neto, F.; Barros, J.; Rocha, M.; Monteiro, L. - **Norma de Procedimento Geral 1041 - Regoistos de Enfermagem em Formato Eletrónico com Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)**. Hospital Garcia de Orta, 2015.

**Apêndice 11** - Checklist da auditoria  
aos registos de enfermagem em SAPE  
na UCI

Unidade de Cuidados Intensivos

## Anexo I da NP - 3XXX

### Checklist da auditoria aos registos de enfermagem em SAPE na UCI

Data: \_\_\_\_\_

Proc: \_\_\_\_\_

ITEM EM APECIAÇÃO		Preenchimento			OBSERVAÇÕES
AVALIAÇÃO INICIAL		S	N	NA	
O campo das alergias e alertas preenchido					
Não constam registos sobre convicções ou práticas religiosas					
Dados gerais	Nome; profissão; língua materna				
Natureza da admissão	Motivo de internamento; história de doença atual				
Antecedentes pessoais	Hábitos de vida; terapêutica no domicílio; int. anteriores; próteses/ortóteses				
Pessoa significativa	Nome; parentesco; contacto				
Respiração	Tipo de respiração; via artificial; n.º tubo; data de colocação e Nível				
Circulação	CVP / CVC / LA / CVC HD / Hemaquet (data/local)				
Eliminação	Padrão intestinal; ostomias; cateterismo urinário; tipo; n.º e data				
Nutrição	Via de alimentação; n.º sonda; data de colocação				
Escalas	Glasgow; Braden; Morse; Dor				

ITEM EM APRECIÇÃO		Preenchimento			OBSERVAÇÕES
ATITUDES TERAPÊUTICAS PRESCRITAS		S	N	NA	
Observações e especificações estão associadas às atitudes terapêuticas					
Horários planeados são adequados para as atitudes e respetivas intervenções					
Transfusão de hemoderivados					
ITEM EM APRECIÇÃO		Preenchimento			OBSERVAÇÕES
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		S	N	NA	
De acordo com a situação clínica do doente					
Com intervenções adequadas					
Horários adequados às características e necessidades					
Especificações planeadas adequadas às intervenções					
Os cuidados não realizados são sempre justificados					
As notas associadas às intervenções existem e são pertinentes para a intervenções					
Monitorização das feridas/úlceras					
Monitorização das entradas saídas					
Alta					
ITEM EM APRECIÇÃO		Preenchimento			OBSERVAÇÕES
ESCALA DE BRADEN		S	N	NA	
Úlcera de pressão e Risco de Úlcera de pressão não estão associados ao mesmo foco					
Alto Risco de desenvolvimento de UP score $\leq 16$ . Reavaliações 24/24h					
Baixo Risco de desenvolvimento de UP score $\geq 17$ . Reavaliações 24/24h					
Diagnóstico	Identificação da categoria; localização e tipologia				
	Mantém diagnóstico de risco de UP				
Intervenções planeadas	Vigiar a pele				
	Executar técnica de posicionamento e registar o decúbito				

Intervenções planeadas	Aliviar zona de pressão através de almofada				
	Providencia equipamento para alívio de pressão				
	Campo das especificações utilizado de forma pertinente				
	Execução do tratamento específico				
	Monitorizar pressão do cuff do tubo traqueal				
	Posicionar tubos (tubos ventilador, cateteres, ...)				
	Aplicar creme				
	Proteger membrana mucosa				
	Incentivar a pessoa a alternar posicionamento				
<b>ITEM EM APRECIÇÃO</b>		<b>Preenchimento</b>			<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>ESCALA DE MORSE</b>		<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	
Avaliação nas primeiras 24H					
Reavaliação de 7/7dias					
Reavaliação se alterações da condição do doente					
Diagnóstico	Risco de Queda se Médio Risco (25 – 50) ou Alto Risco (> 50)				
	Status Médio Risco de Queda ou Alto Risco de Queda				
Intervenções planeadas	Gerir ambiente físico				
	Informar a pessoa sobre o risco de queda				
	Informar a pessoa sobre medidas preventivas de queda				
	As intervenções planeadas estão adequadas ao diagnóstico				
	O campo das especificações é utilizado de forma pertinente				
<b>ITEM EM APRECIÇÃO</b>		<b>Preenchimento</b>			<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>M.C.D.T.</b>		<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	
Exames					
Horários planeados estão de acordo com o exame planeado					

Observações associadas de acordo com o exame planeado				
Análises				
Horários planeados estão de acordo com as análises planeadas				
Observações associadas estão de acordo com as análises planeadas				

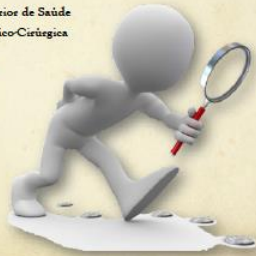
Enfº Auditor

---

**Apêndice 12 - Relatório da auditoria  
da UCI**

## RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM EM SAPE NA UCI

Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde  
4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Mestrando: Hugo Henriques  
Orientadora: Anabela Esteves



10 Dezembro 2015

### PROCESSO DE AUDITORIA INTERNA UCI

- Realizadas na 1ª semana de cada mês e auditar processos com mais de 72 horas;
- Nos meses pares auditar os processos dos doentes das unidades ímpares e nos meses ímpares os processos dos doentes das unidades pares, até perfazer pelo menos 20% dos doentes internados em cada mês;
- A equipa interna será constituída por um enfermeiro responsável e mais dois enfermeiros;
- As auditorias devem ser realizadas inter pares;
- O relatório de cada auditoria deve ser dado a conhecer à equipa de enfermagem;
- Cada auditor terá pelo menos 8 horas, por mês, dedicadas exclusivamente à realização das auditorias.

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM EM SAPE NA UCI

Hugo Henriques

### PROCESSO DE AUDITORIA INTERNA UCI

Período: 10 Novembro 2015 a 9 de Dezembro de 2015

Amostra: n= 15 processos auditados

#### ITENS AVALIADOS

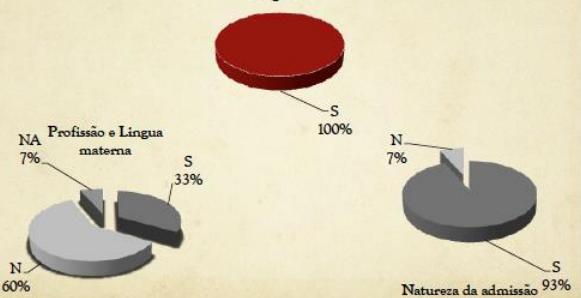
- Avaliação inicial
- Atitudes terapéuticas
- Diagnósticos de enfermagem
- Escala de Braden
- Escala de Morse
- Exames complementares de diagnóstico

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM EM SAPE NA UCI

Hugo Henriques

### AVALIAÇÃO INICIAL

Sem registos de convicções ou práticas religiosas

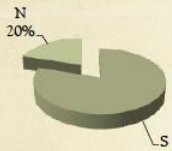


RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM EM SAPE NA UCI

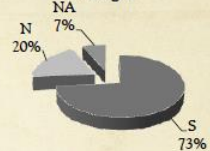
Hugo Henriques

### AVALIAÇÃO INICIAL

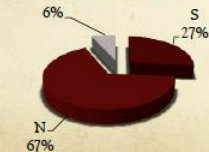
Terapêutica no domicílio



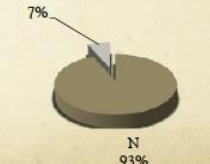
Alergias



Hábitos de vida



Próteses/ortoses

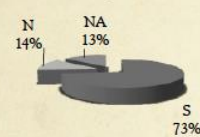


RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM EM SAPE NA UCI

Hugo Henriques

### AVALIAÇÃO INICIAL

Pessoa significativa

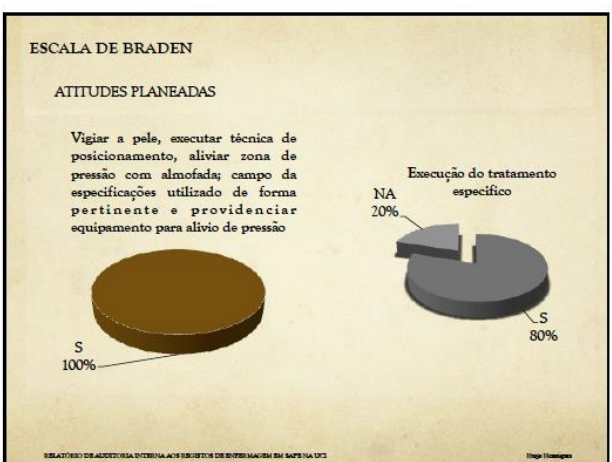
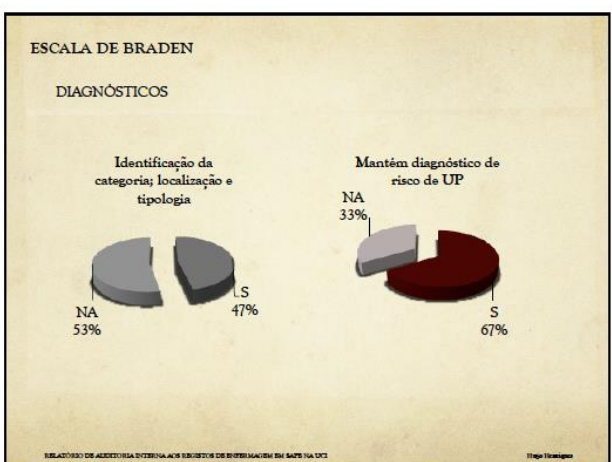
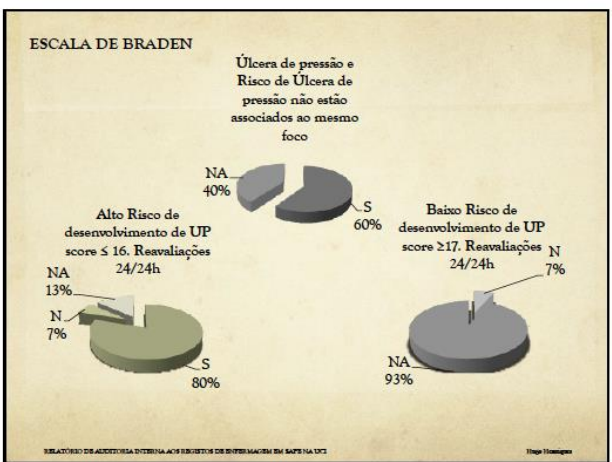
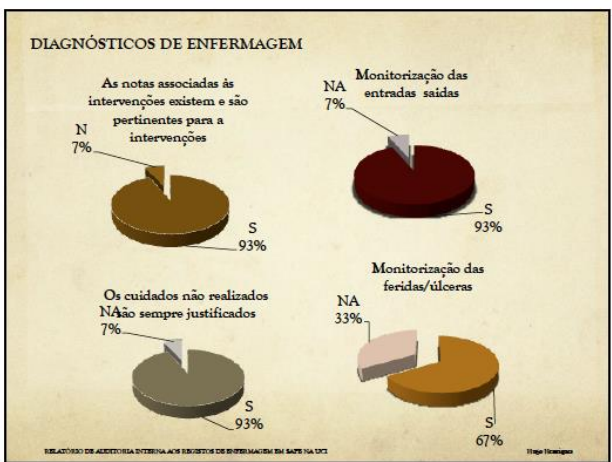
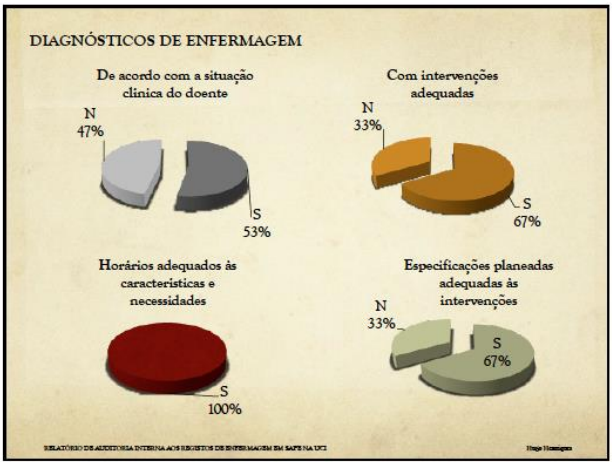
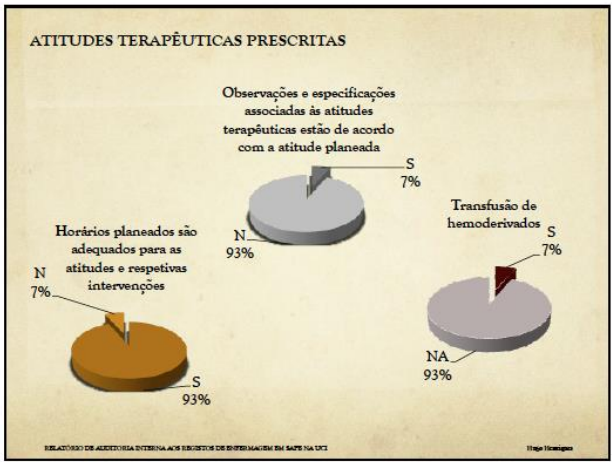


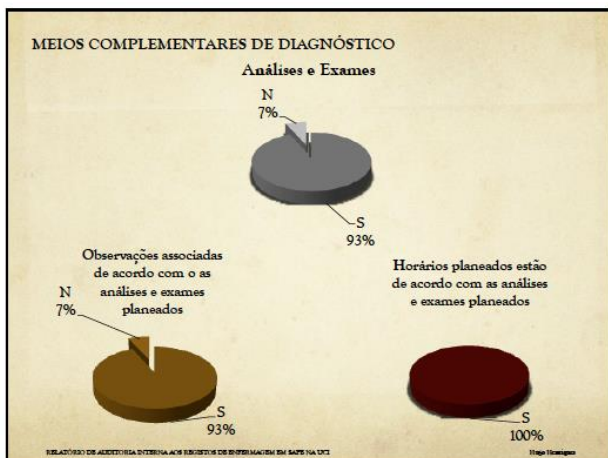
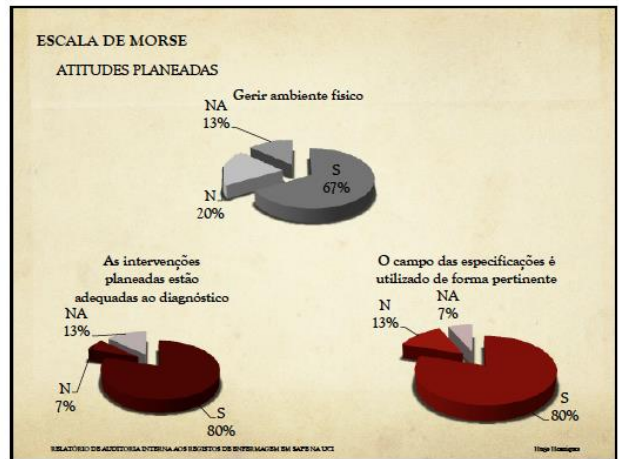
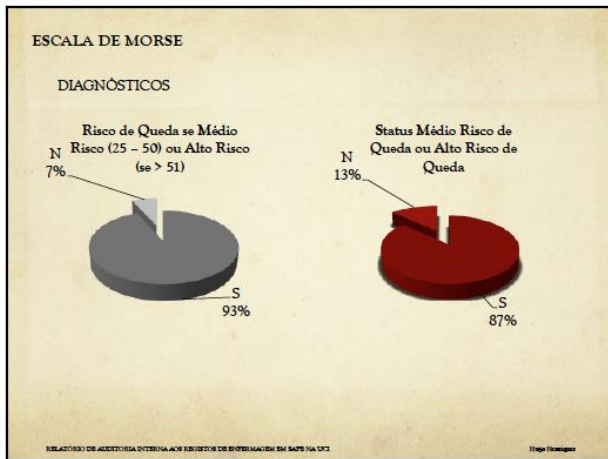
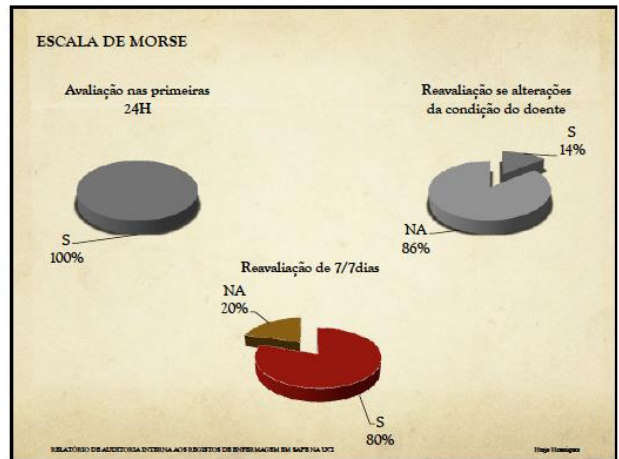
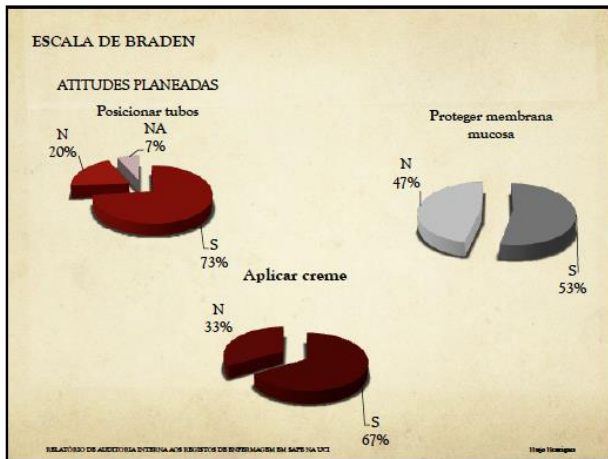
Escala de Braden, Morse e GCS



RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM EM SAPE NA UCI

Hugo Henriques






### PROPOSTAS DE MELHORIA

- Envolvimento da equipa de forma pró-ativa;
- Incluir elementos de referência na formação;
- Planear ações de formação dirigidas e faseadas;
- Auditorias realizadas inter pares;
- O relatório de cada auditoria deve ser dado a conhecer à equipa de enfermagem.

RELATÓRIO DE ADEQUAÇÃO DE INTERVENÇÕES E RESULTOS DE INTERFERÊNCIA EM SAPE NA DCT

**Apêndice 13** - Implementação de  
uma Unidade de Ventilação Mecânica  
não invasiva


**MISTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**Gestão de Processos e Recursos**  
**IMPLEMENTAÇÃO UNIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA**

---

**DOCENTES:**  
 Professora Doutora Lurdes Martins  
 Professora Doutora Tereza Costa  
 Professora Doutora Cláudia Ferrão

**DISCENTES:**  
 Ana Ribeiro, n.º 140519008  
 Gábia Assaral, n.º 140519020  
 Hugo Henrique, n.º 140519001  
 Pedro Cruz, n.º 140519013

Setúbal, Janeiro de 2015

## OBJETIVOS

• **GERAIS:**

- Criar e conhecer os processos para levar a cabo uma ideia individual de negócio, utilizando as ferramentas de gestão aplicáveis em ambiente de cuidados e os instrumentos justificativos e a viabilidade técnica, económica e financeira.
- Reflectir acerca das opções e dos critérios na organização da prestação de cuidados.

## OBJETIVOS

• **ESPECÍFICOS:**

- Demonstrar a pertinência da existência de uma Unidade de VMNI no HSB EPE;
- Realizar o diagnóstico da situação atual da instituição;
- Avaliar as condicionantes internas e externas de um projeto, realizando uma análise SWOT;
- Identificar vantagens e desvantagens da sua implementação;
- Desenvolver competências na área da Melhoria Contínua da Qualidade no geral e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em particular;
- Avaliar os recursos necessários para a elaboração de um projeto intrapreneurial;

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

• **VMNI:**

- A utilização de VMNI está a aumentar, assumindo um papel cada vez mais importante em situações de patologia aguda e de doença respiratória crónica
- É um modo de ventilação seguro e eficaz, mais confortável para o doente que a VI, podendo ser usada de forma intermitente.
- Não implica necessidade de sedação, o doente mantém a fala, a deglutição e os mecanismos de defesa das vias aéreas, possibilitando a eliminação de secreções.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

• **A VMNI:**

- Evita a atrofia muscular ao permitir que o doente utilize a sua musculatura respiratória; há uma melhor tolerância por parte do doente; facilita o desmame mais precoce do ventilador e diminui o risco de complicações.
- É de fácil instituição e remoção, pelo que pode ser efetuada fora de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).
- Exige menor tempo de internamento, tem menor custo, maior facilidade no desmame, e causa menor mortalidade.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Principais indicações da VMNI na insuficiência respiratória aguda:

- Agudização da fibrose quística;
- Asma;
- Deformações torácicas/ Doenças neuromusculares;
- Desmame – Retirada precoce de prótese ventilatória em Unidade de Cuidados Intensivos
- Insuficiência Respiratória Aguda Hipercápnica;
- Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxémica;
- Insuficiência Respiratória pós cirurgia
- Pneumonia;
- Pós extubação

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Principais contra-indicações para o uso da VMNI:

- Alto risco de aspiração;
- Encefalopatia grave;
- Hemorragia ativa do trato gastrointestinal superior;
- Hipotensão grave;
- Incapacidade de proteção da via aérea;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Não colaboração ou recusa do doente;
- Paragem cardiocirculatória;
- Traumatismo facial.

## APRESENTAÇÃO DO PROJETO

- A VMNI é um método seguro e eficaz, podendo ser em muitos casos uma alternativa viável à ventilação Invasiva, evitando assim as complicações desta.
- Pode ser utilizada tanto em situações de Insuficiência Respiratória Crónica como em situações de patologia aguda

## APRESENTAÇÃO DO PROJETO

- O número de doentes que carece desta técnica de ventilação é significativo e tem vindo a aumentar no Hospital de São Bernardo
- Assim este projecto pretende dar resposta à crescente procura destes cuidados de saúde na região onde este Hospital está inserido, implementando uma unidade de Ventilação Mecânica Não Invasiva.

## CONDICIONANTES EXTERNAS

- Na Europa, são gastos anualmente 102 mil milhões de euros com as doenças respiratórias (2ª causa de morte)
- Em Portugal – 2ª causa de morte (aumento desde 2008)
- Em 2011:
  - A mortalidade por doenças respiratórias representou 11,6% da totalidade dos óbitos.

(ONDR 2013)

## CONDICIONANTES EXTERNAS

- **Em 2012:**
  - Morreram 13.908 portugueses (50 portugueses por dia), o que corresponde a um aumento de 24,07% (2003).
  - Foram internados 70.546 doentes, tendo havido um aumento de 15,5% (2003)
  - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) - é uma das três principais causas de internamento (12,7%).
  - Insuficiência Respiratória - foram internados 51.322, um aumento de 13,1% (2011) e de 77,3% (2003). Este aumento é particularmente relevante acima de 79 anos (246%).

(ONDR 2013)

## CONDICIONANTES EXTERNAS

- A mortalidade intrahospitalar tem vindo a diminuir ao longo dos anos. Em 2012:
  - 8% na DPOC
  - 16,7% na Insuficiência Respiratória
- DPOC em Portugal:
  - Prevalência de 14,2% na população portuguesa com mais de 45 anos.
  - De 2011 para 2012 houve um aumento do número de internamentos (10,9%) e da mortalidade (11,4%).
  - O número de doentes com DPOC entre 2011 e 2012 – 24,51%.

(ONDR 2013)

## CONDICIONANTES EXTERNAS

- Em 2009 123.500 doentes faziam VMNI no domicílio (CPAP ou BiPAP).
- Prevalência de doentes a fazer VMNI no domicílio é de 9,3 %. (European Survey of Home Ventilation, 2011).
- Em Portugal durante esta década assistiu-se a uma diminuição do número de camas. Esta falta de camas é de grande relevância nas doenças respiratórias, muitas das quais crónicas.

(ONDR 2013)

## CONDICIONANTES EXTERNAS

- No sentido de dar resposta as patologias respiratórias, as unidades de cuidados respiratórios intermédios têm prosperado em diferentes países como uma alternativa as Unidades de Cuidados Intensivos.
- Um factor que contribuiu de forma importante para o desenvolvimento destas unidades foi a demonstração de que a VMNI é eficaz na IRA.
- Contudo na Europa o número de Unidades Respiratórias é ainda reduzido.
- Apesar do interesse crescente na Europa pelos Cuidados Intermédios Respiratórios, a informação publicada é muito escassa, sobretudo no que respeita a dados epidemiológicos e de funcionamento.

(ONDR 2013)

## CONDICIONANTES INTERNAS

- Dados estatísticos do Hospital de São Bernardo

	2010	2011	2012	2013	2014
Nº Doentes consultados em Consulta/Hospital de dia de Pneumologia – IS1264				150	150
Nº Doentes que fez VMNI no Internamento – Procedimento SS.90	197	306	307	392	327
Nº Dias Internamento	2831	4609	4572	5830	5264

## CONDICIONANTES INTERNAS

- Existência de um serviço de Pneumologia/Infeciologia no Hospital
- Estrutura física do serviço
- Média de 16 dias de internamento/doente
- Média de 13 doentes em simultâneo no Hospital a fazer VNI

## ANALISE SWOT

<b>Fatores Internos</b>	<b>Pontos Fortes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiência dos profissionais do serviço de Pneumologia/Infeciologia com VMNI</li> <li>- Presença de um médico de Lide para apoio à VMNI (generalista) no turno noturno e de generalista 24 horas</li> <li>- Existência de um quarto com ventílores para criar esta Unidade</li> <li>- Existência de "disponibilidade" por parte de Lide de equipamento necessário</li> <li>- Formação e especialidade do serviço</li> </ul>	<b>Pontos Fracos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escassez de formação especializada dos profissionais em VMNI</li> <li>- Canteu associado a esta formação</li> <li>- Escassez de disponibilidade de um Pneumologista 24 horas/dia</li> <li>- Dificuldade de ordenamento dos profissionais em outras áreas (pediatria e cirurgia)</li> <li>- Número de internamento (pode não ser justificativa respiratória)</li> </ul>	
<b>Fatores Externos</b>	<b>Oportunidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de doentes com necessidade de VMNI na área de abrangência do Hospital</li> <li>- Existência apenas de 2 serviços no país de Unidades de Cuidados Respiratórios</li> <li>- Cresço de emprego</li> <li>- Falta de camas a nível nacional para estas patologias</li> </ul>	<b>Sugestões</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilização dos profissionais com experiência em VMNI para esta unidade</li> <li>- Contratação de novos profissionais para o serviço de Pneumologia/Infeciologia</li> <li>- Disponibilização de equipamento pela Lide</li> </ul>	<b>Sugestões</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação interna dos profissionais em VMNI pela Lide</li> <li>- Formação dos profissionais em outras áreas (pediatria e cirurgia)</li> </ul>
<b>Ameaças</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentração dos hospitais privados</li> <li>- Conspiração política nacional para contratação de profissionais</li> <li>- Conspiração política nacional para aquisição/abandono de equipamento</li> </ul>	<b>Sugestões</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar na qualidade do serviço prestado</li> <li>- Desenvolvimento de parcerias e protocolos</li> </ul>	<b>Sugestões</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alargamento do horário de trabalho dos Pneumologistas</li> <li>- Articulação entre os médicos das especialidades médicas e cirúrgicas</li> </ul>

## UNIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

### APRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

#### • Critérios de Admissão

- Doentes ventilados mecanicamente, estáveis, para desmame ou tratamento crónico;
- Doentes hemodinamicamente estáveis com evidência de compromisso das trocas gasosas e com doença subjacente com potencial para agravamento da insuficiência respiratória, os quais requerem observação frequente e/ou ventilação por pressão positiva contínua por máscara;
- Doentes que requerem monitorização frequente dos sinais vitais ou de fisioterapia respiratória intensiva

### APRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

#### • Critérios de Alta

- Para a enfermaria, após estabilização do estado fisiológico, quando deixa de ser necessário monitorização intensiva
- Para os cuidados intensivos, quando há deterioração do estado fisiológico do doente e for necessário ou altamente provável suporte activo de vida

### APRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

#### • Recursos Humanos

- 1 Chefe de serviço;
- 1 Enfermeiro chefe;
- 12 Enfermeiros
- 4 Médicos (1 por cada 6 doentes de acordo com Gurkan et al., 2001);
- 6 Assistentes operacionais (1 por cada turno nas 24 horas);
- 1 Administrativo;
- 1 Fisioterapeuta.

### APRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

#### • Recursos Materiais

- 6 Unidades de doentes devidamente equipadas
- 1 Ventilador portátil;
- 6 Ventilador BiPAP Vision – Respiromics;
- 2 Ventilador CPAP Harmony – Respiromics;
- 1 Monitor de transporte;
- 3 Capnógrafos;
- 1 Carro de reanimação cardio-pulmonar e medicação para situações de emergência;
- 12 Seringas infusoras;
- 6 Bombas infusoras;

### APRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

#### • Estrutura Física

- Os doentes devem ser dispostos de forma a estarem sempre visíveis ao profissional de saúde que lhe presta cuidados
- A distância entre as camas não pode ser inferior a 1 metro (controlo de infeção)
- Cada unidade individual deverá contar entre outros:
  - Uma rampa de oxigénio
  - Um sistema de vácuo, de aspiração
  - Um sistema de ar comprimido
  - Aos pés de cada cama deverá existir também um frasco com solução alcoólica para desinfeção das mãos

A Unidade deverá possuir armários para arrumação do material, três no total, um onde ficará armazenada a roupa, outro para arrumação de aros e medicação e outro para arrumação de material do consumo clínico e esterilização.

## APRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

### • Organização e Funcionamento da Unidade de VMNI

- Esta admissão é regulada pelo médico de serviço
- Os enfermeiros e assistentes operacionais estão organizados por turnos (Manhã/Tarde/Noite).
- A assistente administrativa, desempenha funções diariamente, a exceção do fim-de-semana, segundo o horário normal do serviço de Pneumologia/Infeciologia.
- A Unidade de VMNI será sujeita a auditorias regulares, de forma a que se possa avaliar o seu impacto na instituição.

## APRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

### • Vantagens na criação desta unidade de VMNI

- Intervenção precoce em situações críticas, uma vez que os doentes estão concentrados num local próprio, com assistência permanente
- Diminuição do tempo de internamento
- Redução do número de admissões na UCI
- Vigilância e assistência permanente aos doentes
- Maior satisfação dos profissionais
- Maior eficácia e eficiência no atendimento a este tipo de doentes

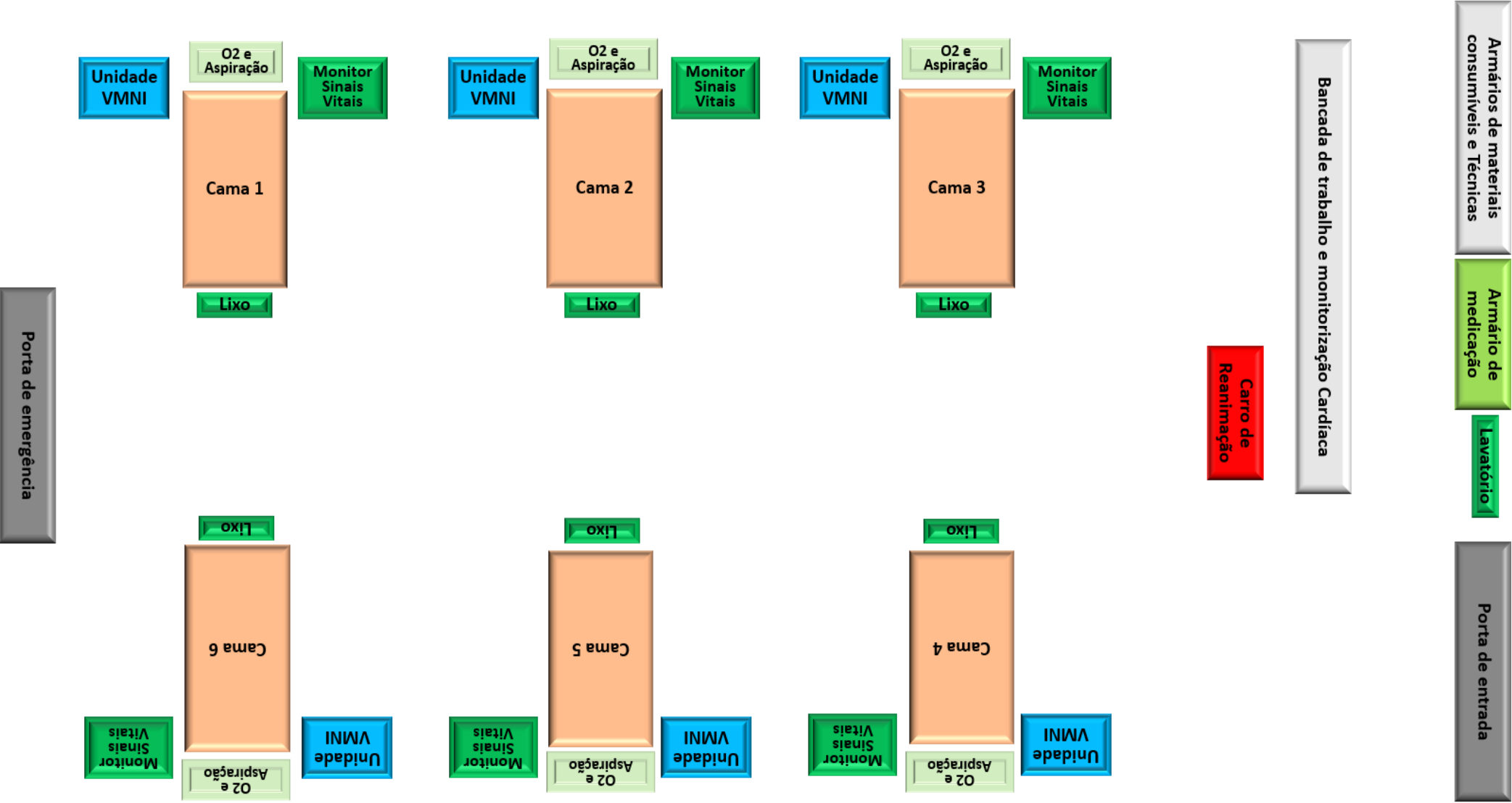
## CONCLUSÃO

- A realização deste estudo, criou em nós o sentido crítico e reflexivo e criou a oportunidade de estudar e perceber a importância da elaboração de um projeto desta dimensão, onde os intervenientes podem apresentar uma posição efetiva na tomada de decisões.
- Os enfermeiros são os técnicos que passam mais tempo junto dos doentes, pelo que podem emitir opiniões válidas não só em termos de cuidados aos doentes, como também em relação a aspetos de organização e estrutura dos serviços.
- Consideramos como principal limitação os aspetos burocráticos referentes à consulta dos dados estatísticos relativos a números reais dos hospitais

## BIBLIOGRAFIA

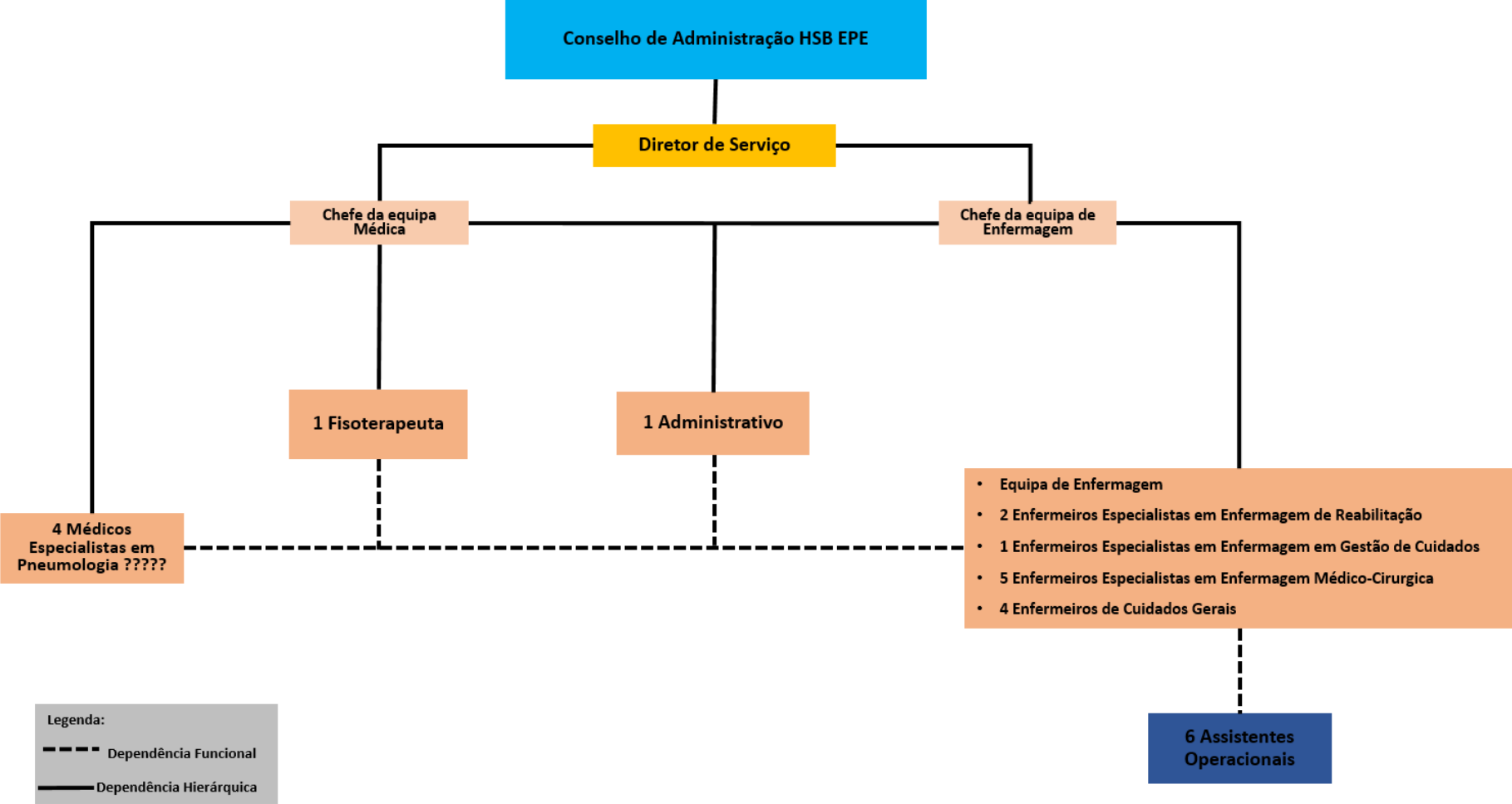
- ABREU, M. - Empreendedorismo em Enfermagem: da autonomia à definição de projetos de carreira. *Focussis*, 7, 2007.
- ARAÚJO, A. - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias - Relatório 2013 - Prevenção e Diagnóstico, Acompanhamento e Reabilitação do doente. Fundação Portuguesa de Pneumologia, 2013.
- BLAIR, J., POTTLER, M., FORDE, E. & PROBY, G. (Eds) - *Strategic Thinking and Entrepreneurial Action in the Health Care Industry*. Elsevier, 2005.
- CARVALHO, M., AGUIAR, G. & LANEJRA, A. - Ventilação Mecânica no Intensivo. 2007.
- CARVALHO, L., COSTA, T. & DOMINGUES, P. - Empreendedorismo - Teoria e Prática. Síntese de Apoio, 2009.
- FELGUEIRAS, J., LORRANI, C., DELGADO, F. & BARATA, E. - Ventilação não invasiva numa unidade de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 32(2), 73-78, Abril, 2008.
- FERREIRA, S., NUNES, C., COSTA, S. & DIAS, N. - Ventilação Não Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XV(374), pp. 655-662, 2008.
- FERREI, A. - *Estratégia - Sucesso em Portugal*. P'Nóvo, Vello, 2008.
- GODIN, M. *Manuel de prospective stratégique: l'art et la méthode*(2). Paris: Dunod,1997.
- INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL, Escola Superior de Saúde - *Oficina em Enfermagem: Guia de Cuidado* 17<sup>th</sup>editions. Setúbal [s.a], 2014.
- LLOYD-CORREN, S. J., et al. - Features of home mechanical ventilation use in Europe: results from the European survey. *European Respiratory Journal* - 36(2), 376 pp. 1225-1231, 2011.
- MARCELENS, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto. Abordagem ao Doente Crítico*. Lourenço, Lousada, 2008.
- SARKAR, S. (2009). *Empreendedorismo e Inovação*, 2<sup>ª</sup> Edição, Escolar Editora.
- SILVA, VC. & DOMINGUES, P. - O Tratamento de Empreendedorismo - Oportunidade, Empreendedor e Contexto Empreendedor, em *Grupos*, 1. ed. [s.a] 21 Issues para o século XXI, Rio de Janeiro, 2006.
- SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE - *Fundamental Critical Care Support* (2<sup>ª</sup> Edição ed.). São Paulo: ANPAD, 2008.

Apêndice 1 - Planta da Unidade de Ventilação Mecânica Não Invasiva





**Apêndice 3 – Organigrama da Unidade de Ventilação Mecânica Não Invasiva**



**Apêndice 14** - Artigo “Impacto da transição saúde-doença no utente e família com diabetes mellitus tipo I”

Resumo:

Enquadramento: A transição saúde-doença inicia-se no momento em que é diagnosticada uma doença. Muitas transições saúde-doença iniciam-se no serviço de urgência e prolongam-se nas unidades de cuidados intensivos.

Objetivo: Analisar uma situação real de cuidados de acordo com a Teoria das Transições num adulto ao qual foi diagnosticado diabetes tipo 1 numa fase de cetoacidose diabética.

Principais tópicos em análise: Refletiu-se sobre a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos nível II, não só na vertente clínica como também na vertente das transições saúde-doença vivenciada pela pessoa e família. Esta teoria permitiu avaliar a natureza da transição, condições facilitadoras e inibidoras, bem como os padrões de resposta, permitindo a adequação das intervenções de enfermagem à singularidade da pessoa em estudo.

Conclusão: A realização deste estudo de caso permitiu refletir sobre a importância dos cuidados de enfermagem tendo em conta a transição vivida pela pessoa e família.

Palavras-chave: Transição da saúde, Diabetes mellitus, Teoria de enfermagem, Estudos de casos

**Title: Impact of the transition health-disease on the patient and family with diabetes mellitus type 1**

Abstract:

Background: The transition is health-disease starts at the time it is diagnosed with a disease. Many health-illness transitions begin in the emergency department and extend the intensive care units.

Objective: To analyze a real situation of care according to the Theory of Transitions in an adult which was diagnosed type 1 diabetes in diabetic ketoacidosis phase..

Main topics for analysis: He thought up on the provision of care to the person in critical condition in intensive care level II unit, not only the clinical aspect but also for purposes of transitions health-disease experienced by the person and family. This theory allowed evaluating the nature of the transition, facilitating and inhibiting conditions as well as the response patterns, allowing the adequacy of nursing interventions to the uniqueness of the person under investigation.

Conclusions: The completion of this case study allowed reflect on the importance of nursing care in view of the transition experienced by the person and family.

Keywords: Health transition, Diabetes mellitus, Nursing theory, Case studies

## **INTRODUÇÃO**

A cetoacidose diabética pode surgir em utentes com diabetes não diagnosticada, levando a sua ocorrência ao diagnóstico inicial de diabetes (Morey, 2011). Este diagnóstico pode ser o início do processo de transição saúde-doença pois consiste na passagem de uma fase de vida para outra, de uma condição ou estado de vida para outro (Meleis, 2010). Desta forma, torna-se importante refletir sobre a prestação de cuidados de enfermagem aos utentes que iniciam a sua transição numa situação de urgência e que se prolonga na unidade de cuidados intensivos.

A transição remete para uma mudança significativa, através de alterações de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e/ou de novos conhecimentos, podendo levar a uma mudança de comportamentos e a uma outra definição de si no contexto social (Meleis, 2010). É um processo de interação pessoa-ambiente, universal e individual, pois todas as pessoas

vivenciam processos de transição ao longo da sua vida, respondendo cada uma de maneira própria e individual a essa transição.

Numa transição de um estado de saúde para um estado de doença há uma mudança de papéis, em que muitas vezes, com especial destaque para as situações agudas e repentinas, não é devidamente percebido e desempenhado pela pessoa, sendo nestes casos o papel do enfermeiro fundamental no restabelecimento de novo equilíbrio e bem-estar da pessoa, ajudando-o na aquisição e desenvolvimento de novos papéis e comportamentos que permitam lidar com a nova situação (Meleis, 2010). Embora sabendo da importância do papel do enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem numa situação aguda, é imperioso promover o autocuidado e o autocontrolo de uma doença crónica, pelo que os enfermeiros necessitam de refletir sobre as suas práticas de forma a responder positivamente às necessidades dos utentes e familiares de forma a facilitar a transição saúde-doença (Mendes, Bastos, Paiva, 2010). Os enfermeiros devem refletir sobre a prática, elaborando estudos de caso sustentados na investigação e na prática clínica permitindo assim o desenvolvimento de competências. De acordo com Benner (2005, p. 52) os enfermeiros “aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação”.

Concentrado no campo de atuação de enfermagem médico-cirúrgica, a Teoria das Transições é aplicável à pessoa em situação crítica tendo inclusive em consideração o ser holístico que a pessoa é e a multiculturalidade atualmente existente (Alligood, 2014). Neste sentido, definiu-se como objetivo: analisar uma situação real de cuidados de acordo com a Teoria das Transições num adulto ao qual foi diagnosticado diabetes tipo 1 numa fase de cetoacidose diabética, aquando da sua vinda ao serviço de urgência, o que levou ao internamento numa unidade de cuidados intensivos nível II.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Descrição Sumária do Caso Clínico**

Homem de 39 anos recorre ao serviço de urgência por quadro de mal-estar geral, com cansaço fácil para pequenos esforços e 2 episódios de vômitos com um dia de evolução. Refere emagrecimento acentuado no último mês que associava ao fato de ter iniciado uma dieta há 3 meses, baseada na ingestão abundante de líquidos, nomeadamente água, para perder o apetite e reduzir a fome. Também afirma que há uma história de poliúria com 3 semanas e na última semana começa com cansaço fácil para pequenos esforços e náuseas, sem vômitos, ficando mais facilmente taquicárdico e polipneico nos últimos dias. Refere ainda na última semana ter ficado obstipado. Ficou internado numa unidade de cuidados intensivos nível II. Durante o internamento a esposa visitou o utente em todas as visitas e esteve presente em grande parte dos momentos de educação para a saúde. Este estudo de caso teve parecer positivo da Comissão de Ética e da autorização do Conselho de Administração do Hospital onde foi realizado. De acordo com o parecer da Comissão de Ética, não se considerou necessário o consentimento informado porque foi garantido a confidencialidade e anonimato do utente em estudo e a colheita de dados foi realizada de forma habitual à realizada na unidade não existindo qualquer intervenção diferente no âmbito da prestação de cuidados a este utente.

### **Aplicação Prática da Teoria das Transições**

#### **Natureza das Transições**

A extensão e a intensidade desta influência transaccional variam ao longo do tempo, afetando de forma diferente os indivíduos que experienciam um mesmo evento. Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa e, assim, influenciam o resultado das mesmas (Zagonel, 1991).

Segundo a Teoria das Transições de Meleis, neste caso clínico encontra-se descrita uma transição saúde-doença, pelo diagnóstico de diabetes tipo 1 com necessidade de internamento numa unidade de cuidados intensivos nível II devido à cetoacidose. Este tipo de transição caracteriza-se pela passagem de um estado de saudável para viver com uma doença crónica, pela

reorganização de papéis, pela adesão à terapêutica e pela adoção de um estilo de vida saudável. Assim, no que concerne aos padrões de transição, no caso apresentado o processo de transição é simples.

Respeitantes à natureza das transições, é importante explicar cada uma das propriedades vivenciadas pelo utente e esposa neste momento de transição.

A consciencialização é considerada uma propriedade chave de todo o processo, na medida que está relacionada com a percepção, o conhecimento e reconhecimento da experiência de transição (Brito, 2012). Tendo em conta o conhecimento relativo à doença ambos demonstraram um total desconhecimento sobre a patologia e implicações nos hábitos de vida a adotar, pelo que o papel do enfermeiro na tomada de consciência facilita a transição, e o autocuidado.

Embora a percepção e o conhecimento sejam importantes para evoluir no processo de transição, a falta desse mesmo conhecimento não impede o início da experiência de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000). Após melhoria do quadro de mal-estar e vômitos percebeu-se que o utente e a esposa não valorizaram o quadro arrastado da sintomatologia. Desta forma subentendeu-se que a consciencialização acerca da patologia de ambos era praticamente nula. Perante este fato explicou-se sucintamente a patologia e respetivos cuidados, tendo o enfermeiro transmitido-lhe informação acerca da patologia e encaminhamento para a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes.

O nível de consciencialização influencia o grau de envolvimento, uma vez que ninguém se envolve em algo que desconhece. Assim, o nível de envolvimento da pessoa no processo de transição é melhorado quando o utente fica consciente das mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais (Meleis, 2010). Neste caso, houve um envolvimento precoce na procura do conhecimento para o autocuidado no controlo da sua patologia.

No processo de transição saúde-doença é normal e desejável existir alguma mudança de comportamentos e hábitos de vida. Na mudança de habilidades e comportamentos é importante averiguar o significado e dimensão das várias mudanças, assim como a disposição e capacidade da pessoa para lidar com a mudança e diferença, sendo que todas as transições implicam mudanças, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com a transição (Meleis, 2010). No que respeita a esta propriedade, o utente notou que após início do tratamento melhorou significativamente dos sintomas, considerando-se um fator de mudança para alcançar habilidades no controlo da doença.

Todas as transições são caracterizadas por variações ao longo do tempo, existindo percepção da mudança, mudança propriamente dita, período de instabilidade e termina com um período de estabilidade (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000). No entanto, nesta situação é difícil temporizar o processo de transição. Neste caso apenas existiu percepção da mudança, uma vez que terá de alterar alguns padrões da sua vida, nomeadamente a alimentação e cessação tabágica.

Por fim, neste processo de transição, a situação e evento crítico resume-se à remissão da sintomatologia anterior ao internamento com o início do tratamento. Durante a transição poderão surgir outros períodos de incerteza face a novos pontos críticos. Cada ponto crítico exige a atuação, o conhecimento e a experiência do enfermeiro (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000).

### **Condições Facilitadoras e Inibidoras das Transições**

Os aspetos facilitadores e inibidores da transição influenciam a forma como a pessoa encara e vivencia a transição. Estas condicionantes incluem fatores pessoais: crenças culturais, estatuto socioeconómico, conhecimentos e preparação já existentes, significados atribuídos ao processo de transição; da comunidade: recursos existentes e disponíveis; e sociais: estereótipos, desigualdade de género, racismo, marginalização (Meleis, 2010).

Desta forma, importa relatar cada uma delas. No que respeita às condições pessoais, descrevem-se os seguintes aspetos:

Significados – O significado atribuído aos eventos, precipitam o processo de transição podendo facilitar ou dificultar as transições saudáveis (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000). Perante esta afirmação, a melhoria da condição clínica com o início do tratamento permitiu perceber a sua importância no controlo da diabetes.

Crenças culturais e atitudes – Os mitos e conhecimentos errados relacionados com a doença funcionam como inibidores da transição. O utente verbalizou a sua revolta com a situação, uma vez que até tinha como hábito a prática de desporto de forma regular e tinha iniciado para a perda de peso. Na fase aguda da doença e após esclarecer utente e a esposa sobre a diabetes, existiu compreensão sobre os aspetos a mudar e aumentar o conhecimento sobre a patologia.

Nível socioeconómico – Uma das condições inibidoras das transições é o baixo nível socioeconómico dos participantes. No entanto, neste caso não pareceu existir qualquer dificuldade financeira para continuar o tratamento em ambulatório, nomeadamente no que respeita à compra de medicação e regime alimentar. A esposa referiu que iria procurar ajuda para terem uma alimentação mais saudável e que não iria fazer diferenciação na alimentação de ambos, de maneira a que o marido não se sentisse marginalizado.

Preparação e conhecimento – Sabe-se que o conhecimento prévio acerca de um assunto de saúde poderá facilitar o desenvolvimento de estratégias úteis para o processo de transição. O utente demonstrou desalento, tendo afirmado que a sua vida nunca mais iria ser a mesma e que iria deixar de ser uma pessoa ativa. A esposa por sua vez revelou o seu medo quanto à administração da insulina. Neste caso, as orientações realizadas com o utente e esposa permitiu desmistificar a diabetes e quais os passos a seguir no seu controlo futuro.

Em relação às condições comunitárias, o suporte da esposa foi facilitador do processo de transição, uma vez que durante o internamento, a esposa mostrou-se disponível para o esclarecimento de dúvidas sobre a diabetes. O acesso precoce à consulta de enfermagem à pessoa com diabetes foi facilitador neste processo de transição saúde / doença.

### **Modelos de Resposta**

Uma transição saudável deve ser avaliada por indicadores de processo e de resultado (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000). Assim, ao longo do tempo é necessário identificar os indicadores de processo que se referem à evolução da pessoa na transição, ou seja se está numa evolução saudável ou de vulnerabilidade. Os indicadores de processo são:

Sentir-se conectado – Durante o período inicial da transição, o utente e a esposa sentiram-se conectados ao enfermeiro que mostrou disponibilidade para responder às suas dúvidas e questões, recorrendo a este em vários momentos *à posteriori*.

Interação – Após o constrangimento inicial (diagnóstico da doença) existiu interação entre o utente e a esposa com o enfermeiro no sentido de solicitar informações sobre o tratamento e cuidados a ter no futuro. O desenrolar da relação terapêutica foi permitindo clarificar as situações nomeadamente sobre falsas crenças e adaptações a fazer no seu quotidiano.

Estar localizado e situado – Durante uma transição é importante situar-se em termos de tempo, espaço e de relações, comparando com o que existia e o que existirá (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000), com o objetivo de melhor controlo da diabetes. O enfermeiro começou por introduzir o tema, com a intenção do doente verbalizar comparações face ao que fazia antes e o que poderá fazer agora, alteração dos hábitos alimentares, cessação tabágica e exercício físico.

Desenvolvimento de confiança e *coping* – Desenvolver confiança é manifestado pelo nível de compreensão dos diferentes processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, recuperação e viver com limitações (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000). Neste sentido, o utente e a esposa perceberam o significado de viver com diabetes e qual o seu tratamento e autocuidado. Este aspeto não foi desenvolvido neste caso clínico, devido ao curto tempo de internamento. Mas pode-se avaliar a confiança e o *coping* quando o utente e esposa tiveram como os conhecimentos

transmitidos sobre a doença, tratamento e tomadas de decisões com confiança na gestão da doença.

Por outro lado, os indicadores de resultado revelam o domínio de novas habilidades necessárias para gerir uma transição e do desenvolvimento de um fluido de identidade integrativa (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000). Assim, os indicadores de resultado são:

Mestria – Durante o período de internamento na unidade de cuidados intensivos nível II, não existiu a possibilidade de determinar o domínio das habilidades e comportamentos necessários no futuro para gerir a sua nova condição. Mas a habilidade desenvolve-se ao longo do tempo da experiência (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000). Assim, o desenvolvimento de competências para viver com diabetes podem ser desenvolvidas no internamento, na enfermaria ou e na consulta á pessoa com diabetes.

Identidade flexível e integrada – As experiências de transição têm sido caracterizadas como um resultado na reformulação da identidade (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000). Também neste caso não foi possível avaliar as alterações relacionadas com a sua identidade, devido ao curto tempo de internamento.

### **Intervenções Terapêuticas de Enfermagem**

A aplicação da teoria das Transições na prática de enfermagem promove o desenvolvimento das intervenções específicas. Neste sentido, os enfermeiros podem influenciar os processos de transição se a sua intervenção for centralizada na pessoa e nas suas reais necessidades (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000). O cuidar de um ser humano deve facilitar a passagem através das transições (Swanson, 1991). Para isso, no âmbito do processo de facilitação da transição deve-se ter em conta as cinco categorias do cuidar, nomeadamente conhecimento, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença (Swanson, 1991), tal como descrito na tabela 1..

**Tabela 1**  
***Intervenções de Enfermagem***

Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Centrar o cuidado nos conhecimentos do utente e esposa;</li><li>- Avalia conhecimento sobre a diabetes, desmistificando os mitos e os medos sobre esta patologia;</li></ul>
Estar com	<ul style="list-style-type: none"><li>- Oferecer disponibilidade para responder a todas as questões, clarificando as dúvidas tanto ao utente com à esposa;</li><li>- Apoio emocional ao utente e esposa, permitindo a expressão de sentimentos;</li></ul>
Fazer por	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação de sinais e sintomas;</li><li>- Monitorização de sinais vitais e glicémia;</li><li>- Administração de medicação, nomeadamente insulina;</li><li>- Prescrição de dieta diabética;</li><li>- Realização de exames complementares de diagnóstico;</li><li>- Promover conforto, nomeadamente no controlo dos sintomas;</li></ul>
Possibilitar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Incluir o utente e esposa no processo de planeamento de cuidados, fornecendo explicações sobre os cuidados que presta para promover o autocuidado;</li><li>- Promover hábitos de vida saudáveis;</li><li>- Promover hábitos alimentares corretos;</li></ul>
Manter a Crença	<ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar a facilidade em auto controlar a diabetes, reforçando os resultados positivos que alcança;</li><li>- Encaminhar para grupo de autoajuda</li></ul>

CONCLUSÃO

Os cuidados prestados ao utente e família numa fase inicial da sua doença promove a capacitação com o objetivo no autocuidado e no autocontrolo da diabetes tipo 1. Neste sentido, para a resolução saudável de uma transição é importante existir uma boa relação entre o utente, a família e o próprio enfermeiro. Estas intervenções incluem a avaliação da situação, uma avaliação da compreensão global, permitindo desta forma, uma avaliação das condições da transição e identificação de padrões desta.

Ao longo do internamento, um dos pilares dos cuidados de enfermagem foi a educação sobre os hábitos de vida saudáveis para o controlo da doença. Desta forma, houve uma facilitação na transição saúde-doença do utente e família, pois sentem-se capacitados para controlar a diabetes. O utente ficará ligado à consulta de enfermagem de diabetes do Hospital que poderá dar continuidade ao processo de transição.

Ao refletir-se sobre uma situação real de cuidados faz com que o enfermeiro perceçione se deveria ter prestado algum cuidado que não prestou ou se deveria realizar algo de forma diferente, fazendo com que haja desenvolvimento de competências e melhoria de cuidados de enfermagem.

É importante para o desenvolvimento da ciência de enfermagem a reflexão sobre a prática de cuidados através de estudos de caso, pois ajudam ao desenvolvimento de competências e à melhoria da qualidade de cuidados. No entanto, sugere-se a realização de investigação de campo no âmbito desta temática para perceçionar o impacto das transições na vida dos utentes e como o enfermeiro pode facilitar a transição. Ao refletir-se sobre os cuidados de enfermagem prestados promovem-se respostas saudáveis para a transição saúde-doença obtendo-se uma intervenção com cuidados personalizados.

## REFERÊNCIAS

- Allgood, M. R. (2014). *Nursing Theory: Utilization and Application*, (5ª ed). St Louis: Elsevier.
- Benner P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*, (2ª ed). Coimbra: Quarteto.
- Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado*. Dissertação de mestrado. Porto: Instituto Ciência da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A., Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*, *Advanced Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Mendes, A. P., Bastos, F., Paiva, A. (2010). *A Pessoa com Insuficiência Cardíaca: Factores que facilitam / dificultam a transição saúde / doença*, *Revista de Enfermagem Referência*, série III (2), 7-16. Recuperado a 08 de Março de 2016, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832010000400001&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400001&lng=es&tlng=pt)
- Morey, C. M. (2011). *Urgências Endócrinas*. In: Howard, P. K., Steinmann, R. A. *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*, (6ª ed). Loures: Lusociência.
- Swanson, K. M. (1991). *Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring*, *Nursing Research*, 40 (3), 161-166.
- Zagonel, I. P. (1991). *O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3), 25-32.

**Apêndice 15** – “Infeção por MRSA:  
Continuidade de cuidados na  
comunidade”



### Supervisão Clínica - O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Julgamento e Tomada de decisão

Instituto Politécnico de Saúde - Escola Superior de Saúde  
4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
UC - Enfermagem Médico-Cirúrgica (I)  
Módulo - Supervisão Clínica

Elaborado Por:  
Cristina Almeida n.º 140319030  
Luísa Vilasboas n.º 140319001  
Margarida Fidalgo n.º 140319017  
Viviana Duarte n.º 140319004  
Responsável pedagógico:  
Margarida Martins Pereira



8 junho 2013

#### OBJETIVO GERAL

- Desenvolver competências de raciocínio crítico, na tomada de decisão em unidades de enfermagem complexas e na avaliação do trabalho realizado, baseado num reporte científico.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Refletir sobre os processos de prestação de cuidados em EMC;
- Identificar problemas complexos de enfermagem, da área dos cuidados de urgência e emergência;
- Elaborar diagnósticos segundo a CIPE;
- Planear as intervenções de enfermagem adequadas aos diagnósticos;
- Analisar os resultados esperados das intervenções planeadas;
- Definir os critérios de avaliação adequados para os cuidados planeados.

#### SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Clínica de 56 anos de idade dá entrada no S.U. após das 4:30 por queda na via pública com TCE sem PC e com ferida incisa na região frontal direita. Músculo crânio e confirma ingestão de álcool em grande quantidade. Glasgow 14 com períodos de agitação psicomotora e com heterogeratividade para com os profissionais de saúde.

Atribuída prioridade amarela pelo sistema de Triage de Manchester, utilizando o flowchart queda, discriminador história inapropriada.

Ferida incisa na região frontal direita, com necessidade de sutura.

Escola de Mércer - 60 pontos

Encaminhado para a Pequena Cirurgia para ser suturado, sendo tomada a intervenção médica.

Cerca das 7:30 inicia quadro de agitação motora, ansio e heterogeratividade, não respondendo os profissionais de saúde.

Chamada a equipa de segurança de serviço e a autoridade policial.

#### ENTENDIMENTO DA PROBLEMÁTICA

- Qual o papel do enfermeiro especialista em EMC na avaliação inicial e planeamento das intervenções realizadas na prestação de cuidados?
- Será este cliente capaz de decidir de forma autónoma e esclarecida?
- Tendo em conta todos os fatores que influenciam a capacidade de decisão leve e esclarecida, quais os princípios ético-legais inerentes ao exercício profissional na defesa da proteção da saúde?
- Quais as intervenções de enfermagem a adotar perante a agressividade do cliente?
- Qual a dimensão da responsabilidade profissional na defesa da segurança dos outros clientes, dos profissionais e do próprio cliente?

#### ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

A supervisão clínica visa promover a tomada de decisão autónoma, proteger a pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica (SANT'ANNA, 2007).

A tomada de decisão mobiliza recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação numa situação concreta (SANT'ANNA, 2007).

Pressupõe obrigatoriamente o julgamento correspondente à avaliação das várias alternativas e decisão correspondente à escolha entre essas alternativas (SANT'ANNA, 2007).

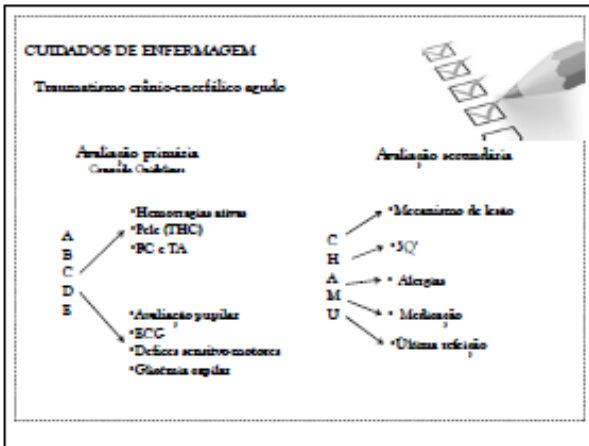
#### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Intoxicação por etilismo agudo

Intoxicação leve por apresentar alteração do humor com desinibição/euforia/verbosidade



- Vigilância até completa recuperação do estado de consciência (4 a 6h);
- Não é necessário outras avaliações analíticas ou instituir qualquer terapêutica;
- A pesquisa da glicémia capilar deve ser efetuada na admissão e de 1/1h até à recuperação clínica completa (SANT'ANNA, 2007).

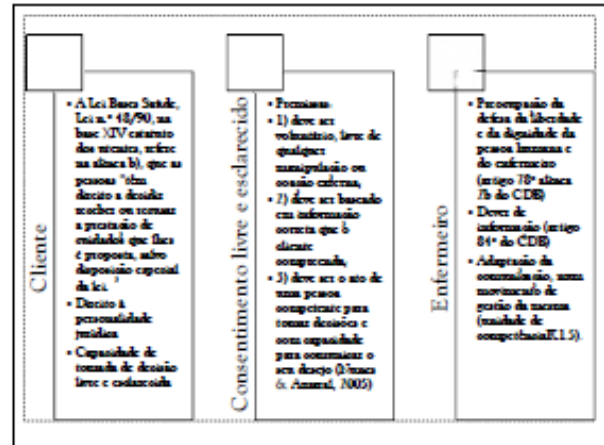


- ### CUIDADOS DE ENFERMAGEM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC
- Presta cuidados à pessoa em situação emergente, e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica (K.1.1) através da deteção de focos de instabilidade;
  - Gere a administração de protocolo terapêuticos complexos (K.1.2) permitindo uma situação com grau maior de autonomia;
  - Gere a comunicação interprofissional que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (K.1.3), pelo planeamento de intervenções facilitadoras da comunicação;
  - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica (K.1.4), planeando intervenções facilitadoras da relação terapêutica.

### RECUSA DE TRATAMENTO E CAPACIDADE DE DECISÃO

O REPE, Art. 8º refere que 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" (Unidade de competência A.2.1).

A alteração do estado cognitivo provocada espontaneamente pelo consumo de álcool e TEC ligeiro, impossibilita a autonomia para a decisão, pois está afetada a capacidade de compreensão do indole e valores da mesma (artigo 30º do Código Penal [CP]).



### CONTROLO DA AGRESSIVIDADE

A pedra basilar dos cuidados de enfermagem é a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A gestão do estabelecimento da relação terapêutica implica o conhecimento e seleção das estratégias mais adequadas, face à situação vivida e as habilidades de relação de ajuda perante a pessoa com dificuldades de comunicação (K.1.6).

Observação dos princípios da necessidade e da proporcionalidade, na manutenção dos direitos da Pessoa e da adequação dos cuidados (artigo 88 alínea b) da CDE).

Intervenção autónoma: Conhecimento e formação em técnicas específicas de comunicação e de estratégias facilitadoras da mesma em pessoas com barreiras à comunicação (K.1.7)

Necessidade de manter um processo de comunicação eficaz de forma a "constituir para si e o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa" (artigo 30º, alínea b) do CDE) à unidade de competência K.1.6

Abordagem precoce

#### SEGURANÇA

- Identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prevenir, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis. (Ordem dos Enfermeiros, 2001);
- Criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Unidade de competência B.3.1);
- A prática de Enfermagem integra-se na análise do contexto "participando ativamente na identificação, análise e controlo de potenciais riscos numa contexto de prática circunstanciada, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade" (OE, 2006, p. 9)

#### PROCESSO DE ENFERMAGEM

Baseado numa metodologia científica é constituído por uma série de etapas e ações planeadas dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas, com consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

É constituído por 5 etapas:

- Avaliação inicial;
- Diagnóstico;
- Planeamento;
- Implementação;
- Avaliação final

(O'Connell, 1998)

#### PROCESSO DE ENFERMAGEM - DIAGNÓSTICOS

Dor

Ferida Traumática

Perda sanguínea

Confusão aguda

Atitude face ao regime terapêutico dificultadora

Risco de violência para terceiros

Risco de queda

#### PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico

**Confusão aguda;** Pensamento distorcido; memória comprometida, com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa;

Resultado esperado

Confusão nenhuma

Intervenções planeadas

Crítérios de avaliação

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o estado de consciência (BOG)</li> <li>• Providenciar a orientação para a realidade</li> <li>• Proteger os direitos do cliente</li> <li>• Verificar hipotensão</li> <li>• Avaliar de</li> <li>• Verificar sinais vitais</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• BOG e avaliação da glândula capilar</li> <li>• Avaliação de acordo com as recomendações da DGS ou protocolo institucional em vigor</li> <li>• Avaliar a capacidade de tomada de decisão do cliente ao longo da permanência no S.U.</li> <li>• Estado confusional</li> <li>• Diurético</li> </ul> |
|---|---|

#### PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico

**Atitude face ao regime terapêutico dificultadora;** Atitude face ao regime - Atitude - Processo psicopatológico: medos, ansiedades e opiniões.

Resultado esperado

Atitude face ao regime terapêutico melhorada

Intervenções planeadas

Crítérios de avaliação

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a adesão ao regime terapêutico</li> <li>• Identificar atitude face ao cuidado</li> <li>• Identificar obstáculos à comunicação</li> <li>• Escutar o cliente</li> <li>• Avaliar a resposta a medicação</li> <li>• Associações/ Estimular para a mudança do comportamento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a capacidade de tomada de decisão do cliente ao longo da permanência no S.U.</li> <li>• Estado confusional</li> <li>• Resposta as técnicas de comunicação</li> <li>• Diurético</li> </ul> |
|--|--|

#### PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico

**Risco de violência para terceiros;** Risco de Violência - Violência - Comportamento agressivo; ações violentas, prejudiciais;

Resultado esperado

Violência nenhuma

Intervenções planeadas

Crítérios de avaliação

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tranquilizar o cliente</li> <li>• Controlar comportamento agressivo</li> <li>• Contenção ambiental</li> <li>• Contenção química</li> <li>• Contenção física</li> <li>• Assegurar a segurança do cliente</li> <li>• Avaliar a resposta a medicação</li> <li>• Gerir a medicação</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resposta as técnicas de comunicação</li> <li>• Necessidade de controlo de comportamento agressivo de acordo com norma da DGS</li> <li>• Vigilância da resposta e efeitos secundários da medicação administrada</li> <li>• Diurético</li> </ul> |
|--|---|



**Apêndice 16 - Mapa Concetual**




**Apêndice 17 - Teoria da Incerteza de Merle Mishel**

**Merle Mishel**

UC - Enfermagem Médico-Cirúrgica I  
Enquadramento Conceptual de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Docente: Professora Doutora Lucília Nunes  
Discentes: Guida Amarel n.º 140 519030  
Hugo Henriques n.º 140519901

Setúbal, 13 Março 2015



Merle Mishel nasceu em Boston em 1939.

- 1961 bacharelato em Enfermagem.
- 1966 mestrado em enfermagem psiquiátrica
- 1976 mestrado em psicologia social
- 1980 doutoramento em psicologia social

- Exerceu funções no início da sua carreira como enfermeira psiquiátrica
- Professora no Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Califórnia no final da década de 70.
- Em 1981 torna-se professora associada, posteriormente promovida a professora em 1988 no Colégio de Enfermagem da Universidade do Arizona.
- Em 1991 professora na Escola de Enfermagem da Universidade da Carolina do Norte.



Na sua tese de doutoramento desenvolveu e testou a "Perceived Ambiguity in Illness Scale", renomeada mais tarde como "Mishel Uncertainty in Illness Scale".

Atualmente é diretora do "T-32 Institutional National Research Service Award Training Grant, Interventions for Preventing and Managing Chronic Illness in Vulnerable People", que premia trabalhos no âmbito da pessoa com doença em situação crónica.

### TEORIA DA INCERTEZA NA D

A Teoria da Incerteza na Doença surgiu de m Psicologia.

Mishel utilizou a estrutura apresentada por Lazarus e Folkman (1984) (stress/apreciação/luta/adaptação) aplicada à incerteza enquanto fator gerador de stress no contexto de doença.

O conceito de incerteza ainda não tinha sido aplicado ao contexto da saúde e da doença quando Mishel iniciou a sua investigação.

### TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

#### Conceitos e Definições

**Incerteza:** é a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objectos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão.

**Esquema Cognitivo:** é a interpretação subjectiva da pessoa acerca da doença, tratamento e hospitalização.

### TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

#### Conceitos e Definições

**Quadro de estímulos:** é a forma, composição e estrutura dos estímulos que uma pessoa observa e que são, depois, estruturados num esquema cognitivo.

- **Padrão de sintomas:** é o grau no qual os sintomas apresentam consistência suficiente para serem observados, como tendo um padrão ou configuração.
- **Familiaridade do evento:** é o ponto até ao qual uma situação é habitual, repetitiva ou contém pistas reconhecidas.
- **Congruência do evento:** diz respeito à consistência entre o esperado e experimentado nos eventos relacionados com a saúde.

## TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

### Conceitos e Definições

Fornecedores de estrutura: são os recursos disponíveis para assistir a pessoa na interpretação do quadro de estímulos.

- **Autoridade credível:** é o grau de confiança que uma pessoa tem nos seus prestadores de cuidados de saúde.
- **Apoios sociais:** influenciam a incerteza ajudando o indivíduo na interpretação do significado dos eventos.

Capacidades cognitivas: são as capacidades de processamento de informação de uma pessoa, reflectindo tanto as capacidades inatas como os constrangimentos situacionais.

## TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

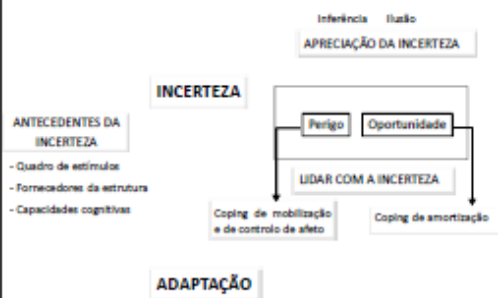
### Conceitos e Definições

**Inferência:** diz respeito à avaliação da incerteza usando experiências relacionadas e recordadas.

**Ilusão:** diz respeito a crenças elaboradas a partir da incerteza.

**Adaptação:** reflecte comportamentos bio-psico-sociais que ocorrem na variedade de comportamentos das pessoas individualmente definidos.

## MODELO DA INCERTEZA PERCEBIDA NA DOENÇA



## TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

### Conceitos e Definições

**Nova perspectiva de vida:** diz respeito à formulação de um novo sentido de ordem, resultante da integração da incerteza contínua na auto-estrutura, na qual a incerteza é scita como ritmo de vida natural.

**Pensamento probabilístico:** diz respeito a uma crença num mundo condicional no qual a expectativa da certeza e da previsibilidade contínuas é abandonada.

## TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

### Pressupostos

1. A incerteza é um estado cognitivo, que representa a inadequação de um esquema cognitivo para suportar a interpretação de incidentes relacionados com a doença.
2. A incerteza é uma experiência inerentemente neutra, nem desejável nem aversiva até ser avaliada como tal.

## TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

### Pressupostos

3. A adaptação representa a continuidade do comportamento bio-psico-social normal do indivíduo e é o resultado desejado dos esforços de coping tanto para reduzir a incerteza avaliada como perigo, como para manter a incerteza, enquanto oportunidade.
4. As relações entre incidentes da doença, incerteza, apreciação, coping e adaptação são lineares e unidireccionais, destacando-se de situações que promovem a incerteza no sentido de adaptação.

### TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

#### Postulados

1. A incerteza ocorre quando uma pessoa não consegue estruturar ou categorizar adequadamente um evento relacionado com a doença por haver falta de pistas suficientes.
2. A incerteza pode tomar a forma de ambiguidade, complexidade, falta de informação ou informação inconsistente, e/ou imprevisibilidade.

### TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

#### Postulados

3. Conforme o padrão de sintomas, a familiaridade do evento e a congruência do evento (quadro de estímulos) aumentam, a incerteza diminui.
4. Os fornecedores de estruturas (autoridade, apoio social e ensino credível) diminuem diretamente a incerteza promovendo a interpretação de eventos e reforçando indiretamente o quadro de estímulos.

### TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

#### Postulados

5. A incerteza apreciada como perigo desencadeia esforços de coping orientados no sentido de reduzir a incerteza e gerir o despertar de emoções por ela gerado.
6. A incerteza apreciada como oportunidade desencadeia esforços de coping orientados no sentido da manutenção da incerteza.

### TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

#### Postulados

7. A influência da incerteza sobre os resultados psicológicos é mediada pela eficácia dos esforços de Coping na redução da incerteza apreciada como perigo ou na manutenção da incerteza como oportunidade.
8. Quando a incerteza apreciada como perigo não pode ser eficazmente reduzida, podem ser empregues estratégias de coping para gerir a resposta emocional.

### TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

#### Postulados

9. Quanto maior for a duração da incerteza no contexto da doença, mais instável se torna o modo de funcionamento anteriormente aceite pelo indivíduo.
10. Em condições de incerteza contínua, os indivíduos podem desenvolver uma nova perspectiva de vida probabilística que aceita a incerteza como parte natural da vida.

### TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

#### Postulados

11. O processo de interação da incerteza contínua numa nova visão de vida pode ser bloqueado ou prolongado pelos fornecedores das estruturas que não apoiam o pensamento probabilístico.
12. A exposição prolongada à incerteza apreciada como perigo pode conduzir a pensamentos incómodos, à revogação e a uma severa perturbação emocional.

## Caso

Maria<sup>2</sup> é uma mulher casada, de 28 anos, que numa consulta de vigilância de gravidez, lhe foi diagnosticada infeção por VIH.

Este diagnóstico foi uma surpresa deixando-a muito transtornada e revoltada.

Ela é uma pessoa com boas capacidades cognitivas, muito conservadora, bem-educada, com um bom apoio familiar, sem comportamentos ou atitudes de risco, é monogâmica e nunca recebeu uma transfusão de sangue.

Passa a lidar com a possibilidade de uma infidelidade e com a instabilidade no seu casamento.

Depois de confrontar o marido, consegue determinar que ele era de fato a fonte de infeção, mas ele alegou que tinha sido infiel.

Fica preocupada com o bem-estar de seu bebé pelo receio de que nasça com infeção pelo VIH e é capaz de expor a suas dúvidas acerca do VIH.

## Utilizando a Teoria da Incerteza na Doença

**INCERTEZA**  
Infeção VIH

**ANTECEDENTES**  
SUA INCERTEZA

**APRECIÇÃO**  
DA INCERTEZA

**Ruído** - Infidelidade  
**Infidelidade** - Instabilidade casamento  
**Infertilidade** - Falsa no filho  
**Perigo**  
Incurabilidade da doença  
Medo de infeção no bebé

### Quadro de estímulos

- Pedido de sintomas - Assento;
- Familiaridade com o evento - (cognição);
- Congruência do evento - Sem comport. de risco

### Fornecedores de estruturas

- Autoridade credível (conhecimentos, tratamentos disponíveis e outras informações)
- Apoio social e familiar (Bom apoio e suporte familiar; grupo de apoio)
- Educação (consegue expor dúvidas)

### Capacidades cognitivas

**ADAPTAÇÃO**

**LIDAR COM A**  
INCERTEZA

**Coping**  
amortização

**Coping de mobilização e**  
**de controlo de ações**

## Bibliografia

- Mishel, M. H. (1981) The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30, 258-263.
- Mishel, M. H. (1988) Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20, 225-231.
- Mishel, M. H. (1990) Reconceptualization of the Uncertainty in illness theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22, 256-262.
- INC. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1.0*. Edição do Autor: Geneva.
- Heesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar* (1ª ed.). Loures: Lusociência.
- Bailey, D.E., Stewart, J.L. (2004). *Incerteza na Doença*. In *Técnicas de Enfermagem e sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Torres, A. A., Sanhucza, A.O. (2006). *MODELO ESTRUCTURAL DE ENFERMERIA DE CALIDAD DE VIDA E INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD*. *Ciencia Y Enfermería*, pp. 9-17.
- TOMMEY, Ann Marriner e ALLGOOD, Martha Ralie. *Técnicas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Ed. Loures: Lusociência. 2004. ISBN 9783383-74-6.
- MISHEL, Merle H. e CLAYTON, Margaret E. - *Theories of Uncertainty in Illness* IN SMITH, Mary Jane e LIEHR, Patricia B. - *In Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2008. ISBN 978-0-8261-1936-2.

**ANEXO**

**Anexo 1** – Curso “Gestão de recursos em situação de crise e urgência/emergência”

III CONGRESSO INTERNACIONAL DE  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



Gerir a (im)previsibilidade e complexidade

## Certificado

Certifica-se que **Hugo Henriques**, nascido(a) a 1980-04-17, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 11765559, válido até 2016-02-19, participou no *Curso – Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência*, realizado no dia 04 de junho de 2015, no âmbito das atividades pré-congresso do **III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, que decorreu de 04 a 06 de junho de 2015, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 06 de junho de 2015

A Comissão Organizadora

AEEEMC

UCPEMC ESEnFC

*Ricardo Almeida*

*Foi Luis Pedro Vi*

A Presidente da ESEnFC

*grahy*

Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento


**Anexo 2 - Workshop Via Aérea em  
Emergência no Adulto**

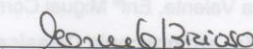


## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que Hugo Miguel Saraiva Henriques  
participou no **Workshop Via Aérea em  
Emergência no Adulto**, realizado pela VMER e Área de Gestão da Formação, do  
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, que teve lugar no dia 2 de Junho de 2012,  
com a duração de 5 horas e 30 minutos.

Lisboa, 2 de Junho de 2012

 A Área de Gestão da Formação

  
Dra. Manuela Brioso  
Técnica Superior

(programa no verso)

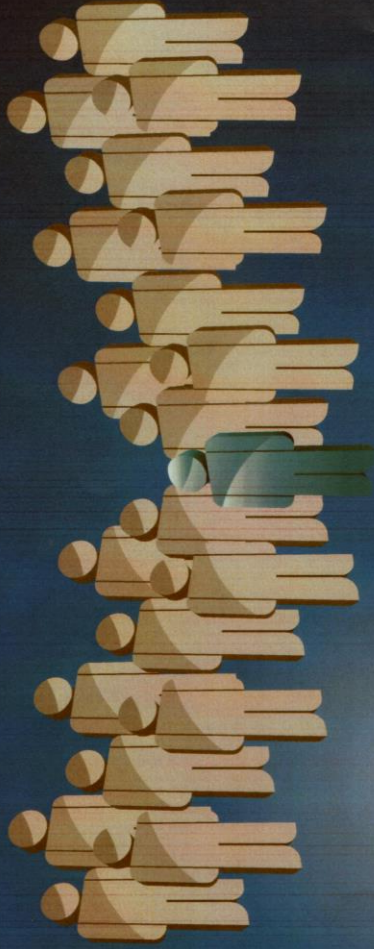
MANUELA BRIOSO  
Área de Gestão da Formação  
CHLC, EPE

**Anexo 3 - Palestras INEM -Liderança**



INEM

Certificado



PALESTRAS INEM

# “Liderança”

Declara-se que

*Hugo Miguel Saraiva Henriques*

Participou na Palestra “Liderança” que se realizou no dia 8 de fevereiro de 2012, pelas 15h00, no auditório da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do INEM, com uma duração de duas horas.

Lisboa, 8 de fevereiro de 2011

O Presidente do Conselho Directivo do INEM

(Miguel Soares de Oliveira)

**Anexo 4 - Certificado de Aptidão  
Profissional**



MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL



INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

**SNOP**

SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

## CERTIFICADO DE APTIDÃO PROFISSIONAL

(Decreto-Lei n.º 95/92, de 23 de Maio e Decreto-Regulamentar n.º 68/94, de 26 de Novembro)

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES** nascido em 1980.04.17, natural de Gouveia, portador de Bilhete de Identidade nº 11765559 emitido pelo Arquivo de Identificação de Lisboa, em 2005.10.04, possui, desde 2007.10.03, competências pedagógicas para exercer a profissão de **FORMADOR (M/F)**, conforme as que são definidas no respectivo perfil profissional.



Instituto do Emprego e Formação Profissional, entidade certificadora competente ao abrigo Decretos Regulamentares 66/94, de 18 de Novembro e 26/97 de 18 de Junho.

Coimbra, 03 de Outubro de 2007

O Subdelegado Regional

*João Cravino*  
(João Cravino)

Certificado nº EDF 458384/2007 DC

Válido até 2012.10.03

**Anexo 5 - Curso “Qualidade e  
segurança transfusional”**

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril



Av. Prof. Torrado da Silva  
2801- 951 Pragal  
Tel: 212940294 - Fax: 212957004  
NIPC - 506361470

## CENTRO GARCIA DE ORTA

### - FORMAÇÃO -

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES**  
natural de Gouveia, nascido a 17-04-1980, nacionalidade Portugal, sexo Masculino, portador  
do Cartão de cidadão nº11765559, frequentou a 02-11-2015 com a duração total de 02:30  
horas, o Curso de Formação Profissional

#### Qualidade e Segurança Transfusional

Que decorreu a 02-11-2015, com a duração total de 02:30 horas, tendo obtido a classificação final na  
avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 03 de Novembro de 2016

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Ana Jorge  
Presidente  
Centro de Formação  
Garcia de Orta

Enf.ª Clara Rodas  
Coord. Formação  
Garcia de Orta

Certificado Nº 2001/2015

2015

**Anexo 6 - Curso “Reconhecimento e abordagem do potencial dados de órgãos e tecido”**

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril



Av. Prof. Torrado da Silva  
2801- 951 Pragal  
Tel: 212940294 - Fax: 212957004  
NIPC - 506361470

## CENTRO GARCIA DE ORTA

### - FORMAÇÃO -

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES**  
natural de Gouveia, nascido a 17-04-1980, nacionalidade Portugal, sexo Masculino, portador  
do Cartão de cidadão nº11765559, frequentou a 15-10-2015 com a duração total de 07:30  
horas, o Curso de Formação Profissional

#### Reconhecimento e abordagem do potencial dador de órgãos e tecidos

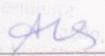
Que decorreu a 15-10-2015, com a duração total de 07:30 horas, tendo obtido a classificação final na  
avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 03 de Novembro de 2016

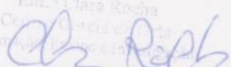
O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Ana Jorge  
Presidente do  
Conselho de Administração  
Ensin. e Formação Profissional  
Garcia de Orta



Enf.ª Clara Rocha  
Coord. do Curso de Formação Profissional  
Ensin. e Formação Profissional  
Garcia de Orta



Certificado Nº 1911/2015

2015

**Anexo 7** - Curso “Comunicação e Atendimento”

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril



Av. Prof. Torrado da Silva  
2801-951 Praagal  
Tel: 212940294 - Fax: 212957004  
NIPC - 506361470

## CENTRO GARCIA DE ORTA - FORMAÇÃO -

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES**  
natural de **Gouveia**, nascido a **17-04-1980**, nacionalidade **Portugal**, sexo **Masculino**,  
portador do **Cartão de cidadão** nº **11765559**, frequentou de **13-01-2016** a **27-01-2016** com a duração total de **21:00** horas, o Curso de Formação Profissional

### Comunicação e Atendimento

Que decorreu de **13-01-2016** a **27-01-2016**, com a duração total de **21:00** horas, tendo obtido a  
classificação final na avaliação teórica de **Aprovado** numa escala de **Aprovado/Reprovado**.

Almada, 03 de Novembro de 2016

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Ana Jorge  
Presidente  
Centr. de Formação  
Ensin. Superior  
Garcia de Orta

Prof. Clara Rocha  
Coord. do Curso de Formação  
Prof. Clara Rocha

Certificado Nº 259/2016

2016

**Anexo 8 - Curso “Riscos biológicos e acidentes com exposição a sangue”**

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril



Av. Prof. Torrado da Silva  
2801- 951 Pragal  
Tel: 212940294 - Fax: 212957004  
NIPC - 506361470

## CENTRO GARCIA DE ORTA - FORMAÇÃO -

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES**  
natural de Gouveia, nascido a 17-04-1980, nacionalidade Portugal, sexo Masculino, portador do Cartão de cidadão nº11765559, frequentou a 08-10-2015 com a duração total de 02:00 horas, o Curso de Formação Profissional

### Riscos Biológicos e Acidentes com Exposição a Sangue

Que decorreu a 08-10-2015, com a duração total de 02:00 horas, tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 03 de Novembro de 2016

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Ana Jorge  
Presidente  
Centr. Ensino  
Garcia de Orta  
*AS*

Raf. Clara Rocha  
Coord. Centro de Formação  
*CR*

Certificado Nº 2388/2015

2015

**Anexo 9 - Curso “Sistema de Apoio à  
Prática de Enfermagem”**

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril



Av. Prof. Torrado da Silva  
2801- 951 Pragal  
Tel: 212940294 - Fax: 212957004  
NIPC - 506361470

## CENTRO GARCIA DE ORTA - FORMAÇÃO -

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES**  
natural de **Gouveia**, nascido a **17-04-1980**, nacionalidade **Portugal**, sexo **Masculino**,  
portador do **Cartão de cidadão nº11765559**, frequentou de **16-07-2015** a **16-07-2015** com a duração total de **08:00** horas, o Curso de Formação Profissional

### SAPE - INTERNAMENTO

Que decorreu de **16-07-2015** a **16-07-2015**, com a duração total de **08:00** horas, tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de **Aprovado** numa escala de **Aprovado/Reprovado**.

Almada, 03 de Novembro de 2016

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Ana Jorge  
Presidente  
Centro de Formação  
Garcia de Orta

Prof.ª Clara Rocha  
Coord. Formação  
Garcia de Orta

Certificado Nº 1372/2015

2015

**Anexo 10 - Curso “Suporte Básico de  
Vida Pediátrico”**

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril



Av. Prof. Torrado da Silva  
2801-951 Pragal  
Tel: 212940294 - Fax: 212957004  
NIPC - 506361470

## CENTRO GARCIA DE ORTA

### - FORMAÇÃO -

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES**

natural de Gouveia, nascido a 17-04-1980, nacionalidade Portugal, sexo Masculino, portador do Cartão de cidadão nº11765559, frequentou a 09-04-2015 com a duração total de 05:00 horas, o Curso de Formação Profissional

#### Suporte Básico de Vida Pediátrico (Med/Enfºs e TDT's)

Que decorreu a 09-04-2015, com a duração total de 05:00 horas, tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de Sucesso numa escala de Sucesso/Insucesso.

Almada, 03 de Novembro de 2016

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Ana Jorge  
Presidente  
Centro de Formação  
Garcia de Orta

Enf.ª Clara Rocha  
Coord. Formação  
Garcia de Orta

Certificado Nº 317/2015

2015

**Anexo 11** - Curso “Precauções  
básicas em controlo de infeção”

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril



Av. Prof. Torrado da Silva  
2801- 951 Pragal  
Tel: 212940294 - Fax: 212957004  
NIPC - 506361470

## CENTRO GARCIA DE ORTA - FORMAÇÃO -

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES**  
natural de Gouveia, nascido a 17-04-1980, nacionalidade Portugal, sexo Masculino, portador  
do Cartão de cidadão nº11765559, frequentou a 30-03-2015 com a duração total de 03:00  
horas, o Curso de Formação Profissional

### Precauções Básicas em Controlo de Infecção

Que decorreu a 30-03-2015, com a duração total de 03:00 horas, tendo obtido a classificação final na  
avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 03 de Novembro de 2016

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Ana Jorge  
Presidente  
Centro de Formação  
Ensino Superior  
Garcia de Orta  
*[Handwritten signature]*

Enf.ª Clara Rocha  
Coord. do Curso de Formação  
Garcia de Orta  
*[Handwritten signature]*

Certificado Nº 1244/2015

2015

**Anexo 12 - Curso “Suporte Avançado de Vida Coronário”**



## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de Julho

Certifica-se que **Hugo Miguel Saraiva Henriques**, nascido em 17-04-1980, com o Número de Identificação Civil 11765559, concluiu com aproveitamento os cursos de formação profissional

### Suporte Avançado de Vida

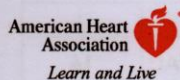
(ACLS - Advanced Cardiovascular Life Support)

da *American Heart Association*, que decorreram de 11/07/2014 a 12/07/2014, com a duração de 16 horas.

Linda-a-Velha, 12 de julho de 2014

O Responsável pela Ocean Medical,

Francisco Tavares de Castro



Certificado nº 12072014HGO-6/2014 Validade: American Heart Association 2 anos / INEM e SRPC Madeira 5 anos

Blue Ocean Medical, Lda.  
Escritório: Largo da Lagoa, 7 C • 2795-116 Linda a Velha • Portugal  
Sede: Rua Dr. Jacinto Soares de Albergaria, 28 • 9500-186 Ponta Delgada • Portugal  
Capital Social: 5000 Euros • Pessoa Colectiva e Matricula na CRC de Ponta Delgada nº 512 106 088  
[info@ocean-medical.pt](mailto:info@ocean-medical.pt) • [www.ocean-medical.pt](http://www.ocean-medical.pt)

**Anexo 13** - Curso “Urgência e  
Emergência



# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril



Av. Prof. Torrado da Silva  
2801- 951 Pragal  
Tel: 212940294 - Fax: 212957004  
NIPC - 506361470

## CENTRO GARCIA DE ORTA - FORMAÇÃO -

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES**  
natural de **Gouveia**, nascido a **17-04-1980**, nacionalidade **Portugal**, sexo **Masculino**,  
portador do **Cartão de cidadão** nº**11765559**, frequentou de **22-10-2013** a **27-11-2013** com a duração total de **50:00** horas, o Curso de Formação Profissional

### Urgência e Emergência

Que decorreu de **22-10-2013** a **27-11-2013**, com a duração total de **50:00** horas, tendo obtido a  
classificação final na avaliação teórica de **93** numa escala de **0 a 100**.

Almada, 03 de Novembro de 2016

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Ana Jorge  
Presidente do  
Conselho de  
Ensinos do  
Centro de Formação  
Garcia de Orta

Rafael Clara Rocha  
Coordenadora do Curso  
Formação Profissional

Certificado Nº 1273/2013

2013



**Anexo 14** - Curso “Suporte Básico de Vida”



# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)



Hospital  
Garcia de Orta, L.P.E.  
Av. Prof. Torrado da Silva  
2801- 951 Pragal  
Tel: 212940294 - Fax: 212957004  
NIPC 506361470

## CENTRO GARCIA DE ORTA - FORMAÇÃO -

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES**,  
natural de FOLGOSINHO nascido a 17-04-80 nacionalidade, Portugal sexo Masc portador  
do Bilhete de Identidade/Cartão Cidadão nº, 11765559, frequentou a 19-11-2012 com a  
duração total de 5 horas, o Curso de Formação Profissional

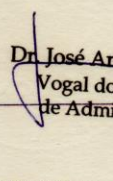
### Suporte Básico de Vida

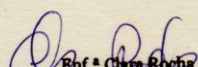
Que decorreu a 19-11-2012, com a duração total de 5 horas, tendo obtido a classificação final na  
avaliação teórica de 75% numa escala de 0% a 100%.

Almada, 28 de dezembro de 2012

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

  
Dr. José António Ferrão  
Vogal do Conselho  
de Administração

  
Inf.ª Clara Rocha  
Centro Garcia de Orta  
Formação, Ensino e Investigação

Certificado Nº 20506/ 2012



UNIÃO EUROPEIA  
Fundo Social Europeu

2012

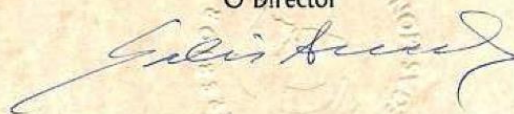
**Anexo 15 - Diploma do Curso de  
Cardiopneumologia**

**CARTA DE CURSO**  
**DO**  
**GRAU DE LICENCIADO**

Doutor JOSÉ ALBERTO DE SALIS AMARAL, Director da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, faz saber que *Hugo Miguel Saraiva Henriques*, filho(a) de *Fernando Manuel Carmo Henriques* e de *Deolinda Maria Cantarinha Saraiva Henriques*, natural de *Gouveia*, concluiu em 29 de Dezembro de 2005, o 2º ciclo do *Curso Biotápico de Licenciatura em Cardiopneumologia*, pelo que lhe é conferido o grau de Licenciado em *Cardiopneumologia*, com a classificação final de *Catorze valores*, com a informação de *Bom*.

Escola Superior de Saúde Egas Moniz, em 18 de Março de 2006

O Director



**Anexo 16 - Behavirol Pain Scale**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	
Expressão facial	Relaxada	
	Parcialmente tensa (por exemplo, ab sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
Total		

**Anexo 17** – Curso - “Segurança  
contra Incêndios”

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril



Av. Prof. Torrado da Silva  
2801-951 Pragal  
Tel: 212940294 - Fax: 212957004  
NIPC - 506361470

## CENTRO GARCIA DE ORTA

### - FORMAÇÃO -

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES**

natural de Gouveia, nascido a 17-04-1980, nacionalidade Portugal, sexo Masculino, portador do Cartão de cidadão nº11765559, frequentou a 06-11-2015 com a duração total de 02:00 horas, o Curso de Formação Profissional

#### Segurança Contra Incendios - Teórica/Prática

Que decorreu a 06-11-2015, com a duração total de 02:00 horas, tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 03 de Novembro de 2016

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Ana Jorge  
Presidente do  
Conselho de Administração  
Ensejo Superior de Educação  
Garcia de Orta

Enf.ª Clara Rocha  
Coordenadora do Curso  
Formação Profissional

Certificado Nº 2033/2015

2015

**Anexo 18 - Declaração AHBVF**



ASSOCIAÇÃO HUMANITÁRIA  
DOS  
BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS DE FOLGOSINHO

FUNDADA EM 1937  
Telef. 238 745 129  
Fax 238 748 025  
6290-081 FOLGOSINHO  
Gouveia

N/ Referência

V/ Referência

ASSUNTO:

SÓCIO COLECTIVO  
DA LIGA  
DOS BOMBEIROS  
PORTUGUESES

Eu, Paulo Jorge Amaral Romano, Adjunto de Comando deste CB venho por este meio declarar para todos os devidos e legais efeitos que Hugo Miguel Saraiva Henriques, é Bombeiro neste CB com o nº mecanográfico 9960290 na categoria de Bombeiro de 2ª, desde 01-06-1996.

★  
MEMBRO DA FEDERAÇÃO  
DOS BOMBEIROS  
DO DISTRITO  
DA GUARDA

★  
MEDALHA DE HONRA  
DO CONCELHO  
DE GOUVEIA

O Adjunto de Comando



E-mail: bombeirosfolgoso@sapo.pt

**Anexo 19** - Curso “Mecânica corporal - Técnicas de levante e transferência do doente”

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril



Av. Prof. Torrado da Silva  
2801- 951 Pragal  
Tel: 212940294 - Fax: 212957004  
NIPC - 506361470

## CENTRO GARCIA DE ORTA

### - FORMAÇÃO -

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que **HUGO MIGUEL SARAIVA HENRIQUES**

natural de Gouveia, nascido a 17-04-1980, nacionalidade Portugal, sexo Masculino, portador do Cartão de cidadão nº11765559, frequentou a 22-09-2016 com a duração total de 02:00 horas, o Curso de Formação Profissional

#### **Mecanica Corporal - Tecnicas de Levante e Transferência do Doente**

Que decorreu a 22-09-2016, com a duração total de 02:00 horas, tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 03 de Novembro de 2016

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Ana Jorge  
Presidente do  
Conselho de Administração  
Hospital Garcia de Orta

Enf.ª Clara Rocha  
Responsável pela  
Formação Profissional

Certificado Nº 3685/2016

2016