

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização  
de Gestão em Enfermagem**

**Projecto Inovador**

**Programa de Melhoria Contínua da Qualidade –  
Implementação de Dois Indicadores de Qualidade**

**Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento**

**2014**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized smile or a series of waves.



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização  
de Gestão em Enfermagem**

**Projecto Inovador**

**Programa de Melhoria Contínua da Qualidade –  
Implementação de Dois Indicadores de Qualidade**

**Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento**

**Orientador: Professor Doutor Pedro R. M. Bernardes Lucas**

**2014**



*“E quando a tempestade tiver passado, mal te lembrarás de ter conseguido atravessá-la, de ter conseguido sobreviver. Nem sequer terás a certeza de a tormenta ter realmente chegado ao fim. Mas uma coisa é certa. Quando saíres da tempestade já não serás a mesma pessoa. Só assim as tempestades fazem sentido.”*

Haruki Murakami, *in* 'Kafka à Beira-Mar' (2006)

*Para os meus pais, para o Guilherme, para a Maria, por me aturarem todo este tempo!*

*Para a Carla, a Leti e a Teresa, por me mostrarem o que é ser Enfermeiro!*

*Para a Grande Equipa do Pousal, sem a qual nada seria possível!*

*Para o Professor Pedro, pelo crescimento e aprendizagem constantes!*

*Para a Professora Helena e para o Professor Mário, pelo percurso e pela visão de helicóptero!*

*Por toda a paciência, motivação e força transmitidas!*

*Para a Enfermagem!*

## LISTA DE SIGLAS

ALCD – Ajudante de Lar e Centro de Dia

AVD - Atividades de Vida Diária

CLD – Cuidados de Longa Duração

ERI – Estruturas Residenciais de Idosos

ICN – *International Council of Nurses*

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

NREM – *Nursing Role Effectiveness Model*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSP – Obra Social do Pousal

OTS – Organizações do Terceiro Sector

PIC – Processo Individual de Cuidados

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

## RESUMO

Nos dias de hoje assiste-se a uma grande procura e preocupação com a qualidade, associada a uma redução de custos e a uma maior eficiência do sistema de saúde. Desta forma este trabalho teve como **objetivo** implementar um projecto de melhoria contínua da qualidade na Obra Social do Pousal da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Recorreu-se como **metodologia** à implementação de dois indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem: obstipação e úlceras de pressão através à metodologia de projeto. Como **resultados** obtidos foram implementados os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, com uma melhoria na prestação de cuidados e uma melhoria empírica da qualidade de vida dos residentes, com necessidade de continuidade de monitorização e de implementação de mais indicadores dentro da área de estudo acima descrita. Observou-se uma enorme adesão e reconhecimento por parte da equipa multidisciplinar na consecução dos objetivos. Este trabalho permitiu assim tirar como **conclusões** os evidentes os ganhos da equipa na melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, através da uniformização das práticas e no recurso a prática baseada na evidência com o preenchimento de uma lacuna nos registos com uma consequente e efetiva continuidade de cuidados. São necessários mais indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem na área dos cuidados de longa duração e com um maior suporte de investigação, realizada por enfermeiros, em contexto de prática clínica.

**Palavras-Chave:** Qualidade; Indicadores; Enfermagem; Úlceras de Pressão; Obstipação

## **ABSTRACT**

Nowadays we are witnessing a great demand and concern with quality associated with lower costs and increased efficiency of the healthcare system. Therefore, this work has as an objective, the implementation of a project of continuous quality improvement in Obra Social do Pousal of the Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. We used as **methodology** the application of two quality indicators, sensitive to nursing care: constipation and pressure ulcers, using the project methodology. As **results** we found that the quality indicators sensitive to nursing care have been implemented and led to an improvement in care and an empirical improvement of the quality of life of the residents, with the need of a continued monitoring and implementation of more indicators within the above described study area. There was a huge involvement and recognition by the multidisciplinary team in achieving the objectives. In **conclusions**, there were obvious gains of the team in improving the delivery of nursing care by standardizing practices and the use of evidence-based practice to fill a gap in the records with a consistent and effective continuity of care. We need more quality indicators sensitive to nursing care in the area of long-term care and greater support for research conducted by nurses in the context of clinical practice.

**Keywords:** Indicators; Nursing; Pressure Ulcers; Constipation; Quality.

ÍNDICE	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1. ECONOMIA SOCIAL E AS SUAS ORGANIZAÇÕES</b> .....	3
<b>2. CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO E ENFERMAGEM</b> .....	6
<b>3. QUALIDADE</b> .....	12
<b>3.1. Indicadores Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem</b> .....	12
3.1.1. A Obstipação .....	18
3.1.2. As Úlceras de Pressão .....	21
<b>PARTE II – PROJECTO</b>	
<b>1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO</b> .....	24
1.1. <b>Objetivos</b> .....	28
1.2. <b>Planeamento</b> .....	28
1.2.1. Stakeholders .....	29
1.2.2. Execução do projecto .....	30
1.2.3. Recursos Necessários .....	38
1.2.4. Dimensão Temporal .....	38
<b>2. AVALIAÇÃO DO PROJECTO</b> .....	40
2.1. <b>Instrumentos de Avaliação</b> .....	48
2.2. <b>Divulgação dos Resultados</b> .....	48
<b>3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA GESTÃO EM ENFERMAGEM</b> .....	49
<b>4. REFLEXÕES FINAIS</b> .....	51
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	54
<b>APÊNDICES</b> .....	
Apêndice I – Pedido de Autorização	
Apêndice II - Norma Procedimento 1.0 - Hidratação	
Apêndice III - Norma de Orientação 1.0 - Registo de Dejecções dos Residentes	
Apêndice IV - Norma Registo 1.0 - Registo das Dejecções dos Residentes	
Apêndice V - Norma Registo 2.0 - Registo de Intervenção de Enfermagem	
Apêndice VI - Norma Orientação 2.0 - Fluxograma de Tomada de Decisão	
Apêndice VII - Norma Procedimento 3.0 - Obstipação Crónica	
Apêndice VIII - Norma Procedimento 4.0 - Obstipação Aguda	
Apêndice IX - Norma Procedimento 1 - Avaliação das Úlceras de Pressão	
Apêndice X - Planeamento da Sessão - ALCD's - Registo de Dejecções	
Apêndice XI - Planeamento da Sessão - Enfermeiros - Implementação de <i>Guidelines</i> Obstipação	

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b> Análise SWOT da OSP da SCML .....	27

## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1.</b> Tipo de Terapêutica dos Residentes da OSP .....	24
<b>Tabela 2.</b> Síntese dos problemas e das estratégias de intervenção.....	29
<b>Tabela 3.</b> Recursos humanos e materiais necessários.....	38

## INTRODUÇÃO

Num contexto social cada vez mais exigente e dedicado à qualidade, é colocado um enorme desafio às instituições, aos seus gestores e acima de tudo aos seus colaboradores, nomeadamente aos Enfermeiros, sejam eles gestores ou prestadores de cuidados.

Estamos hoje perante dívidas incomportáveis na área da Saúde, com elevados gastos, falta de organização, falta de recursos e, segundo Fernandes e Barros (2012), estamos condicionados por uma conjuntura em que “o País e a Europa enfrentam uma das maiores crises económicas da sua história, o que começou a impulsionar mudanças no sistema de saúde; as mais relevantes até ao presente são medidas com a ambição legítima (...) da sustentabilidade financeira.”

O envelhecimento progressivo da população, o aumento da esperança média de vida e o incremento de patologias de carácter crónico levam à necessidade de criar estruturas que apoiem e que prestem os cuidados desejados a este tipo de clientes e respetivas famílias. É também hoje espectável que exista qualidade nas instituições e nos cuidados prestados pois cada vez mais deparamo-nos com um público exigente que espera o melhor de cada um dos atores neste processo. Como tal, é necessário que o papel do enfermeiro tenha a maior relevância possível, relevância essa que não seja apenas em termos de reconhecimento do seu trabalho de um ponto de vista social, mas também do ponto de vista financeiro, reconhecendo os ganhos que traz a sua prestação de cuidados e a sua presença assídua junto dos clientes. Este contexto leva à necessidade de criar, avaliar e monitorizar indicadores baseados em critérios de qualidade que possam responder às necessidades do cliente e também às dos profissionais de saúde que se encontram asfixiados por um clima de pressão e de sobrecarga laboral, condicionados pela precariedade e ausência de motivação face ao futuro incerto. É assim necessário medir esta dimensão da intervenção autónoma do enfermeiro e os consequentes ganhos em saúde. É nestes indicadores que irei centrar o meu projecto promovendo o desenvolvimento e a qualidade nas instituições de cuidados de longa duração, com a finalidade de prestar cuidados de excelência e promover a melhoria e/ou maximização do potencial de cada um. Neste projeto desenvolvi dois indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, numa das Unidades de Apoio à Deficiência da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa:

a Obra Social do Pousal. Este projeto teve como objetivo a implementação dos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, úlceras de pressão e obstipação. O primeiro pelo grande peso que constitui ao nível dos custos e comorbilidades e o segundo pela inexistência de bibliografia bem como normas de atuação que balizem a prática dos enfermeiros nesta área e que constituem um ganho efetivo de qualidade em saúde. Neste processo foi fulcral a uniformização de procedimentos e a criação de normas que promovessem não só a discussão entre os pares mas como melhorasse a qualidade dos registos em enfermagem e, conseqüentemente, a continuidade dos cuidados prestados aos utentes. Durante a implementação, transversal a todos os utentes da instituição, foi possível observar a melhoria dos cuidados prestados e uma grande adesão por parte das equipas, quer de enfermagem, quer das ALCD's. Esta adesão traduziu-se em vários momentos de discussão e a integração e apropriação de conceitos relacionados com a qualidade e com a melhoria contínua dos cuidados que prestamos diariamente. Este projeto não assenta numa base estanque, mas sim num processo dinâmico e integrativo das necessidades dos utentes e da equipa de enfermagem, que vão variando e cuja prática baseada na evidência é também um sinónimo de evolução e de procura do melhor procedimento.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O enquadramento teórico deste projecto seguiu um fio condutor, passando de uma perspetiva macro para uma perspetivo micro, começando nas questões da economia, que são aquelas nas quais se inserem as instituições, terminando nos cuidados de enfermagem, cuja melhoria dos mesmos é, sem dúvida, o enfoque da nossa actuação enquanto enfermeiros.

### **1. ECONOMIA SOCIAL E AS SUAS ORGANIZAÇÕES**

A Economia Social representa progressivamente um maior peso financeiro na Economia Europeia e, mais especificamente na economia de cada país, à qual Portugal não é alheio.

Tendo por base a realização deste Projecto de Melhoria Contínua da Qualidade na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, é importante assim definir o conceito de Economia Social e o seu contexto atual, no seio da sociedade.

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa insere-se numa economia global, mas mais especificamente e dadas as suas características, numa economia social pois neste conceito são englobadas as

entidades como as mutuais de crédito e as cooperativas, que têm uma forma jurídica própria, têm o objetivo de produzir bens ou serviços, com fins lucrativos, contudo apresentam uma característica de circuito fechado, pois visam o benefício dos respetivos membros, através da distribuição de lucros entre os mesmos, nomeadamente de uma forma proporcional (SCML, 2009)

Também a Economia Social Europeia (2008) complementa este conceito na medida em que estabelece como objetivo da economia social o facto de esta trabalhar de encontro às necessidades dos cidadãos, aliada ao interesse comum, à performance económica e a operações democráticas.

Tendo a economia como princípio fundamental a distribuição de recursos de acordo com as necessidades, é essencial que a qualidade esteja presente de forma equitativa e transversal em todas as unidades que prestam cuidados de saúde. Esta qualidade permite que seja dada resposta a muitas das emergências sociais vividas atualmente.

Na Economia Social estão integradas as organizações do terceiro sector (OTS), e que são definidas por Anheier e Seibel (1990) como “organizações não lucrativas, voluntárias, intermediárias, não-governamentais, da economia social, da sociedade civil (...). Estes nomes apontam para diferentes ênfases e perspectivas teóricas relativamente a estas organizações que se ancoram em diferentes realidades nacionais e históricas.”

Como características deste tipo de organizações, são apontadas por Ferreira (2004) as seguintes:

- a) Privadas, porque institucionalmente separadas do governo;
- b) Formais, no sentido em que têm alguma realidade institucional;
- c) Não têm o lucro como objetivo principal, dando prioridade ao serviço à comunidade ou a um grupo;
- d) Voluntárias, envolvendo algum grau de participação voluntária nas atividades da organização ou na sua gestão;
- e) Autónomas, sendo criadas a partir da livre iniciativa de cidadãos e não dependendo a sua gestão das autoridades públicas ou de outras organizações;
- f) Valores de solidariedade (social, profissional, territorial);
- g) Inseridas na economia, ou seja, têm uma atividade contínua de produção de bens e/ou distribuição de serviços;
- h) Elevado nível de risco económico, assumido por aqueles que criam estas organizações, em especial quando comparadas com o Estado;
- i) Quantidade mínima de trabalho, podendo associar trabalho assalariado e trabalho voluntário

É também necessário salvaguardar que pode existir a nomenclatura de terceiro sistema ao invés de terceiro sector (usada pela Comissão Europeia) pois, dada a heterogeneidade de organizações, é possível encontrar organizações preexistentes ao Estado-Providência e com noções prévias à de cidadania social, organizações cuja criação esteve ligada ao papel de substitutas do Estado e ainda organizações que sugerem alternativas ao modo como o bem-estar é proposto e fornecido quer pelo sector público quer por outras OTS.

Numa conjuntura atual, em que as necessidades do terceiro sector são cada vez mais prementes dado o envelhecimento progressivo da população aliado a uma dificuldade económica cada vez mais abrangente bem como o aumento da idade da reforma e consequente inabilidade das famílias em serem prestadoras de cuidados, leva a que os Cuidados de Longa Duração (CLD) sejam a opção mais viável nas várias vertentes, tal como suportado pela Comissão Europeia (2008) em que

estima-se que o número total de pessoas acima dos 65 anos irá aumentar em 77% até 2050 em relação a 2004. Comparativamente à década de 80, esta percentagem será ainda maior: 174%. Conforme um inquérito do Eurobarómetro de 2007, a maioria dos europeus consideram que é provável, ou improvável mas possível, que será dependente dos cuidados de longa duração em algum momento de suas vidas.

Perspetiva-se assim que a profissão de enfermagem deverá desempenhar um papel relevante nas políticas de saúde nos CLD para que seja possível moldar e enquadrar o papel da saúde, em articulação com o setor social, como fundamental para CLD abrangentes e personalizados tendo em conta as necessidades não só individuais mas também da comunidade no qual estes cuidados são prestados. Uma das soluções para uma melhor integração de cuidados diz respeito às respostas intersectoriais, em que já são abordadas no PNS 2011-2016 e que se consubstanciam

num novo tipo de cuidados situados entre o hospital e a comunidade e assente num modelo de respostas intersectoriais, onde têm pontuado as respostas de saúde e sociais, numa tentativa de tratar e cuidar holisticamente do indivíduo. Este esforço tem sido desenvolvido a partir da criação de respostas de proximidade sediadas na comunidade e segundo os princípios da garantia de acessibilidade, qualidade e sustentabilidade. De facto, um sistema de saúde ou de outro tipo) que se queira centrado no utilizador apenas poderá ser pensado numa perspetiva sistémica. (2010)

Ou seja, existe a necessidade de evoluirmos de um sistema maioritariamente “hospitalocêntrico” para um sistema de integração comunitária, com respostas acessíveis em termos de equidade e em termos económicos, e respostas locais de acesso com especial enfoque na prevenção primária e nos cuidados em rede, potenciando os recursos existentes e que são muitas vezes subvalorizados em detrimento de cuidados mais tecnológicos.

## 2. CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO E ENFERMAGEM

Os Cuidados de Longa Duração (CLD) são uma das respostas dadas por várias organizações que prestam cuidados; cuidados estes que se enquadram na profissão de enfermagem e os quais são necessários medir os seus ganhos sensíveis. Os CLD bem como os cuidados de enfermagem nas OTS são ainda uma área a explorar e que urge compreender o impacto destes cuidados nos ganhos destes utentes, instituições e comunidades. A OCDE (2013a) definiu os cuidados de longa duração,

como um conjunto de serviços requeridos por pessoas com um reduzido grau de capacidade funcional, física ou cognitiva, e que são conseqüentemente dependentes por um período prolongado de tempo com necessidade de ajuda em atividades básicas de vida diária (AVD). Esta componente de *cuidado pessoal* é frequentemente fornecida em combinação com a ajuda de serviços de saúde básicos, tais como *cuidados de enfermagem* (ajuda com curativos, controle da dor, medicação, vigilância da saúde), bem como a prevenção, reabilitação ou serviços de cuidados paliativos. Os serviços de CLD também podem ser combinados com um menor nível de cuidados relacionados com a *ajuda doméstica*, ou a ajuda com as atividades instrumentais da vida diária.

Numa vertente internacional, existe um grande investimento nos CLD, em que grande parte dos países europeus toma medidas de suporte e reformulam as suas políticas de saúde de forma a dar sustentação ao futuro e às gerações vindouras que irão suportar os custos deste aumento da esperança média de vida. Estima-se que a percentagem do PIB referente aos CLD possa aumentar até 1,4% nos próximos 50 anos (OCDEb, 2013). Ainda segundo a Comissão Europeia (2008),

as autoridades nacionais estão a abordar a necessidade de medidas de melhoria da qualidade recorrendo a diferentes metodologias. Alguns (Países Baixos, Eslováquia) estão a usar medidas de acreditação da qualidade, juntamente com sistemas de monitorização (Chipre, Alemanha, Grécia, França, Países Baixos). Outros (Alemanha, Luxemburgo) utilizam diretrizes clínicas baseadas na medicina baseada na evidência. Para evitar as desigualdades regionais no acesso de CLD e avaliações arbitrárias das necessidades dos pacientes por autoridades regionais e locais, muitos países (República Checa, Alemanha, Estónia, Espanha, Suécia, Letónia, Lituânia, Eslovénia, Reino Unido) tentam aplicar mecanismos uniformes de avaliação da qualidade.

Também os modelos de financiamento variam consoante o país, a Comissão Europeia define 4 fatores que diferenciam a tipologia de financiamento:

- a) Os regimes e a população abrangida pelos CLD;
- b) O financiamento do país e os arranjos para o seu bem-estar;
- c) O grau de envolvimento do sector privado;
- d) A demarcação entre o público e a responsabilidade do sector privado para CLD.

E o financiamento pode provir de:

- Seguro Social (Alemanha, Luxemburgo, Espanha);
- Impostos (Países Nórdicos, Letónia);
- *Means-Tested Schemes* (Reino Unido, Chipre),
- Sistemas mistos de financiamento, combinando recursos dos regimes de seguro e impostos com diferentes orçamentos e instituições responsáveis pela prestação e compra de CLD (Bélgica, França, Grécia). (Comissão Europeia, 2008)

Em Portugal os cuidados de longa duração têm na sua grande bandeira a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), implementada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Os lares, agora denominados Estruturas Residenciais de Idosos (ERI), pela portaria 67/2012 de 21 de Março, bem como as casas de repouso, não têm expressão na estrutura financeira de saúde em Portugal, tal como abordado por Pita Barros,

tradicionalmente, os cuidados de longa duração têm visto pouco envolvimento do sector público. As medidas políticas desde 2005 foram concebidas para mudar esse quadro. Aproveitando-se das instituições existentes, muitas não-lucrativas e privadas, o desenvolvimento de uma rede de cuidados de longa duração integrada está prevista. Esta rede visa reduzir caros episódios hospitalares de cuidados agudos e admissões por substituição para o cuidado que é de menor custo e mais perto da comunidade. Dado que tais políticas só foram aprovadas recentemente, ainda é muito cedo para avaliar a situação na íntegra. (2007)

Também a Comissão Europeia (2008), revela que os estados membros terão que ter uma grande responsabilidade no futuro tendo em conta à sustentabilidade da rede, o caminhar para o acesso universal e coordenação e integração dos vários sistemas de

saúde, recorrendo por exemplo à intersectorialidade como forma de promover junto dos vários agentes, a necessidade de responsabilização social para com os CLD.

Não existem muitos dados acerca da situação Portuguesa e as referências encontradas enquadram-se na RNCCI e nas respetivas tipologias que a rede apresenta, no entanto existe uma ausência de dados concertados relativos à resposta dada pelas IPSS, Misericórdias, ERI e Casas de Repouso, bem como a sua tipologia de financiamento e quais as contribuições da Segurança Social para este tipo de instituições. Os dados mais recentes da Carta Social (2012), referem que,

as respostas sociais dirigidas à população idosa têm registado um desenvolvimento expressivo (42 %) no período em análise (2000-2012), refletindo-se em mais 2100 novas respostas desde o ano 2000. O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) constitui a resposta com maior crescimento entre 2000 e 2012 (62 %) no conjunto das respostas para esta população, seguindo-se a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) (44 %) e o Centro de Dia (31%).

No entanto estes dados dizem respeito às instituições que são legais (possuem Alvará de Funcionamento) descurando o grande número de instituições ilegais no país. A Associação de Lares de Idosos, num memorando emitido em 2012, estima que existam mais de 3000 ERI's ilegais, o que contribui para uma efetiva desregulação da resposta social bem como um enviesamento dos dados que nos são apresentados nos meios de comunicação. A agravar a situação existe o facto de não haver controlo sobre a existência ou não de enfermeiros nestas instituições bem como a forma da prestação de cuidados.

Associada a esta questão é também necessário contextualizar a prestação de cuidados no terceiro sector, visto que muitos destes cuidados são prestados num ponto de vista social (Misericórdias e IPSS) e o restante é prestado em contexto privado, ou seja, em várias destas instituições existe uma comparticipação por parte da Segurança Social, mas não existe a ligação direta à tutela da saúde. Num inquérito efetuado em 1995, em Portugal, às organizações não-governamentais de solidariedade social apurava-se que 44,3% das organizações eram provenientes de iniciativas ligadas à Igreja, 18% provinham de iniciativas ligadas às Misericórdias, 20,7% provinham de iniciativas relacionadas com o desenvolvimento local, de autarquias, de empresas e de associações de carácter não social e 17% provinham

de iniciativas de moradores, cooperativas, pais e professores. Estes dois últimos conjuntos de organizações são os que maioritariamente surgem após 1975 (cerca de 80%) (Capucha et al, 1995).

Naquele que é o papel fundamental do enfermeiro na prestação de cuidados, no seio de uma equipa multidisciplinar, é consagrado em lei a presença do mesmo, quer na RNCCI, quer nas ERI's, cuja Portaria 67/2012 de 21 de março, vem definir (ainda que com muitas lacunas) a exigência legal do enfermeiro nestas instituições.

Como tal, deve o enfermeiro, além de prestar cuidados de enfermagem, dar evidência aos mesmos para que, de uma forma concreta, possa intervir no modelo de financiamento da instituição, com indicadores que traduzam os ganhos da sua intervenção.

É necessário enquadrar assim a profissão de enfermagem para que seja possível objetivar os cuidados prestados bem como os ganhos que advêm destes. Assim segundo o Artigo 4º, ponto 1, do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, que define o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, enfermagem é a

profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Os cuidados de enfermagem são definidos pelo mesmo Decreto-Lei, como “as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.”

Para que os princípios de qualidade sejam aplicados é necessário que exista um referencial teórico que guie e oriente as organizações e os profissionais na consecução dos objetivos. Este referencial, com base num modelo teórico, deve simbolizar os “binóculos” pelos quais abordamos e refletimos sobre a prática de enfermagem, ou seja, deve apoiar na priorização das necessidades dos nossos utentes bem como sistematizar a informação que colhemos, que nos permite a concretização do diagnóstico de enfermagem e consequentes registos da nossa atuação. Desta forma, considero que a teoria das transições, de Afaf Meleis,

compreende aquela que deve ser a nossa visão de qualidade dentro da organização pois hoje as organizações estão em constante evolução, de uma forma dinâmica e muito rápida, até pela conjuntura atual. Desta forma existe uma transição implícita dentro daqueles que são os objetivos e os paradigmas inerentes à organização.

Com base na teoria das transições apresentada por Meleis e colaboradores, são identificáveis três tipos de transição: a transição organizacional, situacional e a de desenvolvimento. As transições são processos complexos e podem ocorrer múltiplas transições em simultâneo. (Schumacher & Meleis, 2010)

Os mesmo autores defendem que a transição organizacional reporta-se às mudanças intra organizacionais na estrutura ou dinâmicas próprias. Neste caso, as organizações devem ser as primeiras a facilitar a mudança e a valorizar o papel da qualidade como objetivo organizacional, promovendo internamente a motivação para a prossecução de uma cultura de qualidade. Tal mudança implica um comprometimento dos gestores de topo e dos gestores operacionais tendo estes que ter uma clara concepção do planeamento e dos meios a disponibilizar para atingir estes mesmos fins. Relativamente aos profissionais que prestam cuidados, estes também irão sofrer um processo de transição pois estas mudanças correspondem a uma transição situacional e de desenvolvimento. (Rich, 2010) A transição situacional diz respeito a mudanças no papel profissional dos enfermeiros. São transições complexas e multidimensionais e as suas propriedades incluem a consciência/conhecimento (*awareness*) da transição, o empenho/envolvimento (*engagement*) no processo transicional, as mudanças e as diferenças (*change and difference*) que nela ocorrem, o período de tempo (*time span*), os eventos e os momentos críticos (*critical points and events*) que a regulam. Estas propriedades são influenciadas por um conjunto de condições da transição – o contexto pessoal ou social em que ocorre a transição e para o qual contribuem fatores facilitadores ou dificultadores.

O enfermeiro gestor deve assim ter em atenção as características acima descritas para que possa antever e gerir os comportamentos de resistência que possam advir da mudança/transição que é implementada na organização. Os fatores motivacionais e de liderança terão também que ser tidos em conta pela perspetiva do envolvimento da equipa e da coesão na consecução de projetos. Um estudo realizado por Fradique e Mendes (2013) afirma que

é possível constatar que a liderança influencia a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros são os agentes que diretamente influenciam a qualidade dos cuidados prestados. (...) essa qualidade depende de forma significativa do líder e da forma como este gere o serviço quer em termos ambientais, humanos ou técnicos.

Deve assim o enfermeiro gestor assimilar a sua importância na definição do modelo de cuidados e dos objetivos da prestação de cuidados tendo sempre por base a satisfação da equipa que lidera. Também hoje no seio da profissão se debate a questão de definir claramente quais as competências do enfermeiro gestor e o seu impacto na prestação de cuidados. Na *press release* (2013) emanada pela Ordem dos Enfermeiros, em colaboração com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança é defendido que

a necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, pelo que, a existência de um enfermeiro designado como gestor, integrado num processo operacional definido, permitirá atingir de forma eficaz os objetivos que dizem respeito à prática de Enfermagem no contexto de prática clínica. Especialmente no que diz respeito à qualidade no desempenho desenvolvido, procurando a melhoria contínua dos serviços prestados.

Devem assim os enfermeiros gestores procurar dar evidência à sua prática e justificar o seu papel no seio das organizações com recurso a indicadores que evidenciem a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados pelas suas equipas.

### **3. QUALIDADE**

O conceito de qualidade é abordado pela precursora mundial da Enfermagem moderna, Florence Nightingale que, já em 1855, considerava a qualidade como um fator essencial na excelência dos cuidados. Keighley, citado por Manley, define qualidade como “a preocupação de todos aqueles que providenciam um serviço e de todos aqueles que usam esse mesmo serviço” (1989), ou seja, a preocupação deve ser nossa, enquanto profissionais, mas também dos clientes e famílias que usufruem dos serviços que prestamos no dia-a-dia.

Sendo os CLD o futuro, é também espectável que estes venham a assumir um maior peso no Serviço Nacional de Saúde, colocando-se a questão da qualidade dos cuidados que são prestados nas OTS. A maior expectativa da sociedade face aos cuidados de enfermagem e ao erro é descrita por Samina et al (2008) em que as “expectativas de enfermagem são geralmente elevadas e esperam manipulação cuidadosa, pro-eficiente, técnica, cuidadosa e hábil pela enfermeira” pelo que se pode concluir que existe uma necessidade de potenciar e maximizar essa mesma qualidade para otimizar as respostas ao cliente de cuidados. A OCDE lembra esse facto pois “as sociedades tornam-se mais ricas, os indivíduos exigem melhor qualidade e mais ágil atendimento no sistema social. As pessoas querem sistemas de cuidados que são orientados para o doente e que podem fornecer serviços que prestem cuidados de qualidade.” (2011) Também aqui é fulcral o papel do enfermeiro gestor que, de acordo com Frojd et al (2011) “devem ter um papel mais ativo na mensurabilidade da qualidade dos cuidados, usando os resultados dessa mensurabilidade para desenvolver e melhorar a qualidade dos cuidados.”

#### **3.1. Indicadores Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem**

Para avaliarmos a qualidade, necessitamos que esta seja mensurável. As políticas em saúde de hoje têm por base um financiamento que assenta numa vertente maioritariamente médica, não considerando os cuidados prestados pelos enfermeiros na obtenção dos ganhos em saúde para a população. A ausência da aplicação de indicadores é assim um *handicap* que tem tarda em ser colmatado.

Naqueles que são os documentos estruturantes da profissão, o regulamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais, define, no capítulo C.2 – Melhoria da qualidade, ponto 89, que o enfermeiro “utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem” tal como o ponto 90 em que o enfermeiro também “participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2004)

Neste sentido, deve o enfermeiro procurar a qualidade das suas práticas, estando imbuído da necessidade de criar programas de melhoria da qualidade, em consonância com aqueles que são os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, cerne dos projetos de melhoria contínua da qualidade. Também a OE vem estabelecer como Área Prioritária para a Investigação em Enfermagem, a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - projetos, indicadores e critérios (2009).

Os Programas de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem são então a resposta para a implementação dos indicadores de cuidados sensíveis aos cuidados de enfermagem selecionados: úlceras de pressão e obstipação.

Os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem definem-se como as evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem, após as intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2004), logo a mensurabilidade desse ganho é traduzida através de um indicador. Esta mensurabilidade confirma-se, ainda no mesmo documento, no sentido em que

a avaliação, quantitativa ou qualitativa, dos cuidados de enfermagem requer um conjunto de indicadores e unidades de medida que se verifiquem sensíveis aos mesmos, e, por isto, diferentes, na maior parte dos casos, dos habitualmente utilizados noutras disciplinas. Assim, admitindo que o método mais razoável para a tomada de decisão a nível operacional é a monitorização longitudinal da produtividade dos cuidados de enfermagem nas unidades, combinado com indicadores de qualidade de cuidados aos utentes, a OE defende um modelo global para a avaliação da qualidade e da produtividade na enfermagem que contemple, concomitantemente, indicadores para a estrutura, para o processo e resultado. (Idem)

Esta implementação e monitorização de indicadores de qualidade trará novas e diferenciadas competências para o Enfermeiro Gestor pois terá que ser o principal

dinamizador e impulsionador, tal como referido pelo Centro Europeu para a Política de Bem-Estar Social e Investigação (2010),

trabalhar com o desempenho através de indicadores controlados numa organização é assim inevitavelmente ligado à gestão na medida em que fornece instrumentos/métodos e informações que apoiam a decisão eficiente para realizar um melhor planeamento e controle de processos. Trabalhar com indicadores de desempenho nas ERI's vai, contudo, além das definições de economia clássica e exercício de funções. A complexidade de cuidado nestas instituições são assim responsabilidades para a direção em relação à qualidade de cuidado, a rede e cultura organizacional bem como a qualidade de vida dos residentes e familiares.

No entanto o facto de se introduzirem indicadores irá constituir um desafio acrescido pois na maioria das organizações do terceiro sector o número de enfermeiros é muito reduzido e com a adição de trabalho do ponto de vista burocrático, poderá existir uma sobrecarga das funções do enfermeiro e conseqüentemente uma diminuição da adesão ao estabelecimento e cálculo de indicadores.

É assim necessário por parte do enfermeiro gestor que envolva a equipa, não só de enfermagem, mas também a equipa multidisciplinar pois os ganhos serão, além dos ganhos para a equipa, cliente e família, também ganhos institucionais.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) tem trabalhado os vários referenciais teóricos que dão suporte e regulam a prática profissional do Enfermeiro. Na área concreta da qualidade, a OE lançou em 2001 os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) baseada em 6 enunciados descritivos que,

visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos.

É através dos enunciados descritivos que será possível trabalhar na obtenção de indicadores de qualidade que dêem a visibilidade necessária às competências e ganhos do enfermeiro na prestação de cuidados e gestão das unidades de saúde. Estes dados que se obtêm através dos indicadores permitem assim auxiliar a gestão a médio e longo prazo, orientando as práticas e as equipas na orientação dos seus objetivos internos e externos, posição corroborada pelo Centro Europeu para a

Política de Bem-Estar Social e Investigação (2010), que associa a monitorização dos vários indicadores às questões relacionadas com a liderança e o trabalho em equipa.

Em Portugal começa a existir uma maior preocupação com as questões relacionadas com a qualidade, tal como descrito no Relatório de Governação Clínica da ARSLVT (2009),

fatores como o crescimento da exigência do público, um maior escrutínio pelos media e o aumento das litigações, associados a uma maior intolerância dos decisores ao erro e à falta de qualidade, são fortes estímulos para mudanças que melhorem as várias dimensões da Qualidade.

E também, a importância da qualidade nas OTS, segundo o mesmo autor,

os doentes crónicos idosos e/ou com co-morbilidades internados por agudização das suas doenças crónicas representam uma população, clinicamente, vulnerável com elevado risco de reinternamento, particularmente em consequência de uma deficiente gestão dos cuidados de transição, após a alta hospitalar para o domicílio ou para outros contextos (Lares, v.g.). (ARSLVT, 2009)

Esta mensurabilidade consegue-se obter através de indicadores que darão a visibilidade ao papel do enfermeiro nas demais instituições, indicadores estes definidos por Donabedian (1985), divididos em 3 categorias: estrutura, processo e resultado. Neste sentido Donabedian (1985) identifica a lacuna que os indicadores têm, em que

afirma que deve ser estabelecida uma ligação clara entre um resultado e o processo que resultou no resultado. Assim, a seleção de um resultado sensível ao cuidado de enfermagem requer uma explicação clara do processo que levou a esse resultado. O processo que precisa de ser definido é provável que seja uma combinação complexa de atos de enfermagem, os atos de outros profissionais, atos constitutivos, e as características e comportamentos do paciente. Os atos de enfermagem não estão claramente definidos e são inconsistentes entre enfermeiros e instituições. Poucos estudos têm tentado descrever um processo de enfermagem particular, muito menos vinculá-lo a resultados.

É no seguimento desta necessidade que surge o modelo conceptual de Doran (1998), o *Nursing Role Effectiveness Model*. Inicialmente desenvolvido por Doran (1998) e posteriormente reformulado pela mesma autora em 2006 vem deste modo sistematizar as categorias dos indicadores acima definidas sendo que a categoria de resultado assenta nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, estes

resultados são suportados em evidência empírica, recolhida através da literatura e posteriormente validada através da realização de correlações com unidades de cuidados agudos. (Doran & Pringle, 2011)

Ainda segundo Doran (2002) a vantagem destes

modelos conceptuais reside na capacidade de simplificar a realidade de uma forma que leva a previsões válidas e compreensão das relações entre os fenómenos complexos. O *Nursing Role Effectiveness Model* fornece uma maneira de conceptualizar a contribuição dos enfermeiros para os cuidados de saúde e tem-se mostrado útil para a compreensão da influência de variáveis das unidades bem como das variáveis estruturais da enfermagem sobre a prática de enfermagem e o atingir de ganhos para o utente.

Doran et al (2006) defende que os resultados dos clientes são uma forma de evidenciar a efectividade do cuidado de enfermagem e compreender a natureza da relação entre as intervenções de enfermagem e os *outcomes* dos clientes o que pode melhorar os resultados de saúde dos mesmos e fornecer maior sustentação para a formulação das políticas de saúde.

A nível europeu já se começam a tomar algumas medidas pois,

a garantia da qualidade e a execução de normas de qualidade em cuidados de longa duração não só tem ganhado atenção crescente a nível nacional dos Estados-Membros como as políticas da UE pretendem também "apoiar a promoção da qualidade dos serviços sociais de uma forma mais sistemática" (Comissão, 2007: 16). (...) parece crescer o desejo de normas da UE, bem como métodos compartilhados e indicadores, para assegurar a qualidade dos serviços sociais.

No entanto estes indicadores requerem um maior desenvolvimento nas OTS e necessitam de uma diferenciação relativamente ao já existente apesar de Doran (2006), num estudo realizado, que teve como metodologia a colheita de dados de indicadores sensíveis aos cuidados do enfermagem em instituições com prestação de CLD, defender que "as ferramentas de resultados foram sensíveis à mudança do estado do paciente. As intervenções selecionadas relacionaram-se com o estado funcional, o autocuidado terapêutico, e os resultados dos sintomas."

Assim, os PQCE permitirão então definir indicadores que irão possibilitar, segundo Pereira (2012)<sup>1</sup> a:

- Identificação das principais necessidades de cuidados de enfermagem da população;
- Identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Informação útil para a implementação, promoção e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade;
- Informação útil capaz de influenciar as decisões políticas em saúde.

Para a definição destes indicadores também a OE elaborou o Resumo Mínimo de Dados de Core de Indicadores de Enfermagem (2007), um documento em que são identificados vários indicadores e define este documento, citando Werley et al (1991), como “o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde.” Neste mesmo documento, a OE apresenta também um *core* de focos, não fazendo referência às OTS, centralizando apenas nos cuidados prestados em contexto hospitalar e de centro de saúde. Como tal, e após análise considero que os que melhor se enquadram no contexto das OTS serão os indicadores para os Centros de Saúde referentes aos Idosos/Dependentes e que facilmente se transpõem para a realidade das OTS sendo o indicador úlceras de pressão um dos indicadores que considero ser pertinente de implementar e monitorizar no equipamento.

Também Aleixo et al (2011), numa revisão sistemática da literatura, identificou 14 indicadores de qualidade dos cuidados prestados em lares de idosos com enfermagem permanente. Neste estudo permitiu-se “perceber que a introdução destes profissionais, de forma contínua, tem impacto direto na diminuição do recurso aos serviços de saúde (urgências e dias de internamento), na redução do número de quedas, no controlo da dor, na prevalência do número de úlceras de pressão e no aumento da funcionalidade.” (2011) No mesmo estudo é enumerado o indicador prevalência do número de úlceras de pressão e apresenta outro que também

---

<sup>1</sup> UNIDADE CURRICULAR DE INOVAÇÃO E MUDANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE (Apontamentos). Professora Mónica Pereira. ESEL, 2012.

apresenta elevada prevalência na instituição na qual desenvolvi o projeto, o indicador nutrição e, dentro das especificidades do mesmo, as questões relacionadas com a obstipação.

O indicador sensível aos cuidados de enfermagem relacionado com as úlceras de pressão reveste-se de especial importância, não pela sua elevada prevalência mas pelo seu grande impacto no financiamento das instituições e também pelo facto do elevado número de residentes acamados na instituição. O indicador obstipação apresenta sim uma elevada prevalência e urge diagnosticar e intervir para que seja possível uma melhoria efetiva dos cuidados de enfermagem prestados aos residentes.

### **3.1.1. A Obstipação**

A obstipação é definida pela Organização Mundial de Gastroenterologia (2007) como a presença, de pelo menos dois, de um conjunto de seis critérios (designados por Critérios de Roma III) presentes em qualquer período de doze semanas durante os últimos seis meses. São eles:

- Esforço para evacuar;
- Fezes fragmentadas ou endurecidas;
- Sensação de evacuação incompleta;
- Sensação de obstrução anorrectal ou bloqueio;
- Necessidade de manobra manual ou digital para facilitar a evacuação;
- Menos de três movimentos intestinais por semana.

A obstipação assume-se como um dos grandes problemas de saúde pública e com maior associação a co-morbilidades, ainda que, segundo Talley (2008) este impacto seja subvalorizado e que

sabemos que o impacto dessas doenças em grande parte inexplicáveis na saúde da população é provavelmente imenso e ainda pouco reconhecida. Enquanto permanecem grandes desafios, parece viável que as intervenções a nível da população podem proporcionar um benefício e este deve ser um foco de investigação no século 21.

Epidemiologicamente e segundo uma revisão sistemática da literatura, a prevalência da obstipação ao nível europeu situa-se nos 17,1% (Peppas et al, 2008). O mesmo estudo considera também as consequências económicas como um fator fulcral no

investimento para a diminuição da prevalência da obstipação pois o estudo aponta para um custo, nos Estados Unidos da América, de 2057€ por cliente, no tratamento da obstipação. No Reino Unido um relatório da *Prescribing Pricing Authority* (2007) revela que foram gastos em laxantes, cerca de 70 milhões de euros.

Randell et al (2007) realizaram um estudo transversal nas instituições com prestação de CLD em Helsínquia, Finlândia em que, do total de participantes, eram administrados laxantes 55,3% dos mesmos, tendo associado este valor muito elevado a várias variáveis: idade superior a 80 anos, doença de Parkinson, imobilidade, MNA pobre, baixa ingestão hídrica e problemas de deglutição. Ainda associadas a estas questões está patente a terapêutica obstipante: opióides, antiácidos, diuréticos, antidepressivos tricíclicos, antidiabéticos, estatinas, histamina, AINE's, medicamentos anticolinérgicos para a incontinência de urina e cálcio e nifedipina.

Especialmente no que diz respeito à terapêutica, a Organização Mundial de Gastroenterologia (2010) vem corroborar estes dados, definindo nas suas *guidelines* a terapêutica obstipante:

Medicamentos de receita: antidepressivos, antiepilépticos, anti-histamínicos, anti parkinsonianos, Antipsicóticos, antiespasmódicos, bloqueadores dos canais de cálcio, diuréticos, inibidores da monoamino-oxidase, opiáceos, simpatomiméticos, antidepressivos tricíclicos.

Automedicação (medicamentos de venda livre): antiácidos (contendo alumínio, cálcio) agentes antidiarreicos, suplementos de cálcio e de ferro e AINE's.

Um estudo de Marsh e Sweeney (2008) reconhece como fulcral o reconhecimento por parte do enfermeiro, das medicações particulares, condições médicas e sinais e sintomas de obstipação que se constituem como fatores de risco para a obstipação. Estes sintomas podem ser prevenidos pela actuação dos enfermeiros, tal como abordado por Kyle (2011) e confirmado por Woodward (2012) que referem que os enfermeiros devem desenvolver uma abordagem mais prática e através da prática baseada na evidência em vez de continuar com a resposta reativa à obstipação.

A resposta reativa à obstipação passa por muitas vezes pela administração de terapêutica laxante e, em casos em que esta não resulte, na remoção digital das fezes.

Um estudo de Andrews e Morgan (2012) conclui que os enfermeiros devem, à semelhança do que sucede no Reino Unido, ter possibilidade de seguir protocolos de actuação em que o este prescreve os laxantes para a resolução e manutenção da obstipação.

O facto de existir uma diminuição da prevalência da obstipação também interfere com a carga de trabalho dos enfermeiros, promovendo uma diminuição deste trabalho em prol da promoção de estratégias de prevenção (Palese et al, 2010).

Uma simples intervenção do enfermeiro na obstipação prende-se com a massagem abdominal aos clientes e este tipo de intervenção independente permite, segundo Lamas et al (2010) num estudo de relação do custo-efectividade em clientes com obstipação, obter uma melhoria na qualidade de vida e uma diminuição do custo relacionado com laxantes.

A prevenção da obstipação é também uma das formas de responder ao terceiro enunciado descritivo emanado pela OE (2002) nos PQCE em que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” e também mais especificamente,

a 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, 2012)

Em Portugal é no entanto parca a bibliografia de normas orientadoras da prática de enfermagem, apesar da existência da evidência de estratégias de promoção da saúde na área da obstipação, em termos terapêuticos existem apenas orientações ao nível dos vários sistemas de saúde, a nível europeu e mundial. É necessário assim criar protocolos de atuação que possam balizar a prática de enfermagem e permitir uma intervenção adequada e segura no episódio de obstipação.

### 3.1.2. As Úlceras de Pressão

A úlcera de pressão é definida como uma “lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão, ou pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.” (EPUAP, 2009) As úlceras são hoje um grave problema no Serviço Nacional de Saúde pela elevada prevalência que apresenta. Segundo a DGS (2011), os dados epidemiológicos sugerem uma prevalência média de 11,5% ao nível dos cuidados hospitalares e, mais especificamente, de 17,5% nos serviços de medicina. Estes valores representam uma taxa ainda inferior à europeia que, através da realização de um estudo piloto por Vanderwee et al (2007), no qual Portugal também participou, se situa nos 18,1%.

A elevada prevalência de úlceras de pressão está ligada a um aumento da necessidade de cuidados de enfermagem em 50%, tal como afirmado por Clarke et al (2005) através da realização de um estudo cujo objetivo era a implementação de cuidados baseados na evidência no que concerne às úlceras de pressão. Dorr et al (2005) vêm corroborar esta visão através de um estudo retrospectivo de custos, realizado em 82 ERI's nos Estados Unidos da América, utilizando as diferenças nas taxas de resultados adversos das úlceras de pressão com dotações reduzidas e com reduções adequadas, em que um aumento do número de enfermeiros está fortemente associado a melhores resultados nas úlceras de pressão, evitando que exista assim esta necessidade de aumento de cuidados de enfermagem pós-existência de úlceras de pressão. Também nas instituições cujo número de profissionais, que não enfermeiros, é superior ao número de enfermeiros condiciona a incidência de úlceras de pressão dado que existe um maior risco do seu desenvolvimento (Kwong et al, 2009). Um dado interessante é a correlação entre a pressão do tempo para os enfermeiros e prevalência das úlceras de pressão em que, num estudo realizado por Pekkarinen et al (2008) em contexto das unidades de longa duração, esta afirma que quanto maior a pressão em termos de tempo aliada a más condições de trabalho, piores os resultados dos indicadores de qualidade na prestação de cuidados.

Bennett et al (2003) concluíram que os custos no tratamento das úlceras de pressão são também elevados pelo que estima-se que no Reino Unido os custos anuais

oscilem entre os 1,6 e os 2,5 biliões de euros, ou seja, 4% da despesa total do *National Health System*. Os mesmos autores concluem também que grande parte desta despesa (mais de 90%) é associada aos cuidados de enfermagem. Situação similar é vivida nos Estados Unidos da América em que estima-se que os custos com cada úlcera de pressão vão de aproximadamente 15.600€ a 113.400€. (AHRQ, 2011)

Além das questões logísticas e financeiras, é também essencial abordar a comorbilidades como uma consequência das úlceras de pressão, sendo as infeções uma das consequências diretas, bem como o aumento do tempo de internamento, tal como abordado por Theisen et al (2011) num estudo retrospectivo e observacional, em que foram incluídos dados de 3.198 utentes alemães com 75 ou mais anos. Os dados foram retirados dos indicadores de qualidade registados por enfermeiros. O efeito independente das úlceras de pressão foi analisado utilizando um ao modelo multivariado de regressão de Poisson.

A enfermagem tem um papel fundamental na prevenção através da avaliação do estado da pele, do planeamento e implementação de planos de cuidados na redução da pressão realizada (White-Chu et al, 2011) pelo que as úlceras de pressão apresentam-se assim como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem tal como preconizado no NREM (Doran, 2006) em que é encaixado na categoria da segurança/ocorrências adversas.

Já em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2007) define as úlceras de pressão como um dos focos a incluir no Resumo Mínimo de Dados sendo este foco definido, quer para o contexto hospitalar, quer para o contexto dos cuidados de saúde primários.

No contexto de estruturas residenciais de idosos, da revisão sistemática da literatura levada a cabo por Aleixo et al (2011) emerge o indicador prevalência do número de úlceras de pressão como sensível aos cuidados de enfermagem.

Relativamente aos dados apresentados que sustentam a necessidade dos dois indicadores acima descritos, é claro o impacto que estes têm ao nível financeiro numa instituição e, numa conjuntura em que cada vez mais é premente o regime de poupança, também existe um interesse dos utentes e respetivas famílias que os custos sejam cada vez mais reduzidos para que não comprometam a viabilidade financeira da estadia dos utentes nas unidades de CLD.

Neste sentido, urge que os enfermeiros contabilizem efetivamente os custos que têm (e que não têm) quando conseguem prevenir uma úlcera de pressão ou um episódio de obstipação, contabilizando os custos com o material, com a terapêutica e até com o valor/hora que cada enfermeiro aufere para que seja dada uma perspectiva global e realista do custo efetivo de tratamento de determinada situação. Apenas desta forma se concretiza a evidência económica do papel do enfermeiro, sendo que os indicadores traduzirão a percentagem e, conseqüentemente, o valor total desta evidência.

No que respeita às taxas de prevalência existe uma grande semelhança nos dados apresentados da obstipação e administração de laxantes ao invés da taxa de prevalência das úlceras de pressão em que a realidade institucional é muito mais positiva oscilando os valores entre os 2 e os 5%, contrariamente aos 18% acima analisados.

Defendo no entanto que estes valores devem ainda ser melhorados e as metas terão que existir de forma transversal para que se eliminem/controlem todas as variáveis que irão afetar o processo de mudança e conseqüente melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem e respetivas repercussões na melhoria da qualidade de vida dos utentes.

## PARTE II - PROJECTO

Neste capítulo, foi abordada a metodologia de projecto que guiou este trabalho, tendo uma primeira fase de concepção e planeamento e culminando com a sua execução e respectivo relatório final.

### 1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No que diz respeito à caracterização da instituição, a Obra Social do Pousal está integrada nas Unidades de Apoio à Deficiência da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, sendo uma resposta social para residentes que estejam impedidos de permanecer no domicílio. É um equipamento que, dada a sua especificidade, é um dos poucos a nível nacional pois os seus critérios de admissão são bastante específicos:

- Portadores de doenças raras;
- Portadores de doenças degenerativas;
- Portadores de deficiência (multideficiência);

Dado que a idade não é um critério de admissão, a média de idade dos residentes no equipamento (atualmente 94 residentes) não reflete a heterogeneidade de idades que vão desde os 19 anos aos 97 anos. Este tipo de população, e dada também a heterogeneidade de patologias, leva a que exista um grande número de polimedicados, cuja terapêutica é concomitante com a considerada obstipante pela Organização Mundial de Gastroenterologia:

**Tabela1.** Tipo de Terapêutica dos Residentes da OSP

<b>Tipo de Terapêutica</b>	<b>% de Residentes</b>
Ansiolíticos	8%
Antidepressivos	7%
Antiepilépticos	15%
Antipsicóticos	14%

Fonte: Plano Individual de Cuidados

Estes grupos farmacológicos, muitas vezes em associação, são causadores de comorbilidades várias, sendo a obstipação um efeito secundário comum. Aliado à

obstipação temos também o facto de muitos dos residentes terem um elevado índice de dependência, ou tê-lo-ão num futuro próximo, dada a evolução da patologia.

Com este trabalho pretendeu-se construir indicadores de qualidade no equipamento que possibilitassem avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. No que concerne à situação atual é evidente uma elevada taxa de residentes com obstipação e a realizar terapêutica laxante, tendo sido realizado um levantamento no mês de dezembro de 2012, recorrendo aos Processos Individuais de Cuidados e que permitiram concretizar esta problemática:

- Total de Residentes a 01/12/2012: 94 residentes (Fonte: PIC)

$$\frac{\text{Residentes com Diagnóstico de Obstipação}}{\text{Total de Residentes}} \times 100 = \frac{5}{94} \times 100 = 5,3\%$$

Residentes com prescrição de lactulose e bisacodilo (Fonte: PIC):

$$\frac{\text{Residentes com Prescrição de Laxantes em Esquema}}{\text{Total de Residentes}} \times 100 = \frac{8}{94} \times 100 = 8,5\%$$

Residentes com intervalo entre dejeções superior a 3 dias (Fonte: Registos de Dejeções Diários):

$$\frac{\text{Residentes com Intervalo de Dejeções } \geq 3 \text{ dias}}{\text{Total de Residentes}} \times 100 = \frac{25 \text{ a } 30}{94} \times 100$$

**= 26,6% a 31,9%**

É assim visível a disparidade entre estes valores dado que o número de residentes com o diagnóstico de obstipação é claramente inferior ao número de residentes com prescrição de laxantes e também inferior ao número de residentes com intervalo de dejeções superior a 3 dias e que necessitam de terapêutica laxante. Aliado a este fator é também uma problemática a inexistência de normas que permitam orientar a actuação do enfermeiro na avaliação, prevenção e tratamento da obstipação. De um ponto de vista da formação existe também um défice de conhecimentos da equipa de

enfermagem bem como das ALCD's que prestam cuidados de higiene aos residentes e que não conseguem avaliar as dejeções tendo em conta as suas características.

No que diz respeito às úlceras de pressão, em termos estatísticos:

$$\frac{\text{Residentes com Úlcera de Pressão}}{\text{Total de Residentes}} \times 100 = \frac{3}{94} \times 100 = 3,2\%$$

Este valor reflete uma prevalência reduzida dadas as estatísticas estudadas de úlceras de pressão: DGS (2011) com 11,5% de prevalência a nível hospitalar e mais concretamente 17,5% nos serviços de medicina sendo que a nível internacional Vanderwee et al (2007) apresenta uma prevalência de 18,1%. No entanto estes valores são passíveis de serem monitorizados e melhorados. É também uma necessidade a monitorização das úlceras, tipologia, duração de tratamento bem como do risco, por parte do residente, de desenvolver úlceras de pressão. É necessário também o delinear, sob a forma de norma, de intervenções na úlcera de pressão de forma a homogeneizar a prática de enfermagem no equipamento.

Os custos, não apenas económicos, mas também da qualidade de vida, são também uma consequência direta que poderá ser debelada. O facto de existirem residentes obstipados terá como custo a prescrição de laxantes e o incremento da utilização de material clínico aliada à redução da qualidade de vida pois os residentes frequentemente deixam de realizar as suas atividades por desconforto ou pelo efeito dos laxantes.

No mesmo seguimento, as úlceras de pressão constituem-se também como um custo para a instituição em material clínico e em horas de enfermagem na prestação de cuidados. A presença de úlceras de pressão é também sinónimo de maior imobilidade e motivo para a não concretização de atividades (recreativas ou de saúde) programadas pela equipa multidisciplinar.

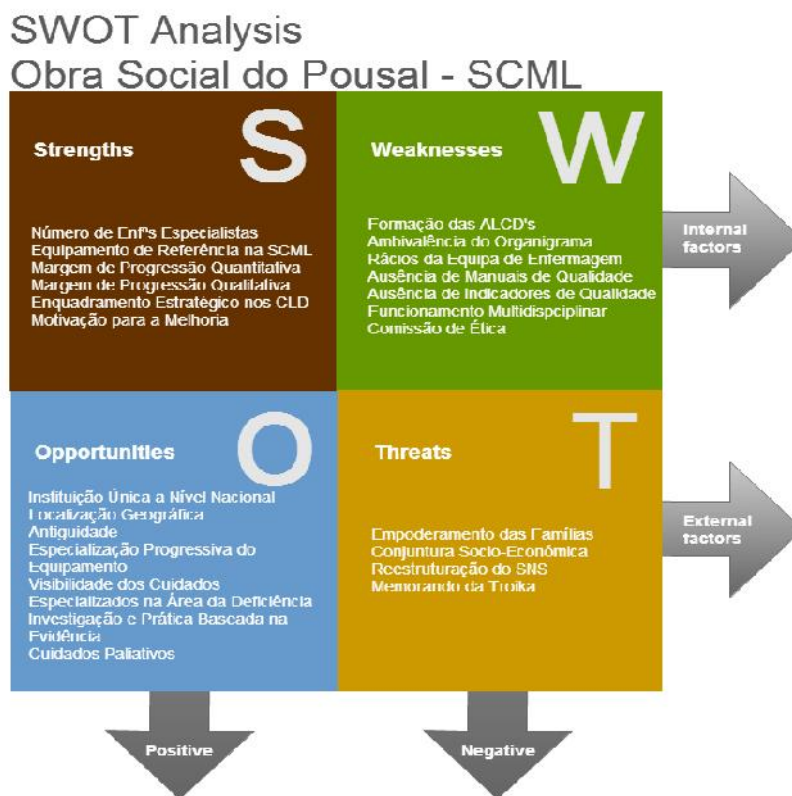
Foram realizados contatos junto da Enfermeira Chefe e dos restantes elementos da equipa acerca da temática e da evolução dos cuidados de enfermagem ao longo do tempo no equipamento, cujas conclusões vão de acordo ao supracitado. A existência de normas orientadoras bem como uma monitorização assídua dos indicadores

permitirão guiar a equipa de enfermagem na consecução dos objetivos e na melhoria dos cuidados de enfermagem. É unânime a necessidade da equipa em desenvolver e colaborar no projecto.

A consulta documental através das normas e procedimentos existentes, bem como os documentos institucionais permitiu validar que existe uma ausência da avaliação dos indicadores de qualidade relacionados com os cuidados de saúde e, mais especificamente, com os cuidados de enfermagem. A implementação de Processos Individuais de Cuidados (PIC) é também recente (aproximadamente 6 anos) pelo que não é fácil a realização de uma retrospeção face a indicadores que se poderiam obter através dos registos de enfermagem.

Para complementar o diagnóstico de situação foi elaborada uma análise SWOT que descreve, de forma sistematizada, o enquadramento da equipa e das potencialidades no projecto no equipamento.

**Figura 1.** Análise SWOT da OSP da SCML



A análise SWOT (*Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*) tem como objetivo uma síntese das análises interna e externa identificando os elementos chave para a gestão da empresa bem como o estabelecimento de prioridades de actuação. Estas prioridades permitem a tomada de opções estratégicas pois dá acesso a uma perspetiva abrangente e global sobre a empresa.

Com recurso à análise SWOT foi assim identificada a necessidade da aplicabilidade de indicadores de qualidade, sensíveis aos cuidados de enfermagem, tendo sido selecionados para tal, os seguintes indicadores: obstipação e úlceras de pressão

### **1.1. Objetivos**

#### **Geral**

- Implementar um Projecto de Melhoria Contínua da Qualidade na Obra Social do Pousal da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

#### **Específicos**

- Identificar 2 indicadores de qualidade de estrutura/processo na OSP da SCML
- Descrever 2 indicadores de qualidade, obstipação e úlceras de pressão
- Identificar as necessidades de formação em serviço no contexto deste trabalho
- Elaborar um manual de qualidade no que respeita aos indicadores obstipação e úlceras de pressão
- Elaborar normas relativamente aos indicadores obstipação e úlceras de pressão

### **1.2. Planeamento**

Na fase do planeamento o objetivo primordial é a explanação das atividades propostas bem como dos recursos necessários e a dimensão temporal, com vista à consecução dos objetivos acima propostos. Este planeamento irá estabelecer-se de acordo com os princípios do planeamento em saúde e irá de encontro à seleção de estratégias, à execução, aos recursos a utilizar bem como às estimativas de custo e finalmente a avaliação do mesmo projecto.

Com base no diagnóstico de situação anteriormente apresentado são apresentados os problemas e as respetivas estratégias de intervenção:

**Tabela 2.** Síntese dos problemas e das estratégias de intervenção

<b>Problemas</b>	<b>Estratégias de Intervenção</b>
<b>Ausência de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem</b>	Implementação de dois indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem
<b>Obstipação</b>	Implementação de medidas de diagnóstico, tratamento e prevenção da obstipação.
<b>Úlceras de pressão</b>	Implementação de medidas de diagnóstico, tratamento e prevenção da obstipação.
<b>Ausência de documentos orientadores da prática de enfermagem</b>	Implementação de normas de orientação, de procedimento e de preenchimento. Implementação de manual de boas práticas na obstipação e nas úlceras de pressão
<b>Falta de formação das ALCD's na identificação do risco de obstipação e das úlceras de pressão</b>	Formação às ALCD's para a correta identificação de situações de risco relacionadas com a obstipação e com as úlceras de pressão

### 1.2.1. Stakeholders

Para que um projecto tenha sucesso é essencial a participação de todos os elementos de uma forma ativa, proactiva e com empenho e dedicação. Os *stakeholders* serão assim os elementos centrais na execução do projecto sendo que este grupo é constituído pelo enfermeiro gestor, pela enfermeira chefe, pela equipa de enfermagem, pela equipa de ALCD's e pelos residentes. Considerando que também a instituição terá também muito a ganhar com a redução de custos e com uma maior rentabilização dos profissionais envolvidos.

### 1.2.2. Execução do projecto

A elaboração do plano de atividades é assim o reflexo das estratégias anteriormente delineadas e permite sistematizar e sintetizar os passos a dar para a consecução do projeto bem como resume as intervenções que decorreram de cada atividade realizada.

#### *a) Elaboração de pedido de autorização*

Elaboração e envio do pedido de autorização para a realização do projecto, às chefias conforme organograma da Obra Social do Pousal e da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (Apêndice I) O pedido foi autorizado de forma transversal pelas estruturas hierárquicas da Saúde e da Acção Social da SCML.

*Atividade Programada para: Julho de 2012.*

*Atividade Realizada em: Outubro de 2012*

#### *b) Apresentação do projecto à Enfermeira Chefe*

Apresentação do enquadramento teórico e respetiva base de sustentação do projecto bem como a dimensão temporal para a aplicação do mesmo.

**Objetivo:** Auscultar a sensibilidade da Enfermeira Chefe para a problemática e para a pertinência do projecto bem como validar a exequibilidade do mesmo.

**Resultado:** Foi compreendida a importância do projecto e os ganhos que poderiam advir da implementação do mesmo, não só para a equipa de enfermagem como para os residentes da instituição, ganhos estes que se traduzem numa melhoria da qualidade de vida. O facto de ser um projecto pioneiro também contribui para uma maior preponderância da saúde nesta tipologia de instituição e da conscientização para a problemática da obstipação como sinónimo de intervenções autónomas da prática de enfermagem.

*Atividade Programada para: Julho de 2012*

*Atividade Realizada em: Outubro de 2012 e Janeiro de 2013*

#### *c) Elaboração de um Manual da Qualidade referente aos Indicadores Obstipação e Úlceras de Pressão*

Apresentação de um manual que contenha os procedimentos estruturais e regulamentares de acordo com os indicadores anteriormente definidos.

**Objetivo:** Definir os procedimentos com vista à maior eficiência; Melhorar o controlo de execução dos procedimentos.

**Resultado:** Definidos os procedimentos, recorrendo a prática baseada na evidência nacional e internacional e tendo em conta as especificidades da instituição e também da equipa, tendo que ser readaptada várias vezes, especialmente no que concerne à articulação com a equipa clínica para que os procedimentos fossem autorizados permitindo assim uma maior autonomia da tomada de decisão em enfermagem e um ampliar da intervenções autónomas de enfermagem que já existiam mas que não eram devidamente reconhecidas pela equipa médica. Estes procedimentos permitiram assim uma maior vinculação da equipa de enfermagem, em especial no que concerne à obstipação.

*Atividade Programada para: Outubro de 2012*

*Atividade Realizada em: Outubro de 2013*

*d) Elaboração de Normas relativas à Obstipação*

Apresentação de normas de preenchimento dos documentos bem como da execução dos procedimentos com vista à obtenção de indicadores de qualidade e à excelência dos procedimentos.

**Objetivo:** Limitar a variedade de procedimentos e erros; Aumentar a segurança na execução procedimental.

**Resultado:** Este ponto foi sem dúvida aquele que permitiu uma maior discussão e uma maior cisão naquelas que eram as práticas instituídas até então. Esta implementação permitiu perceber que existiam lacunas na monitorização destes procedimentos bem como nas intervenções que eram realizadas pela equipa e reconhecidas pela restante equipa multidisciplinar. Percebida a inexistência de documentação a nível nacional e tendo por base os protocolos de atuação do *National Health System*, foi possível perceber o leque de terapêutica bem como as linhas de atuação definidas para cada tipo de obstipação promovendo assim uma sistematização da informação e uma uniformização da prática até então realizada. Foram criados assim documentos de suporte à intervenção do

enfermeiro bem como de apoio do registo das ALCD's. Estes documentos sustentaram-se em duas normas de registo iniciais:

**i. Norma Procedimento 1.0 – Hidratação (Apêndice II)**

Sendo um dos pontos fulcrais da resolução da obstipação, uma correta e adequada ingestão hídrica, foi aplicada a norma descrita com o objetivo de promover a ingestão hídrica, tendo em conta as necessidades específicas de cada residente recorrendo a uma matriz adaptada de Abrams e Klevmark (1996) como um guia para auxiliar os residentes a atingirem a otimização da ingestão de líquidos nos intervalos das refeições

**ii. Norma de Orientação 1.0 - Registo de Dejecções dos Residentes (Apêndice III)**

Esta norma tem como objetivo registar de forma sistemática e com a maior acuidade possível, o tipo de fezes eliminado pelos residentes, recorrendo à Escala de Bristol para a caracterização das fezes. Este documento permite perceber o padrão de dejeção do residente bem como as características das fezes para que seja possível identificar alterações significativas e que possam contribuir para a realização de um diagnóstico médico e/ou de enfermagem.

**iii. Norma Registo 1.0 - Registo das Dejecções dos Residentes (Apêndice IV)**

Esta norma define como deve a ALCD proceder ao registo das dejecções dos residentes, utilizando uma folha própria para o efeito, vem assim responder à Norma de Orientação 1.0 na vertente prática e operacional. Esta norma de registo contempla uma folha mensal, estando identificados todos os residentes e sendo obrigatório o registo por turno, tendo este registo que corresponder, em caso positivo, ao tipo de dejeção do residente tendo a salvaguarda no documento para situações relativamente à quantidade de fezes bem como

a situações que necessitem de avaliação por parte da equipa de enfermagem e/ou médica.

**iv. Norma Registo 2.0 - Registo de Intervenção de Enfermagem (Apêndice V)**

Esta norma de registo vem vincular a intervenção de enfermagem e a continuidade de cuidados no tratamento do episódio de obstipação permitindo um claro registo dos residentes e a definição/registo das aplicação das linhas de actuação bem como das intervenções de enfermagem e/ou referências para a equipa médica. Este documento é assim a base daquela que é a continuidade do tratamento e da validação do processo de resolução do episódio de obstipação.

**v. Norma Orientação 2.0 - Fluxograma de Tomada de Decisão (Apêndice VI)**

Nesta norma foi criado um fluxograma que permite que o enfermeiro faça o diagnóstico da situação e que siga uma linha de atuação claramente definida face ao residente em questão e face às patologias ou histórico. Permite também orientar o processo de tomada de decisão relativamente aos vários tipos de obstipação e quais as intervenções de prevenção. Clarifica também as condições na qual o enfermeiro deve referenciar para a equipa médica.

**vi. Norma Procedimento 3.0 - Obstipação Crónica (Apêndice VII)**

Esta norma de procedimento visa orientar a atuação do enfermeiro na obstipação crónica e foi a norma que permitiu uma maior discussão mas também com maior impacto positivo, de forma empírica, na qualidade de vida dos residentes. Recorrendo aos registos das ALCD's foi possível aplicar os Critérios de Roma possibilitando desta forma diagnosticar 30 residentes com obstipação crónica, elevando a taxa de prevalência da obstipação mas também confirmando

aqueles que eram os residentes que habitualmente realizavam terapêutica laxante, numa base praticamente diária. Diagnosticados estes residentes, foi necessário compreender que terapêutica melhor se adequaria em termos crónicos sendo que a lactulose não tinha, empiricamente, um efeito positivo e a longo prazo levando a que fosse necessário recorrer sistematicamente a terapêutica laxante aguda e com maior desconforto para o residente. Neste sentido e nas pesquisas realizadas, surgiram duas terapêuticas recomendadas de forma crónica para este tipo de residentes: Macrogol 3350 e Agiolax®/Agicur®. Consultadas as normas do INFARMED rapidamente se percebeu que o Agiolax®/Agicur® não eram os mais indicados pela posologia e pela dificuldade de deglutição por parte dos residentes, por ser granulado além da impossibilidade de administração concomitante com a terapêutica criando aqui uma grande dificuldade do ponto de vista logístico. Neste sentido optou-se pelo macrogol 3350 que nos estudos realizados até então revelou uma grande eficácia e um custo-efetividade superior à lactulose, como linha de atuação crónica, tal como defendido por Taylor e Guest (2009), Guest (2004) e Migeon-Duballet et al (2006) em que o macrogol 3350 oferece uma aumento do custo-efetividade tendo em conta a gama de opções de laxantes disponíveis com um custo por QaLY (*Quality Adjusted Life Years*) que são utilizados, segundo Ferreira (2003), quando estão em causa estas decisões sobre alocação de recursos no sector da saúde, tanto em termos particulares como em decisões da sociedade em geral, como auxílio à tomada de decisão, com um ganho com macrogol 3350 estimado em £250. Relativamente à segurança e efetividade, Belsey et al (2010) numa revisão sistemática da literatura e numa meta-análise, concluem que o macrogol 3350 é “um laxante mais eficaz do que a lactulose em

pacientes adultos com obstipação.” Também Lee-Robichaud (2010), numa revisão da *The Cochrane Collaboration*, confirma que o macrogol 3350 “é melhor que a lactulose nos resultados de frequência de evacuações por semana, forma das fezes, alívio da dor abdominal e da necessidade de produtos adicionais. (...) deve ser usado preferencialmente à lactulose para o tratamento da obstipação crónica.” A utilização do macrogol 3350 permitiu assim uma redução de 30% para 4% a administração de laxantes nos residentes com obstipação crónica.

**vii. Norma Procedimento 4.0 - Obstipação Aguda (Apêndice VIII)**

A norma de procedimento para a obstipação aguda vem então balizar a intervenção com recurso a terapêutica laxante em residentes que não apresentam diagnóstico de obstipação crónica, constituindo um seguimento de linhas de atuação com uma orientação temporal face ao efeito esperado permitindo que a equipa acompanhe e organize a dinâmica de trabalho em função do efeito esperado.

*Atividade Programada para: Outubro de 2012*

*Atividade Realizada em: Janeiro de 2013*

*e) Elaboração de Normas relativas a Úlceras de Pressão*

Apresentação de normas de preenchimento dos documentos bem como da execução dos procedimentos com vista à obtenção de indicadores de qualidade e à excelência dos procedimentos. (Apêndice IX)

**Objetivo:** Limitar a variedade de procedimentos e erros; Aumentar a segurança na execução procedimental.

**Resultado:** era já utilizada no equipamento a Escala de Braden, no entanto ainda não se encontrava normalizado o procedimento para o seu preenchimento. Foi assim criada a Norma Procedimento 1 - Avaliação das Úlceras de Pressão que permitiu enquadrar a avaliação, intervenção e registo do enfermeiro no diagnóstico das úlceras de pressão.

*Atividade Programada para: Outubro de 2012*

*Atividade Realizada em: Janeiro de 2013*

*f) Apresentação do projecto à Equipa de Enfermagem*

Apresentação do enquadramento teórico e respetiva base de sustentação do projecto bem como a dimensão temporal para a aplicação do mesmo.

**Objetivo:** Auscultar a sensibilidade da Equipa de Enfermagem para a importância do Projecto. Evidenciar a importância do contributo de todos os elementos para a consecução dos objetivos propostos. Definir metas a atingir em conjunto com a Equipa de Enfermagem

**Resultado:** Nesta apresentação foi possível colocar à discussão da equipa a problemática do projecto bem como as soluções propostas dadas as condicionantes institucionais e de saúde dos residentes. As questões colocadas foram maioritariamente em termos de logística e dos princípios de atuação em cada caso sendo que existiu alguma resistência pelo preenchimento de mais documentos, situação esta colmatada com a implementação e adaptação às normas.

*Atividade Programada para: Setembro de 2012*

*Atividade Realizada em: Fevereiro de 2013*

*g) Realização de formação em serviço*

Apresentação do projecto de forma sistemática, bem como as escalas e normas de aplicação das mesmas. (Apêndices X e XI)

**Objetivo:** Integrar e envolver a Equipa de Enfermagem e de Ajudantes de Lar e Centro de Dia no projecto. Apresentar as escalas a serem utilizadas bem como a sua aplicação. Resolver dúvidas e questões inerentes ao Projecto.

**Resultado:** No que respeita à Equipa de Enfermagem foi realizada formação de forma individual ou em pares dadas as condicionantes de horário da equipa, abrangendo os 100%, ou seja, a totalidade dos 10 elementos que compõem a equipa, com horário rotativo de 35h semanais, dos quais 6 enfermeiros são especialistas em enfermagem de reabilitação (3), enfermagem de saúde comunitária (1) e enfermagem de saúde mental e psiquiatria (2). Este tipo de formação possibilitou uma maior personalização da informação transmitida bem

como um esclarecimento de dúvidas no momento, tendo em consideração as vivências e experiências dos colegas. A formação às ALCD's decorreu de forma mais simplificada pelo elevado número de ALCD's tendo sido dividida em vários momentos:

- Reunião com as ALCD's Coordenadoras (4 ALCD'S correspondendo a 1 por ala sendo que uma das quais encontrava-se ausente por baixa médica) para enquadramento do projeto e do seu papel na consecução do mesmo, especialmente na aplicação da Escala de Bristol bem como do registo sistemático das dejectões dos residentes; no que respeita às úlceras de pressão foi realizada sensibilização para a importância dos posicionamentos e das alterações na pele, com comunicação imediata à equipa de enfermagem;
- Reuniões com as ALCD's durante a passagem de turno e consequente replicação da formação (total de ALCD's formadas em contexto de passagem de turno: 42);
- Monitorização dos registos realizados e realizadas intervenções específicas de esclarecimento de dúvidas. Atualmente o registo é feito corretamente e o esclarecimento de dúvidas é realizado localmente

*Atividade Programada para: Novembro de 2012*

*Atividade Realizada em: Setembro de 2013*

*h) Realização de Reuniões com a Enfermeira Chefe e a Equipa de Enfermagem*

Apresentação dos resultados parcelares e aferição da progressão do Projecto.

**Objetivo:** Demonstrar resultados do Projecto; Esclarecer questões procedimentais.

**Resultado:** Foram realizadas várias reuniões informais, mais concretamente no período prévio ou posterior à passagem de turno, o que permitiu ir aferindo questões pontuais da aplicação dos procedimentos normativos. Estas reuniões foram tendo uma periodicidade quase diária, especialmente porque os resultados eram transmitidos pela equipa que confirmava a evolução positiva nas práticas e a melhoria dos cuidados bem como o aumento de segurança dos registos.

*Atividade contínua, sendo expectável que termine ao fim de 6 meses da implementação do projeto.*

*i) Elaboração de poster informativo*

Elaboração de *poster* com a explicação do projecto e respetivos resultados alcançados.

**Objetivo:** Informar a equipa multidisciplinar acerca do Projecto bem como dos *outcomes* obtidos com o mesmo; Realizar uma síntese do percurso realizado.

**Resultado:** Não foi concretizado este objetivo

*Atividade Programada para: Fevereiro de 2013*

### 1.2.3. Recursos Necessários

É essencial para a realização de um projeto que estejam bem delineados os recursos a serem utilizados, estes recursos podem ser de índole financeira, humana ou material. Os recursos a seguir apresentados são aqueles que se consideraram essenciais ao normal desenrolar do projecto:

**Tabela 3.** Recursos humanos e materiais necessários

Humanos	Materiais		
	Institucionais	Informáticos	Pessoais
Enfermeira Chefe	Computador	SPSS ®	Livros
Gestor de Projecto	Impressora	Microsoft Office ® 2013	Combustível
Equipa de Enfermagem	Arquivo		Portagens
ALCD's	Sala de		
Administrativas	Trabalho		

No que diz respeito aos custos estes são suportados pela SCML na variante dos recursos humanos sendo importante realçar que o projecto não coloca qualquer acréscimo de tempo aos profissionais da instituição. Os restantes custos foram suportados a título pessoal, tiveram pouco impacto na consecução do presente projeto dado que este se realizou no contexto institucional pelo que foi possível

conciliar o projeto com um aumento de horas no local de trabalho. Considero também que se trata de um investimento, também pessoal, naquele que é o meu crescimento enquanto enfermeiro gestor.

#### 1.2.4. Dimensão temporal

O projeto decorreu de outubro de 2012 a janeiro de 2014.

## 2. AVALIAÇÃO DO PROJECTO

A avaliação projeto constitui-se como a fase final do planeamento em saúde e consiste na melhoria dos programas ou projetos. A avaliação tem assim como objetivo a comparação num espaço temporal ou outro, com a finalidade de corrigir e melhorar os objetivos anteriormente traçados.

### Indicadores de Estrutura:

- a) Existência de normas orientadoras
- b) Existência de normas de preenchimento
- c) Existência de fluxogramas de decisão

### Indicadores de Resultado - Formação:

Tabela 4. Indicadores de resultado

Foco	Indicador	Fórmula de Cálculo	Periodicidade
Formação	Assiduidade às formações	$\frac{\text{Número de Enfermeiros que assistiram às formações}}{\text{Total de Enfermeiros}} \times 100$	Anual
		$\frac{\text{Número de ALCD's que assistiram às formações}}{\text{Total de ALCD's}} \times 100$	Anual

**Nota:** na avaliação dos indicadores, apenas a monitorização anual é realizada pelo Enfermeiro Gestor de Projeto, todos os restantes registos são realizados pela equipa em contexto de prática clínica.

### Indicadores de Resultado – Úlceras de Pressão:

<b>Indicador nº</b>	1
<b>Designação</b>	Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Objetivo</b>	Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na prevenção de UP
<b>Descrição</b>	Indicador que permite mensurar a relação entre o número total de casos com risco documentado de um determinado problema ou complicação – que acabaram por não desenvolver a complicação e tiveram, pelo menos, uma intervenção de enfermagem

	implementada – e o universo dos casos que tiveram previamente documentado o risco deste mesmo problema ou complicação, num determinado período de tempo
<b>Frequência de Monitorização</b>	Anual
<b>Responsável pela monitorização</b>	Enfermeiro Gestor de Projeto (na ausência deste, será responsável o Enfermeiro Coordenador do Equipamento)
<b>Fonte informação</b>	Processo Individual de Cuidados
<b>Crítérios inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utentes a quem não foi documentado o <b>DE “UP presente...”</b>, no período em análise: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com data/hora posterior à data/hora de início do <b>DE “Risco de UP”</b>;</li> <li>• Após as primeiras 4h de admissão ao serviço</li> <li>• Com pelo menos uma intervenção de enfermagem realizada</li> </ul> </li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utentes saídos/falecidos a quem foi documentado o <b>DE “Risco de UP”</b>, no período em análise</li> </ul>
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem
<b>Formula</b>	$A/B \times 100$
<b>Observações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A avaliação de risco é feita pela intervenção de enfermagem Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da escala de Braden. Os níveis de risco definidos são baixo e alto risco.</li> <li>• Não é a escala de Braden que determina o DE Risco de UP mas o juízo clínico do enfermeiro.</li> </ul>
<b>A - Numerador</b>	Nº de casos (utentes) com risco de UP documentado e sem registo do DE “UP Presente...” efetivamente verificado, no período em análise.
<b>B - Denominador</b>	Nº de casos (utentes) saídos com risco de UP documentado, no período em análise

<b>Indicador nº</b>	2
<b>Designação</b>	<b>Taxa de efetividade diagnóstica do risco de úlceras de pressão</b>
<b>Tipo</b>	Processo
<b>Objetivo</b>	Avaliar a implementação dos cuidados de enfermagem na prevenção de UP
<b>Descrição</b>	Indicador que permite estabelecer a relação entre o número total de casos que desenvolveram um determinado problema ou complicação, com risco previamente documentado, e o universo de

	casos que desenvolveram esta mesma ocorrência, num certo período de tempo.
<b>Frequência de Monitorização</b>	Anual
<b>Responsável pela monitorização</b>	Enfermeiro Gestor de Projeto (na ausência deste, será responsável o Enfermeiro Coordenador do Equipamento)
<b>Fonte informação</b>	Processo Individual de Cuidados
<b>Crítérios inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utentes a quem foi documentado o DE “UP presente...”, no período em análise: <ul style="list-style-type: none"> <li>• com data/hora posterior à data/hora de início do DE “risco de UP”</li> <li>• Após as primeiras 4h de admissão ao serviço</li> </ul> </li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utentes saídos/falecidos a quem foi documentado o <b>DE “UP presente...”</b>, após as primeiras 4h de admissão ao serviço, no período em análise</li> </ul>
<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Formula</b>	$A/B \times 100$
<b>Observações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A avaliação de risco é feita pela intervenção de enfermagem Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da escala de Braden. Os níveis de risco definidos são baixo e alto risco.</li> <li>• Não é a escala de Braden que determina o DE Risco de UP mas o juízo clínico do enfermeiro.</li> </ul>
<b>A - Numerador</b>	Nº de casos (utentes) a quem foi documentado o DE “UP Presente...”, com risco prévio documentado, no período em análise
<b>B - Denominador</b>	Nº de casos (utentes) saídos a quem foi documentado o DE “UP presente...”, no período em análise

<b>Indicador nº</b>	3
<b>Designação</b>	<b>Taxa de incidência de úlcera de pressão</b>
<b>Tipo</b>	Epidemiológico
<b>Objetivo</b>	Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na prevenção de UP
<b>Descrição</b>	Indicador que permite estabelecer a relação entre o número total de novos de casos de um determinado foco / diagnóstico de enfermagem surgidos durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período.

<b>Frequência de Monitorização</b>	Anual
<b>Responsável pela monitorização</b>	Enfermeiro Gestor de Projeto (na ausência deste, será responsável o Enfermeiro Coordenador do Equipamento)
<b>Fonte informação</b>	Processo Individual de Cuidados
<b>Critérios inclusão</b>	Numerador: - Utentes a quem foi documentado o DE “UP presente...”, no período em análise: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Após as primeiras 4h de admissão ao serviço</li> </ul> Denominador: - Utentes saídos/falecidos no período em análise
<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Formula</b>	$A/B \times 100$
<b>A - Numerador</b>	Nº de novos casos (utentes) de úlceras de pressão documentados, no período em análise
<b>B - Denominador</b>	Nº total de utentes saídos, no período em análise

<b>Indicador nº</b>	4
<b>Designação</b>	<b>Taxa de prevalência de úlcera de pressão</b>
<b>Tipo</b>	Epidemiológico
<b>Objetivo</b>	Conhecer a dimensão do problema/complicação: UP
<b>Descrição</b>	Indicador que permite estabelecer a relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado foco / diagnóstico de enfermagem durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período.
<b>Frequência de Monitorização</b>	Anual
<b>Responsável pela monitorização</b>	Enfermeiro Gestor de Projeto (na ausência deste, será responsável o Enfermeiro Coordenador do Equipamento)
<b>Fonte informação</b>	Processo Individual de Cuidados
<b>Critérios inclusão</b>	Numerador: - Utentes a quem foi documentado o DE “UP presente...”, no período em análise  Denominador: - Utentes saídos, no período em análise

<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem
<b>Formula</b>	$A/B \times 100$
<b>A - Numerador</b>	Nº de casos (utentes) de úlceras de pressão documentados, no período em análise
<b>B - Denominador</b>	Nº total de utentes saídos, no período em análise

<b>Indicador nº</b>	5
<b>Designação</b>	<b>Taxa de resolução (cicatrização) de úlcera de pressão</b>
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Objetivo</b>	Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem no tratamento de úlceras de pressão
<b>Descrição</b>	Indicador que permite estabelecer a relação entre o número total de casos em que o resultado esperado de um determinado fenómeno (diagnóstico), com intervenções de enfermagem implementadas, foi realmente conseguido, e o universo dos que apresentaram este fenómeno/diagnóstico, num certo período de tempo
<b>Frequência de Monitorização</b>	Trimestral
<b>Responsável pela monitorização</b>	Enfermeiro Gestor de Projeto (na ausência deste, será responsável o Enfermeiro Coordenador do Equipamento)
<b>Fonte informação</b>	Processo Individual de Cuidados
<b>Crítérios inclusão</b>	<p><b>Numerador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de DE “UP ausente” documentados, com data posterior ao DE “UP presente...”, no período em análise, com pelo menos uma das seguintes intervenções de enfermagem realizada: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alternância de decúbitos</li> <li>○ Hidratação</li> <li>○ Alteração da dieta</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Denominador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de DE “UP presente...” documentados, no período em análise</li> </ul>
<b>Unidade de medida</b>	Porcentagem
<b>Formula</b>	$A/B \times 100$
<b>A - Numerador</b>	Nº de casos de úlceras de pressão resolvidos, no período em análise
<b>B - Denominador</b>	Nº de casos de UP documentados, no período em análise

**Indicadores de Resultado: Obstipação**

<b>Indicador nº</b>	1
<b>Designação</b>	Taxa de efetividade na prevenção da obstipação
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Objetivo</b>	Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na prevenção da obstipação
<b>Descrição</b>	Indicador que permite mensurar a relação entre o número total de casos com risco documentado de um determinado problema ou complicação – que acabaram por não desenvolver a complicação e tiveram, pelo menos, uma intervenção de enfermagem implementada – e o universo dos casos que tiveram previamente documentado o risco deste mesmo problema ou complicação, num determinado período de tempo
<b>Frequência de Monitorização</b>	Anual
<b>Responsável pela monitorização</b>	Enfermeiro Gestor de Projeto (na ausência deste, será responsável o Enfermeiro Coordenador do Equipamento)
<b>Fonte informação</b>	Processo Individual de Cuidados
<b>CrITÉRIOS inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utentes a quem não foi documentada obstipação no período em análise: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com data/hora posterior à data/hora de início de risco de obstipação</li> <li>• Após os primeiros 3 meses de admissão ao serviço</li> <li>• Com pelo menos uma das seguintes intervenções de enfermagem realizada: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hidratação</li> <li>Aumento da ingestão de fibras</li> <li>Exercício físico</li> <li>Mobilidade</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utentes saídos/falecidos a quem foi documentado obstipação no período em análise</li> </ul>
<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Formula</b>	$A/B \times 100$
<b>Observações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A avaliação de risco é feita pela intervenção de enfermagem</li> <li>Monitorizar o risco de obstipação através dos Critérios de Roma.</li> </ul>

<b>Indicador nº</b>	2
<b>Designação</b>	<b>Taxa de efetividade diagnóstica do risco de obstipação</b>
<b>Tipo</b>	Processo
<b>Objetivo</b>	Avaliar a implementação dos cuidados de enfermagem na prevenção da obstipação
<b>Descrição</b>	Indicador que permite estabelecer a relação entre o número total de casos que desenvolveram um determinado problema ou complicação, com risco previamente documentado, e o universo de casos que desenvolveram esta mesma ocorrência, num certo período de tempo.
<b>Frequência de Monitorização</b>	Anual
<b>Responsável pela monitorização</b>	Enfermeiro Gestor de Projeto (na ausência deste, será responsável o Enfermeiro Coordenador do Equipamento)
<b>Fonte informação</b>	Processo Individual de Cuidados
<b>CrITÉRIOS inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utentes a quem foi documentado o diagnóstico de obstipação no período em análise: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com data/hora posterior à data/hora de início do diagnóstico de obstipação</li> <li>• Após os primeiros 3 meses de admissão ao serviço</li> </ul> </li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utentes saídos/falecidos a quem foi documentado o diagnóstico de obstipação, após as primeiras 4h de admissão ao serviço, no período em análise</li> </ul>
<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Formula</b>	$A/B \times 100$
<b>Observações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A avaliação de risco é feita pela intervenção de enfermagem monitorizar o risco de obstipação através dos Critérios de Roma.</li> </ul>

<b>Indicador nº</b>	3
<b>Designação</b>	<b>Taxa de incidência da obstipação</b>
<b>Tipo</b>	Epidemiológico
<b>Objetivo</b>	Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na prevenção da obstipação
<b>Descrição</b>	Indicador que permite estabelecer a relação entre o número total de novos de casos de um determinado foco/diagnóstico de

	enfermagem surgidos durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período.
<b>Frequência de Monitorização</b>	Anual
<b>Responsável pela monitorização</b>	Enfermeiro Gestor de Projeto (na ausência deste, será responsável o Enfermeiro Coordenador do Equipamento)
<b>Fonte informação/SI</b>	Processo Individual de Cuidados
<b>Critérios inclusão</b>	Numerador: - Utentes a quem foi documentado o DE “Obstipação presente...”, no período em análise: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Após os primeiros 3 meses de admissão ao serviço</li> </ul> Denominador: - Utentes saídos/falecidos no período em análise
<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Formula</b>	$A/B \times 100$

<b>Indicador nº</b>	4
<b>Designação</b>	<b>Taxa de prevalência da obstipação</b>
<b>Tipo</b>	Epidemiológico
<b>Objetivo</b>	Conhecer a dimensão do problema/complicação: obstipação
<b>Descrição</b>	Indicador que permite estabelecer a relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período.
<b>Frequência de Monitorização</b>	Anual
<b>Responsável pela monitorização</b>	Enfermeiro Gestor de Projeto (na ausência deste, será responsável o Enfermeiro Coordenador do Equipamento)
<b>Fonte informação/SI</b>	Processo Individual de Cuidados
<b>Critérios inclusão</b>	Numerador: - Utentes a quem foi documentado o DE “obstipação presente...”, no período em análise  Denominador: - Utentes saídos/falecidos, no período em análise
<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Formula</b>	$A/B \times 100$

## 2.1. Instrumentos de avaliação

*Entrevista:*

- Entrevista semi-directiva

*Observação:*

- Observação participante

*Escalas de avaliação:*

- **Úlceras de Pressão:** Escala de Braden
- **Obstipação:** Escala de Bristol e Critérios de Roma

## 2.2. Divulgação dos resultados

Relatório final

Avaliação da dimensão dos resultados na prática de enfermagem

Apresentação dos resultados à SCML

Entrega do Projecto ao Centro de Documentação da SCML

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA GESTÃO EM ENFERMAGEM**

No âmbito das competências na área da gestão em enfermagem foi premente a dificuldade sentida na implementação do projecto, não na sua elaboração mas sim na operacionalização o que significou em vários momentos um ajustamento constante daqueles que eram os princípios do projeto no que concerne à sua implementação. O facto de existirem uma multiplicidade de atores obriga a que seja realizada uma enorme gestão de expectativas bem como uma presença assídua no desenvolvimento do projeto, tendo sempre também presente a necessidade de motivação dos profissionais que, dada a conjuntura atual, manifestam também alguma desmotivação e dificuldade em enfrentar novos desafios que não constituem muitas vezes uma solução palpável para os seus problemas. Esta gestão da equipa levou a que várias vezes fosse necessário explicar os objetivos e os ganhos recorrendo como pilar não só à prática baseada na evidência mas também ao facto de alertar que as práticas se encontravam desfasadas internamente o que tem como consequência um aumento da fragilidade externa em termos de coesão da equipa.

Neste sentido e no que diz respeito à minha intervenção enquanto gestor de projeto, foi-me permitido perceber que o caminho tem que ser feito lado a lado com a qualidade nas instituições, sendo os CLD uma área cuja intervenção dos enfermeiros deve ser preponderante, pela filosofia de cuidados que existe e que é, sem dúvida alguma, o *core business* da enfermagem: promoção da saúde, educação para a saúde, prevenção de complicações. É também fulcral que hoje se consigam associar as intervenções autónomas de enfermagem aos modelos de financiamento das instituições. Para a consecução deste objetivo é fulcral que se produzam indicadores de qualidade fiáveis e que representem, de forma inegável, o contributo que a profissão dá aos utentes e também às respetivas famílias e demais profissionais. Esta competência foi também desenvolvida com recurso a literatura mas também à comunicação com a equipa e junto do decisor económico da instituição dado que muitos dos investimentos que se fizeram hoje, traduziram-se em ganhos económicos e sociais no amanhã, garantindo um aumento da eficácia e uma maior

sensibilização para as questões que muitas vezes são consideradas de somenos importância. Também desenvolvi como competência o facto de construir ferramentas e elementos normativos que são um inegável suporte e orientação para a prática de enfermagem. Tal facto é reconhecido pela equipa de enfermagem que foi sendo assim fonte de discussão e de crescimento promovendo uma reflexão mais aprofundada que, em certos momentos, já nos esquecêramos de fazer. É preponderante assim o papel do gestor de projeto enquanto moderador desta mesma reflexão, tendo também o papel de contribuir com subsídios que “alimentem” a discussão.

No seguimento desta discussão surge também o desenvolvimento de uma competência extremamente importante e que se articula com a defesa das ideias e a assertividade com a qual se realizam os momentos de partilha. É essencial que um gestor consiga promover as suas ideias e que estas assentem em algo concreto e perceptível para os interlocutores com os quais articulamos o projeto. É nesta concepção que o gestor deve conceber o seu projeto e a sua aplicabilidade no terreno. Sendo o gestor em enfermagem maioritariamente um gestor intermédio, é fundamental que este consiga ser claro na maneira como o aborda nas várias vertentes de articulação.

Considero que muitas destas competências serão sem dúvida uma mais-valia na gestão não só dos cuidados mas também na gestão de todas as outras componentes que envolvem a dinâmica da instituição. É também de relevar a necessidade de conseguir cativar a equipa para que esta funcione como um motor e que perpetue aqueles que são os projetos de melhoria essenciais ao aprimorar da prática de enfermagem.

## 4. REFLEXÕES FINAIS

Os CLD assumem-se, tal como desenvolvido no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, como uma das vertentes do Serviço Nacional de Saúde, até por via da RNCCI, que terá mais impacto financeiro no futuro, em que

a promoção e o desenvolvimento dos LTC emergem como um dos maiores desafios em termos sociais e de saúde com que os países europeus se vão confrontar nos próximos anos. A pressão exercida por um aumento constante da procura de LTC e dos custos inerentes a estes cuidados, documentados em todos os países nomeadamente através dos gastos *per capita* não só têm gerado dificuldades na sustentabilidade do sistema como têm levado a um reequacionar dos actuais modelos de funcionamento e financiamento dos LTC. (2010)

Ainda segundo o mesmo relatório,

apesar de o financiamento da Rede aumentar até cerca de 0,7% do PIB, até 2016, tal contribuirá para a sustentabilidade do SNS na medida em que serão evidentes os ganhos nos outros níveis de cuidados, nomeadamente na redução dos reinternamentos, nas demoras médias, nos episódios de urgência e nas consultas, entre outros. Portanto, este aumento do financiamento não representará um maior contributo do Orçamento do Estado, mas antes uma reafecção do orçamento global da Saúde, o qual está claramente acima da média europeia.

Como tal a profissão de enfermagem assume um papel preponderante na manutenção da qualidade nas instituições que prestam CLD. Esta qualidade terá que ser mensurável, de modo a que, no futuro, as políticas em saúde contemplem a enfermagem como um peso de grande valor no financiamento dos cuidados e das instituições recorrendo para tal, a indicadores de qualidade que traduzam a efectividade desses ganhos em saúde.

É assim necessária a implementação e o estudo destes indicadores, aliados a uma monitorização efetiva por parte das equipas, que levarão a melhores cuidados a clientes e família, bem como a uma satisfação por parte dos profissionais de saúde. Cabe ao enfermeiro gestor promover estes indicadores e, como elemento basilar na instituição, demonstrar à equipa e aos clientes os ganhos que daqui se obtiverem.

Este trabalho deve assentar não só numa vertente de prática baseada na evidência mas também num espírito de grande motivação e empreendedorismo dos

profissionais de enfermagem para que a qualidade se assuma cada vez mais como um conceito comum e com apropriação pelos mesmos. É necessário continuar a trabalhar para que o paradigma da prestação de cuidados assente neste trabalho do enfermeiro gestor, alicerçado na prática diária dos enfermeiros.

Numa perspetiva pessoal considero que este projeto se tornou muitas vezes num estágio de gestão, pela implicação prática e pela necessidade de mobilização de ferramentas no dia-a-dia, foram sem dúvida momentos de crescimento pessoal e profissional em que foi necessário investir tempo e que teve, sem dúvida, altos e baixos, nem que fosse pela necessidade de conquistar resultados imediatos ou conquistar imediatamente a equipa! Este projeto teve impacto na prestação de cuidados pois permitiu uma melhoria, ainda que empírica, da qualidade de vida dos residentes, reduzindo a terapêutica administrada e aumentando a participação dos mesmos nas atividades institucionais. Tal facto foi reconhecido por toda a equipa multidisciplinar, e muito importante também, pelas famílias. Também para a enfermagem as implicações foram enormes, desde a necessidade do aumento da qualidade pela equipa no domínio dos procedimentos normativos da instituição, pela ausência de normas orientadoras da prática e dos procedimentos, como também pela homogeneização das práticas, o que teve os seus constrangimentos iniciais, pelo aumento do número de registos mas com uma variável facilitadora: a continuidade dos cuidados. Existiu o sentimento de que a equipa sabia claramente o seu papel em cada intervenção. Daqui relevo o essencial apoio da equipa que foi na maior parte dos momentos a maior dinamizadora do projeto, questionando e contactando telefonicamente e por correio eletrónico quando existiam dúvidas, promovendo a alteração das práticas e trazendo para a prática, a evidência. Nem sempre foi fácil a gestão do projeto, especialmente pela demora no reconhecimento da autonomia do enfermeiro na gestão destes indicadores pois são muitas vezes associados a diagnósticos médicos. Tornou-se necessária a argumentação verbal e científica, com prática baseada na evidência, com discussões permanentes de ajuste de protocolos mas também no apoio à compreensão que as atividades que os enfermeiros iriam realizar, já eram por nós realizadas. Aqui foi fulcral o desempenho de todos mas também o desempenho individual pois cada elemento possui vivências e experiências diferenciadas que enriqueceram de tal forma o projeto que cada vez mais acredito que ainda existe muito para fazer daí não existir uma conclusão, mas sim um futuro. Foi

com muita satisfação pessoal que concluí e que desenvolvi este projeto, espero que seja um de muitos, a título pessoal, da equipa e também da instituição pois é necessário que se produza mais investigação, especialmente na área da obstipação e suas intervenções de enfermagem. Ainda dentro deste projeto será necessário desenvolver protocolos nos outros tipos de obstipação de forma a poder atuar da forma mais global possível. Hoje os CLD apresentam-se como uma oportunidade que o enfermeiro tem de evidenciar a sua autonomia e o seu saber científico, colocando-o em prol dos residentes. Deve assim a disciplina de enfermagem encarar esta área de intervenção como prioritária num futuro a médio-longo prazo, produzindo cada vez mais bilhetes de identidade de indicadores, de forma a uniformizar as avaliações e a permitir o *benchmarking* dentro da profissão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, P., & Klevmark, B. (1996). *Frequency Volume Charts: An Indispensable Part Of Lower Urinary Tract Assessment*. Scandinavian Journal Of Urology And Nephrology. Supplementum, 17947-53.

AHRQ (2011). *Preventing Pressure Ulcers in Hospitals: A Toolkit For Improving Quality Of Care*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Md. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/long-term-care/resources/pressure-ulcers/pressureulcertoolkit/index.html>

Aleixo, T. *Et Al* (2011). *Indicadores De Qualidade Sensíveis Aos Cuidados De Enfermagem Em Lares De Idosos*. Referência; lii(3)

Andrews, A., & Morgan, G. (2012). *Constipation Management In Palliative Care: Treatments And The Potential Of Independent Nurse Prescribing*. International Journal Of Palliative Nursing, 18(1), 17-22.

Anheier, H.; Seibel, W. (1990). *The Third Sector: Comparative Studies Of Nonprofit Organizations*. Berlin/New York: Walter De Gruyter. 413 Pp.

Barros P, De Almeida Simões J. (2007). *Health System Review - Health Systems In Transition*, 9(5): 1–140

Barros, P. (2006). *Economia Da Saúde – Conceitos E Comportamentos*. 1ªedição. Lisboa: Edições Almedina.

Belsey, J., Geraint, M., & Dixon, T. (2010). *Systematic Review And Meta Analysis: Polyethylene Glycol In Adults With Non-Organic Constipation*. International Journal Of Clinical Practice, 64(7), 944-955. Doi:10.1111/J.1742-1241.2010.02397.X

Bennett, G., Dealey, C., & Posnett, J. (2004). *The Cost Of Pressure Ulcers In The Uk*. Age And Ageing, 33(3), 230-235.

Capucha, L; Marques, A.; Castro, J.; Pereira, C.; Monteiro, P. (1995) *Vulnerabilidade À Exclusão Social*. Depp/Mts, Portugal

Clarke, H., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., Van Der Wal, R., & Gundry, S. (2005). *Pressure Ulcers: Implementation Of Evidence-Based Nursing Practice*. Journal Of Advanced Nursing, 49(6), 578-590.

Del Nero, C. R. (2002). *O Que É Economia Da Saúde*. In: Piola, S. F. & Vianna, S. M. (Org.). *Economia Da Saúde: Conceito E Contribuição Para A Gestão Da Saúde*. Brasília: Ipea. P.05-22.

Direcção-Geral da Saúde (2011). *Orientação Nº 017/2011 - Escala De Braden: Versão Adulto E Pediátrica (Braden Q)*. Lisboa: DGS

Donabedian, A. (1980). *Methods for Deriving Criteria for Assessing the Quality Of Medical Care*. Medical Care Review, 37(7), 653-698

Donabedian, A. (2003). *An Introduction To Quality Assurance In Health Care*. New York: Ed. By Bashshur, R., Oxford University Press.

Doran, D. Et Al. (2006). *Relationship Between Nursing Interventions And Outcome Achievement In Acute Care Settings*. Research In Nursing & Health (Em Linha). Vol. 29 (1), (February, 2006), P.61-70, ISSN: 0160-6891. Acedido em 20/05/2012 Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&an=16404735&lang=pt-br&site=ehost-live>

Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., & ... Tourangeau, A. (2006). *Nursing-Sensitive Outcomes Data Collection In Acute Care And Long-Term-Care Settings*. Nursing Research, 55(2 Suppl), S75-S81.

Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). *An Empirical Test Of The Nursing Role Effectiveness Model*. Journal Of Advanced Nursing, 38(1), 29-39.

Doran, D.; Pringle, D. (2011). *Patient Outcomes as an Accountability*. In D.M. Doran, Ed., *Nursing Outcomes: The State Of The Science*. Sudbury, Ma: Jones And Bartlett.

Dorr, D., Horn, S., & Smout, R. (2005). *Cost Analysis Of Nursing Home Registered Nurse Staffing Times*. Journal Of The American Geriatrics Society, 53(5), 840-845. Doi:10.1111/J.1532-5415.2005.53267.X

European Centre for Social Welfare Policy and Research; Et al. (2010). *Measuring Progress: Indicators for Care Homes*. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Viena. Acedido a 15/06/2012. Disponível em: [www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=c8725723-07d6-4116-b8d3-efaf6e79ed88](http://www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=c8725723-07d6-4116-b8d3-efaf6e79ed88)

Fernandes, J; Barros, P. (2012) *Um Ano Depois Da Troika Na Política De Saúde*. Cascais: Editora Príncipia

Ferreira, S. (2000). *O Papel Das Organizações Do Terceiro Sector Na Reforma Das Políticas Públicas De Protecção Social - Uma Abordagem Teórico-Histórica*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Tese de Mestrado

Ferreira, L. (2003). *Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 51-64

Fradique, M; Mendes, L. (2013) *Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Rev. Enf. Ref. vol. ser III, n.10, pp. 45-53. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>

Guest, J., & Varney, S. (2004). *Pharmacoeconomic Impact Of Low-Dose Macrogol 3350 Plus Electrolytes Compared With Lactulose In The Management Of Chronic Idiopathic Constipation Among Ambulant Patients In Belgium*. Clinical Drug Investigation, 24(12), 719-729

Hutchinson A, Milke D, Maisey S, Johnson C, Squires J, Estabrooks C, ... (2010). *The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 Quality Indicators: A Systematic Review*. BMC Health Services Research

Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. (1998). *Linking Outcomes to Nurses' Roles in Health Care*. Nursing Economics, 16(2), 58-87.

Kwong, E., Pang, S., Aboo, G., & Law, S. (2009). *Pressure Ulcer Development in Older Residents In Nursing Homes: Influencing Factors*. Journal Of Advanced Nursing, 65(12), 2608-2620. Doi:10.1111/J.1365-2648.2009.05117.X

Kyle, G. (2011). *Constipation: Symptoms, Assessment and Treatment*. British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing), 20(22), 1432.

- Lane, C.; Antunes, A.; Kingma, M. (2009). *The Nursing Community, Macroeconomic And Public Finance Policies: Towards A Better Understanding*. Geneva: World Health Organization And International Council Of Nurses. Acedido Em 17/05/2012, Disponível Em: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_09\\_02-nursing\\_macro\\_economics.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_09_02-nursing_macro_economics.pdf)
- Lee-Robichaud, H. (2010). *Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation*. Cochrane Database Of Systematic Reviews, (1), Doi:10.1002/14651858.Cd007570.Pub2
- Lopes, M. (Coordenador) (2010). *PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 - Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro*. Évora: CICTS – U. Évora
- Marsh, L., & Sweeney, J. (2008). *Nurses' Knowledge of Constipation in People With Learning Disabilities*. British Journal of Nursing, 17 (4), S11–S16.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories In Nursing Research And Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Migeon-Duballet, I., Chabin, M., Gautier, A., Mistouflet, T., Bonnet, M., Aubert, J., & Halphen, M. (2006). *Long-Term Efficacy And Cost-Effectiveness Of Polyethylene Glycol 3350 Plus Electrolytes In Chronic Constipation: A Retrospective Study In A Disabled Population*. Current Medical Research & Opinion, 22(6), 1227-1235.
- OECD (2008). *Conceptual Framework and Definition Of Long-Term Care Expenditure*. Input Document Unit 2. Health Division. Organization for Economic Cooperation and Development.
- OECD (2011). *Help Wanted? Providing and Paying For Long-Term Care*. OECD Publishing. Acedido em 16/05/2012. Disponível em: [www.oecd.org/health/longtermcare](http://www.oecd.org/health/longtermcare)
- OECD (2013a). *Health Data 2013 - Definitions, Sources and Methods*. OECD Publishing. Acedido em 10/03/2014. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/healthdata>

OECD (2013b). *Public Spending On Health And Long-Term Care: A New Set Of Projections*. OECD Economic Policy Papers. Acedido a 10/03/2014. Disponível em: <http://www.oecd.org/eco/growth/health%20final.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido Em 10/05/2012. Disponível em: <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/rmde.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: OE

Palese, A., Granzotto, D., Broll, M., & Carlesso, N. (2010). *From Health Organization-Centred Standardization Work Process To A Personhood-Centred Care Process In An Italian Nursing Home: Effectiveness On Bowel Elimination Model*. International Journal Of Older People Nursing, 5(2), 179-187. Doi:10.1111/J.1748-3743.2010.00220.X

Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., & Finne-Soveri, H. (2008). *Drug Use And Pressure Ulcers In Long-Term Care Units: Do Nurse Time Pressure And Unfair Management Increase The Prevalence?*. Journal Of Clinical Nursing, 17(22), 3067-3073. Doi:10.1111/J.1365-2702.2008.02445.X

Rich, V. L. (2010). *News From The Front*. Nursing Administration Quarterly, 34(4), 358-359. Acedido em 15/06/2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&an=2010833734&lang=pt-br&site=ehost-live>

Samina, M., GJ, Q., Tabish, S., Samiya, M., & Riyaz, R. (2008). *Patient's Perception Of Nursing Care At A Large Teaching Hospital In India*. International Journal Of Health Sciences, 2(2), 92-100.

Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). *Transitions: A Central Concept In Nursing. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories In Nursing. Research and Practice*, 1(1.3), 38-51.

Streubert, Helen J.; Carpenter, Dona R. (2002) *Investigação Qualitativa Em Enfermagem: Avançando O Imperativo Humanista*; 2ª Ed. Loures: Lusociência;

Talley, N. (2008). *Functional Gastrointestinal Disorders As A Public Health Problem. Neurogastroenterology And Motility: The Official Journal Of The European Gastrointestinal Motility Society*, 20 Suppl 1121-129. Doi:10.1111/J.1365-2982.2008.01097.X

Taylor, R., & Guest, J. (2010). *The Cost-Effectiveness Of Macrogol 3350 Compared To Lactulose In The Treatment Of Adults Suffering From Chronic Constipation In The UK. Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 31(2), 302-312. Doi:10.1111/J.1365-2036.2009.04191.X

Theisen, S., Drabik, A., & Stock, S. (2012). *Pressure Ulcers In Older Hospitalised Patients And Its Impact On Length Of Stay: A Retrospective Observational Study. Journal Of Clinical Nursing*, 21(3-4), 380-387. Doi:10.1111/J.1365-2702.2011.03915.X

Vanderwee, K., Clark, M., Dealey, C., Gunningberg, L., & Defloor, T. (2007). *Pressure Ulcer Prevalence In Europe: A Pilot Study. Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 13(2), 227-235

White-Chu, E., Flock, P., Struck, B., & Aronson, L. (2011). *Pressure Ulcers In Long-Term Care. Clinics In Geriatric Medicine*, 27(2), 241-258. Doi:10.1016/J.Cger.2011.02.001

Woodward, S. (2012). *Assessment And Management Of Constipation In Older People. Nursing Older People*, 24(5), 21-26.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I**  
**Pedido de Autorização**

Entrada n.º 356 data 14/8/12  
Rubrica  
H.S.M.S.  
Obra Social de Pousal  
Luisa Desmet  
Diretor de Acção Social  
13/8/2012

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Mário Rui  
Diretor de Acção Social

Ex.º Sr. DIRETOR DA  
junto se remete pedido de  
autorização para trabalho  
Académico. Parece-me que  
o mesmo poderá ser útil  
vante para o Pousal

Ex.º Sr. Provedor Doutor Pedro Santana Lopes,

CC: Ex.ª Sra. Directora da DIEDAD - Dra. Luísa Desmet, Ex.ª Sra. Enfermeira Directora da DISP - Enfermeira Anabela Santos, Ex.ª Sra. Directora da OSP - Dra. Noémia Lourenço, Ex.ª Sra. Enfermeira Chefe da DISP - Enfermeira Isabel Peres

DIREÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DECENTRALIZADOS  
E DE APOIO À ACTIVIDADE

ENTRADA Nº 6323 DATA 3.8.12

RÚBRICA *[assinatura]*

**Assunto:** Pedido de Autorização para Trabalho Académico

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que me encontro a frequentar, venho por este meio pedir autorização para a realização de um Trabalho Académico. Exerço actualmente funções como Enfermeiro, na Obra Social do Pousal (OSP), na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML).

Para tal, passo a explicar o Trabalho Académico:

**1. Enquadramento:**

Num contexto social cada vez mais exigente e dedicado à qualidade, é colocado um enorme desafio às instituições, aos seus gestores e acima de tudo aos seus colaboradores, nomeadamente aos Enfermeiros, quer gestores, quer prestadores de cuidados.

Esta necessidade de qualidade leva a que sejam criados indicadores que possam medir esta efectividade e estes ganhos em saúde. É nestes indicadores que irei centrar o meu trabalho e, sobretudo, dos ganhos que daí possam advir, promovendo o desenvolvimento e a qualidade nas instituições de cuidados de longa duração, com a finalidade de prestar cuidados de excelência e promover a melhoria e/ou maximização do potencial de cada um.

Foi definido como título:

**Trabalho Académico: Implementação de 2 Indicadores de Qualidade num Equipamento da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa**

Como objectivo geral é definida a implementação de 2 indicadores de qualidade, sensíveis aos cuidados de enfermagem, na OSP.

Objectivos Específicos:

- Identificar 2 indicadores de qualidade de estrutura/processo na OSP da SCML
- Avaliar 2 indicadores de qualidade de estrutura/processo na OSP da SCML

- Monitorizar 2 indicadores de qualidade de estrutura/processo na OSP da SCML

Este trabalho vem assim, numa vertente abrangente, dar resposta aquele que é dos fins consagrados nos Estatutos da SCML,

“1 - A SCML tem como fins a realização da melhoria do bem-estar das pessoas, (...) abrangendo as prestações de (...) saúde (...) e promoção da qualidade de vida, (...) bem como a promoção, apoio e realização de atividades que visem a inovação, a qualidade e a segurança na prestação de serviços e, ainda, o desenvolvimento de iniciativas no âmbito da economia social” (DL 235/2008, de 3 de Dezembro)

## **2. Operacionalização do Trabalho Académico:**

*Dimensão Temporal:*

- Outubro de 2012 a Janeiro de 2013

*Actividades a Desenvolver:*

- Colheita de dados com recurso aos Processos Individuais dos Residentes
  - Dados relativos a quedas
  - Dados relativos a úlceras de pressão
- Realização de *poster* informativo
- Realização de formação em serviço
- Realização de reuniões de serviço
- Realização de propostas para elaboração de normas
- Realização de propostas para elaboração de protocolos

*Recursos a Utilizar:*

- Processos Individuais dos Residentes
- Chefia Directa (Enfermeira Chefe)
- Equipa de Enfermagem
- SPSS ® (Tratamento de Dados)
- Microsoft Office Project ® (Gráfico de Gantt)

*Custos Associados:*

- Sem custos

*Instrumentos de avaliação:*

- Entrevista
- Observação
- Questionários
- Escalas de avaliação

*Divulgação dos resultados:*

- Relatório Final

- Avaliação da dimensão dos resultados na prática de enfermagem
- Apresentação dos resultados à SCML
- Entrega do Trabalho de Projecto ao Centro de Documentação da SCML

Sem mais de momento e agradecendo desde já a atenção dispensada, encontro-me ao dispor para o esclarecimento de quaisquer dúvidas, através dos seguintes contactos:

[tiago.nascimento@scml.pt](mailto:tiago.nascimento@scml.pt)

963 953 132

913 405 300

Peço deferimento,

Com os mais sinceros e cordiais cumprimentos,

Malveira, 25 de Julho de 2012,



Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento

Nº Mec. SCML: 101416

Mestrando em Enfermagem na AE de Gestão em Enfermagem (ESEL)

É de todo o interesse a realização do Projeto neste equipamento. A definição de indicadores que possam demonstrar a importância das atividades de enfermagem é de máxima importância, em especial nas unidades de cuidados de longa duração. É ainda de esperar que só assim se possa realizar o trabalho de equipa de Enfermagem que o estado se encontra a realizar.


*Quando  
vada a cpn  
nº 101416  
Noémia Oliveira  
Diretora  
Obra Social do Pousal*

*Concordo com este trabalho  
o qual, pode ser considerado  
uma mais valia para a OSP e  
para a instituição.  
Fernando Santos  
2012/08/01*

*Isabel Peres Lourenço  
31-1-12  
Chefe  
DISP*

SANTA	Direção de Saúde de Proximidade
CASA	Santa Casa
	Núcleo de Apoio Técnico
Entrada n.º	4660
Data	02/08/2012
Rubrica	Carla

**APÊNDICE II**  
**Norma Procedimento 1.0 – Hidratação**


	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>
	<b>Procedimento para Aumento da Ingestão Hídrica</b>	<i>PROCESSO</i> Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	<i>MO</i> Nº                      00 11/2013                      -

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DA NORMA

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR:</i>	<i>APROVADO POR:</i>
<i>Tiago Nascimento</i>	Equipa Clínica/Equipa de Enfermagem  <i>DATA:</i>	Directora OSP  <i>DATA:</i>

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>				
	<b>Procedimento para Aumento da Ingestão Hídrica</b>	<i>PROCESSO</i> Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	<i>REVISÃO</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Nº</i></td> <td style="text-align: center;">00</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11/2013</td> <td style="text-align: center;">00/00/00</td> </tr> </table>	<i>Nº</i>	00	11/2013	00/00/00
<i>Nº</i>	00						
11/2013	00/00/00						

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## 1. OBJECTIVOS

- 1.1. Aumentar a ingestão hídrica por parte dos residentes
- 1.2. Avaliar as necessidades de líquidos por parte dos residentes

## 2. APLICAÇÃO

- 2.1. Enfermeiros da Equipamento
- 2.2. Assistentes de Lar e Centro de Dia do Equipamento

## 3. REFERÊNCIAS

## 4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

- 4.1. OSP – Obra Social do Pousal
- 4.2. SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

## 5. REQUISITOS


- 5.1. Existência de material para administração de líquidos
- 5.2. Existência de líquidos

## 6. RESPONSABILIDADES

- 6.1. Pela implementação da Norma: Enfermeiros do Equipamento
- 6.2. Pela auditoria à execução da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto
- 6.3. Pela revisão da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Dada a necessidade de aumentar a ingestão hídrica dos residentes com vista à redução da prevalência e da incidência da obstipação, é aplicada a Norma de Procedimento. Esta norma tem como objectivo calcular as necessidades hídricas de

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>	
	<b>Procedimento para Aumento da Ingestão Hídrica</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº	00	
	11/2013	00/00/00		


<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

cada residente com recurso a uma matriz criada, após adaptação de ABRAMS e KEVLAR (1996):

<b>Kg</b>	<b>Litros</b>	<b>Canecas</b>	<b>Seringas (60ml)</b>
<b>38</b>	1,190	4	20
<b>45</b>	1,275	5	22
<b>51</b>	1,446	5-6	24
<b>57</b>	1,786	6	30
<b>64</b>	1,981	7	33
<b>70</b>	2,179	7-8	37
<b>76</b>	2,377	8	40
<b>83</b>	2,575	9	43
<b>89</b>	2,773	10	46
<b>95</b>	2,971	10-11	50
<b>102</b>	3,136	11	52

Esta matriz é utilizada como um guia para auxiliar os residentes a atingirem a optimização da ingestão de líquidos nos intervalos das refeições. Os níveis de actividade devem ser tomados em conta.

**APÊNDICE III**  
**Norma de Orientação 1.0 - Registo de Dejecções dos**  
**Residentes**


		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUHAL		<b>NO.01.0</b>	
Orientação para o Registo das Dejeções dos Residentes	<i>PROCESSO</i>		<i>MO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		<i>Nº</i>	00	1/3
			11/2013	-	

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DA NORMA

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR:</i>	<i>APROVADO POR:</i>
Tiago Nascimento	Equipa Clínica/Equipa de Enfermagem  <i>DATA:</i>	Directora OSP  <i>DATA:</i>

		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NO.01.0</b>	
<b>Orientação para o Registo das Dejecções dos Residentes</b>	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº	00	2/3
			11/2013	00/00/00	

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## 1. OBJECTIVOS

- 1.1. Registrar de forma sistemática e com a maior acuidade possível, o tipo de fezes eliminado pelos residentes

## 2. APLICAÇÃO

- 2.1. Enfermeiros do Equipamento
- 2.2. Assistentes de Lar e Centro de Dia do Equipamento

## 3. REFERÊNCIAS

- 3.1. Bristol Stool Chart

## 4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

- 4.1. OSP – Obra Social do Pousal
- 4.2. SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

## 5. REQUISITOS


- 5.1. Norma de Registo 1 (Registo das Dejecções dos Residentes)

## 6. RESPONSABILIDADES

- 6.1. Pela implementação da Norma: Enfermeiros do Equipamento
- 6.2. Pela auditoria à execução da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto
- 6.3. Pela revisão da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Com vista à continuidade de registos e orientação na monitorização sistemática das dejecções, é aplicada a Escala Bristol da Forma das Fezes que irá apoiar quer a Equipa de Enfermagem, quer as ALCD's a registarem de forma mais específica a consistência das fezes.

		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NO.01.0</b>	
<b>Orientação para o Registo das Dejeções dos Residentes</b>	<i>PROCESSO</i>		<i>MO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº 11/2013	00 -	3/3

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014


*Escala de Bristol para a Consistência das Fezes*

Tipo	Imagem	Definição	Tipologia
1		Bolinhas separadas e duras, como amendoins, difíceis de passar	Obstipação
2		Forma de salsicha, mas segmentada	
3		Forma de salsicha, mas com fendas na superfície	Consistência ideal
4		Forma de salsicha ou cobra, lisa e macia	
5		Pedaços moles, contornos nítidos e fáceis de passar	Ligeiramente mole demais
6		Massa pastosa e fofa, com bordos irregulares	Mole demais
7		Totalmente líquida, sem pedaços sólidos	

Fonte: Adaptado de Martinez e Azevedo (2012), de NHS Dudley (2009) e de Heaton e Lewis (1997)

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR:</i>	<i>APROVADO POR:</i>
Tiago Nascimento	Equipa Clínica/Equipa de Enfermagem DATA:	Directora OSP DATA:

**APÊNDICE IV**  
**Norma Registo 1.0 - Registo das Dejecções dos Residentes**


	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUHAL		<b>NR.01.0</b>
	<b>Registo das Dejeções dos Residentes</b>	<i>PROCESSO</i> Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2012	Publicação Inicial	10/2013

## SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DA NORMA

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR:</i>	<i>APROVADO POR:</i>
Tiago Nascimento	Equipa Clínica/Equipa de Enfermagem DATA:	Directora OSP DATA:

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NR.01.0</b>	
	Registo das Dejeções dos Residentes	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº 11/2012	00 00/00/00	2/5

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2012	Publicação Inicial	10/2013

## 1. OBJECTIVOS

- 1.1. Registrar de forma sistemática e com a maior acuidade possível, o tipo de fezes eliminado pelos residentes

## 2. APLICAÇÃO

- 2.1. Enfermeiros do Equipamento
- 2.2. Assistentes de Lar e Centro de Dia do Equipamento

## 3. REFERÊNCIAS

- 3.1. Bristol Stool Chart

## 4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

- 4.1. OSP – Obra Social do Pousal
- 4.2. SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

## 5. REQUISITOS


- 5.1. Norma de Orientação 1

## 6. RESPONSABILIDADES

- 6.1. Pela implementação da Norma: Enfermeiros do Equipamento
- 6.2. Pela auditoria à execução da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto
- 6.3. Pela revisão da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Com vista à continuidade de registos e orientação na monitorização sistemática das dejeções, é aplicada a seguinte folha de registo com suporte na Norma de Registo 2 para auxílio e orientação no preenchimento.

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NR.01.0</b>	
	<b>Registo das Dejecções dos Residentes</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº 11/2012	00 00/00/00	


RESUMO DE REVISÃO		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REV.
11/2012	Publicação Inicial	10/2013

**Instruções de Preenchimento:**

1. Preencher o campo referente à Ala respectiva (Amarela, Azul, Laranja, Rosa, Vermelha)
2. Preencher o campo referente ao mês
3. Preencher os nomes dos residentes da Ala respectiva
4. Preencher, em cada turno, a quadrícula respectiva ao residente, da seguinte forma:
  - 4.1. N – Sem dejecções
  - 4.2. 1 – Dejecção Tipo 1
  - 4.3. 2 – Dejecção Tipo 2
  - 4.4. 3 – Dejecção Tipo 3
  - 4.5. 4 – Dejecção Tipo 4
  - 4.6. 5 – Dejecção Tipo 5
  - 4.7. 6 – Dejecção Tipo 6
  - 4.8. 7 – Dejecção Tipo 7
  - 4.9. Caso o residente tenha tido uma dejecção em grande quantidade, ou mais do que uma vez, colocar, no canto superior direito do número, o símbolo “+” (mais).  
Ex.: 3+
  - 4.10. Caso o residente tenha tido uma dejecção em pequena quantidade colocar, no canto superior direito do número, o símbolo “-“ (menos). Ex.: 4-
5. Caso exista uma dejecção do tipo 1,2, 6 ou 7, a ALCD deve avisar o(a) Enfermeiro(a)

**Nota:** no início de cada mês deve ser entregue, pela Equipa de Enfermagem, em cada Ala, a folha de preenchimento, devendo esta ser recolhida no final do mesmo mês para arquivo




	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NR.01.0</b>
	<i>PROCESSO</i>	<i>MO</i>	
Registo das Dejecções dos Residentes	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	Nº	00
		11/2012	-
<i>RESUMO DE REVISÃO</i>			
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>	
11/2012	Publicação Inicial	10/2013	

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR:</i>	<i>APROVADO POR:</i>
Tiago Nascimento	Equipa Clínica/Equipa de Enfermagem	Directora OSP
	<i>DATA:</i>	<i>DATA:</i>

## **APÊNDICE V**

### **Norma Registo 2.0 - Registo de Intervenção de Enfermagem**


	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NR.02.0</b>	
	<b>Registo da Intervenção de Enfermagem no Episódio de Obstipação</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>MO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		<i>Nº</i> 11/2013	00 -	1/4

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DA NORMA

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR:</i>	<i>APROVADO POR:</i>
<i>Tiago Nascimento</i>	Equipa Clínica/Equipa de Enfermagem <i>DATA:</i>	Directora OSP <i>DATA:</i>

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NR.02.0</b>		
	<b>Registo da Intervenção de Enfermagem no Episódio de Obstipação</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº	00		2/4
		11/2013	00/00/00		

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## 1. OBJECTIVOS

- 1.1. Registrar de forma sistemática os procedimentos relacionados com a obstipação dos residentes

## 2. APLICAÇÃO

- 2.1. Enfermeiros da Equipamento
- 2.2. Assistentes de Lar e Centro de Dia do Equipamento

## 3. REFERÊNCIAS

## 4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

- 4.1. OSP – Obra Social do Pousal
- 4.2. SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

## 5. REQUISITOS

- 5.1. Existência de folhas de registo de procedimentos


## 6. RESPONSABILIDADES

- 6.1. Pela implementação da Norma: Enfermeiros do Equipamento
- 6.2. Pela auditoria à execução da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto
- 6.3. Pela revisão da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Com vista à continuidade de registos e orientação na monitorização sistemática das dejeções e das medidas a implementar em caso de obstipação, conforme fluxograma (F1), é criada a seguinte folha de registo.




	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUAL		<b>NR.02.0</b>
	<b>Registo da Intervenção de Enfermagem no Episódio de Obstipação</b>	<i>PROCESSO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		<i>Nº</i>	<i>00</i>
	11/2013	00/00/00	4/4

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## **APÊNDICE VI**

### **Norma Orientação 2.0 - Fluxograma de Tomada de Decisão**


	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUHAL		<b>NO.02.0</b>	
	Fluxograma de Tomada de Decisão	<i>PROCESSO</i>	<i>MO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº 11/2013	00 -	1/5

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DA NORMA

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR:</i>	<i>APROVADO POR:</i>
<i>Tiago Nascimento</i>	Equipa Clínica/Equipa de Enfermagem  <i>DATA:</i>	Directora OSP  <i>DATA:</i>

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NO.02.0</b>	
	<b>Fluxograma de Tomada de Decisão</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº	00	2/5
	11/2013	00/00/00		

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## 1. OBJECTIVOS

- 1.1. Apoiar a tomada de decisão da equipa de enfermagem no que concerne à prevenção e tratamento da obstipação

## 2. APLICAÇÃO

- 2.1. Enfermeiros do Equipamento
- 2.2. Equipa Médica do Equipamento
- 2.3. Assistentes de Lar e Centro de Dia do Equipamento

## 3. REFERÊNCIAS

## 4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS


- 4.1. OSP – Obra Social do Pousal
- 4.2. SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

## 5. REQUISITOS

- 5.1. Norma de Orientação 1.0
- 5.2. Norma de Procedimento 1.0
- 5.3. Norma de Procedimento 2.0
- 5.4. Norma de Procedimento 3.0
- 5.5. Norma de Procedimento 4.0
- 5.6. Norma de Procedimento 5.0
- 5.7. Norma de Procedimento 6.0
- 5.8. Norma de Registo 1.0
- 5.9. Norma de Registo 2.0

## 6. RESPONSABILIDADES

- 6.1. Pela implementação da Norma: Enfermeiros do Equipamento
- 6.2. Pela auditoria à execução da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto


	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NO.02.0</b>	
	<b>Fluxograma de Tomada de Decisão</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº	00	3/5
	11/2013	00/00/00		

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

### 6.3. Pela revisão da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Com vista ao apoio à tomada de decisão da Equipa de Enfermagem no que concerne à prevenção e tratamento da obstipação, é implementado o Fluxograma de Tomada de Decisão (ANEXO I) que visa orientar e discriminar os vários passos a tomar e os documentos a utilizar com vista à sistematização e correcta monitorização de todos os procedimentos.

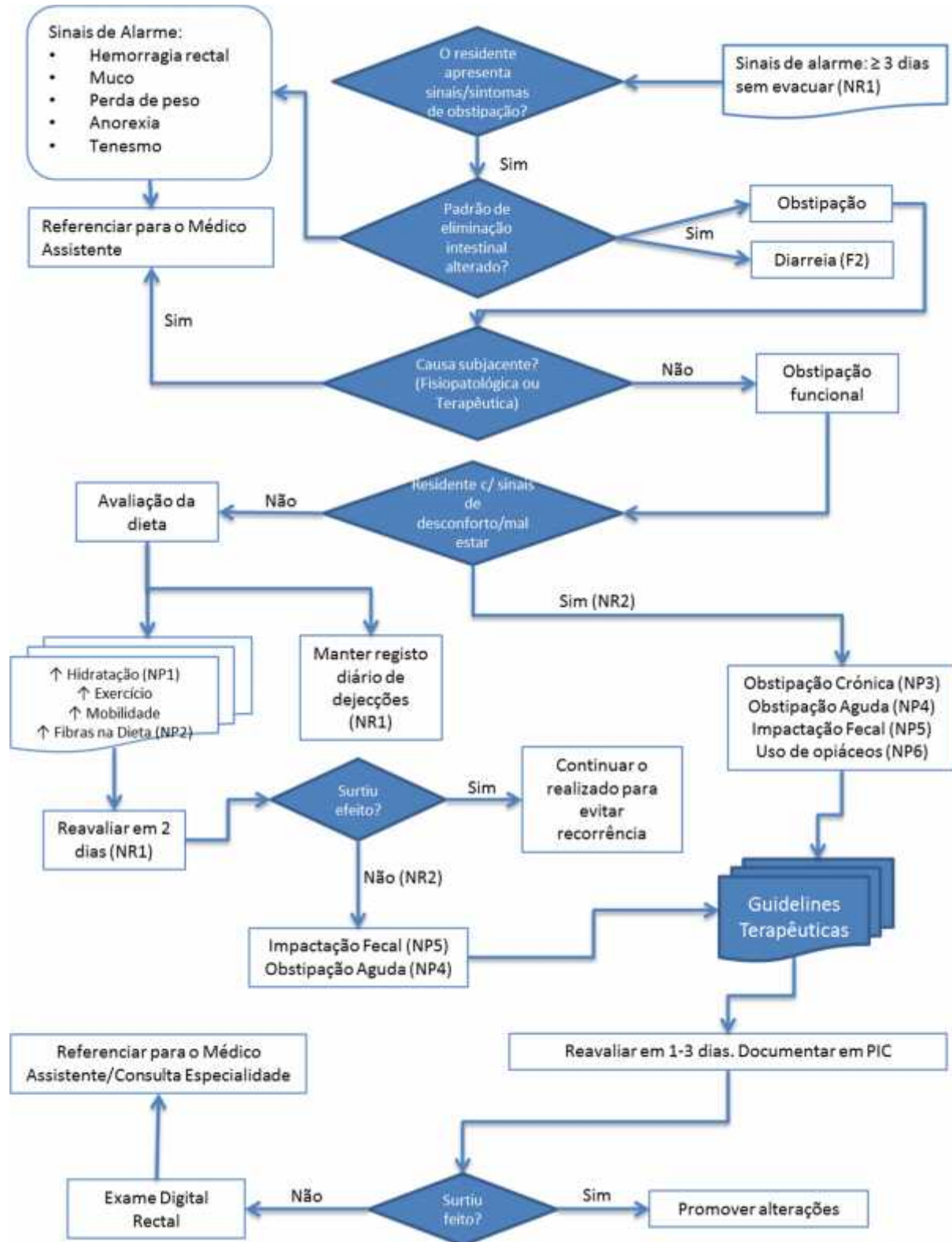
	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NO.02.0</b>	
	<b>Fluxograma de Tomada de Decisão</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº	00	4/5
	11/2013	00/00/00		

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014


## ANEXO I – Fluxograma

Fluxograma de Tomada de Decisão	PROCESSO		REVISÃO		FOLHA
	Guielines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº	00	5/5
			11/2013	00/00/00	

RESUMO DE REVISÃO		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REV.
11/2013	Publicação Inicial	10/2014



**APÊNDICE VII**  
**Norma Procedimento 3.0 - Obstipação Crónica**


	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.03.0</b>
	<b>Procedimento para Tratamento de Obstipação Crónica</b>	<i>PROCESSO</i> Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	<i>MO</i> Nº                      00 11/2013                      -

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DA PROCEDIMENTO
8. PROCEDIMENTO PARA TRATAMENTO DA OBSTIPAÇÃO CRÓNICA
9. ANEXOS

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR:</i>	<i>APROVADO POR:</i>
<i>Tiago Nascimento</i>	Equipa Clínica/Equipa de Enfermagem  <i>DATA:</i>	Directora OSP  <i>DATA:</i>

		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.03.0</b>
<b>Procedimento para Tratamento de Obstipação Crónica</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	Nº 11/2013	00 00/00/00	2/7

RESUMO DE REVISÃO		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REV.
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## 1. OBJECTIVOS

1.1. Realizar o Tratamento da Obstipação Crónica

## 2. APLICAÇÃO

2.1. Enfermeiros do Equipamento

2.2. Assistentes de Lar e Centro de Dia do Equipamento

## 3. REFERÊNCIAS

3.1. Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia

3.2. National Health System

3.3. INFARMED

## 4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

4.1. OSP – Obra Social do Pousal

4.2. SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

## 5. REQUISITOS

5.1. Fluxograma 1 (SCML – OSP)

5.2. Norma de Registo 1 (SCML – OSP)

5.3. Norma de Procedimento 1 (SCML – OSP)

5.4. Norma de Procedimento 2 (SCML – OSP)

5.5. Norma de Registo 2 (SCML – OSP)


## 6. RESPONSABILIDADES

6.1. Pela implementação da Norma: Enfermeiros do Equipamento

6.2. Pela auditoria à execução da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto

6.3. Pela revisão da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.03.0</b>
<b>Procedimento para Tratamento de Obstipação Crónica</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	Nº 11/2013	00 00/00/00	3/7

RESUMO DE REVISÃO		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REV.
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

A obstipação é definida pela Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (2012), como a dificuldade persistente em evacuar, a evacuação em grande esforço, a necessidade de recorrer a manobras digitais para ajudar a saída das fezes, ou se há duas ou menos evacuações por semana (ou se houve uma redução recente do número de evacuações habitual) e tem como consequência a emissão de fezes duras e fragmentadas, sensação persistente de mal-estar e desconforto no abdómen.

No caso da obstipação crónica esta é definida pelo NHS (2009) como uma obstipação prolongada por causa medicamentosa ou condição de longa duração, física ou patológica.


## 8. PROCEDIMENTO PARA TRATAMENTO DA OBSTIPAÇÃO CRÓNICA

### 8.1. Pressupostos:

- 8.1.1. Validação da Norma de Registo 1 (Registo das Dejecções dos Residentes)
- 8.1.2. Aplicação da Norma de Procedimento 1 (Procedimento para Aumento da Ingestão Hídrica)
- 8.1.3. Aplicação da Norma de Procedimento 2 (Procedimento para Aumento da Ingestão das Fibras)
- 8.1.4. Início do Preenchimento da Norma de Registo 2 (Registo da Intervenção de Enfermagem no Episódio de Obstipação)


**NOTA IMPORTANTE:** Em residentes com diagnóstico de obstipação crónica deve ser administrado plantago ovago + tegumentos de isphagula (Agiocur® - ANEXO I) (uma saqueta de manhã e uma à tarde) – tempo para efeito esperado: 1 a 2 dias

- **1ª LINHA** - Administrar macrólidos (Movicol® - Anexo II) (1-3 saquetas diárias) – tempo para efeito esperado: 1-3 dias
- **2ª LINHA** - Se não resultar, administrar lactulose (Laevolac® - ANEXO III) (15 ml, duas vezes por dia, diariamente) – tempo para efeito esperado: 2-3 dias

		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.03.0</b>
Procedimento para Tratamento de Obstipação Crónica	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	Nº 11/2013	00 00/00/00	4/7


<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

Se após a 2ª LINHA, o residente não evacuar, avançar para o Exame Digital Rectal, tal como referido no Fluxograma 1 – Prevenção e Tratamento da Obstipação.

		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.03.0</b>
Procedimento para Tratamento de Obstipação Crónica	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	Nº 11/2013	00 00/00/00	5/7


<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## ANEXO I

		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.03.0</b>
Procedimento para Tratamento de Obstipação Crónica	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	Nº 11/2013	00 00/00/00	6/7

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## ANEXO II


		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.03.0</b>
Procedimento para Tratamento de Obstipação Crónica	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	Nº 11/2013	00 00/00/00	7/7

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

### ANEXO III

## **APÊNDICE VIII**

### **Norma Procedimento 4.0 - Obstipação Aguda**


		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.04.0</b>
Procedimento para Tratamento de Obstipação Aguda	<i>PROCESSO</i>	<i>MO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	<i>Nº</i> 11/2013	00 -	1/10

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DA PROCEDIMENTO
8. PROCEDIMENTO PARA TRATAMENTO DA OBSTIPAÇÃO AGUDA
9. ANEXOS

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR:</i>	<i>APROVADO POR:</i>
Tiago Nascimento	Equipa Clínica/Equipa de Enfermagem DATA:	Directora OSP DATA:

		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.04.0</b>
<b>Procedimento para Tratamento de Obstipação Aguda</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	Nº 11/2013	00 00/00/00	2/10

RESUMO DE REVISÃO		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REV.
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## 1. OBJECTIVOS

1.1. Realizar o Tratamento da Obstipação Aguda

## 2. APLICAÇÃO

2.1. Enfermeiros do Equipamento

2.2. Assistentes de Lar e Centro de Dia do Equipamento

## 3. REFERÊNCIAS

3.1. Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia

3.2. National Health System

3.3. INFARMED

## 4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

4.1. OSP – Obra Social do Pousal

4.2. SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

## 5. REQUISITOS

5.1. Fluxograma 1 (SCML – OSP)

5.2. Norma de Registo 1 (SCML – OSP)

5.3. Norma de Procedimento 1 (SCML – OSP)

5.4. Norma de Procedimento 2 (SCML – OSP)


5.5. Norma de Registo 2 (SCML – OSP)

## 6. RESPONSABILIDADES

6.1. Pela implementação da Norma: Enfermeiros do Equipamento

6.2. Pela auditoria à execução da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto

6.3. Pela revisão da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.04.0</b>		
	<b>Procedimento para Tratamento de Obstipação Aguda</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº	00		3/10
		11/2013	00/00/00		

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A obstipação é definida pela Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (2012), como a dificuldade persistente em evacuar, a evacuação em grande esforço, a necessidade de recorrer a manobras digitais para ajudar a saída das fezes, ou se há duas ou menos evacuações por semana (ou se houve uma redução recente do número de evacuações habitual) e tem como consequência a emissão de fezes duras e fragmentadas, sensação persistente de mal-estar e desconforto no abdómen.

No caso da obstipação aguda esta é definida pelo NHS (2009) como uma obstipação que ocorre subitamente por razões como a ida de férias, antibioterapia, cirurgia, gravidez, deficiente ingestão de líquidos e/ou fibras, e pode ser alterado pela modificação dos hábitos de vida.


## 8. PROCEDIMENTO PARA TRATAMENTO DA OBSTIPAÇÃO AGUDA

### 8.1. Pressupostos:

- 8.1.1. Validação da Norma de Registo 1 (Registo das Dejecções dos Residentes)
- 8.1.2. Aplicação da Norma de Procedimento 1 (Procedimento para Aumento da Ingestão Hídrica)
- 8.1.3. Aplicação da Norma de Procedimento 2 (Procedimento para Aumento da Ingestão das Fibras)
- 8.1.4. Início do Preenchimento da Norma de Registo 2 (Registo da Intervenção de Enfermagem no Episódio de Obstipação)

**NOTA IMPORTANTE:** Pode ser administrado citrato de sódio rectal (Microlax® - Anexo I) concomitantemente com todas as linhas (1 clister – 5ml), tempo para efeito esperado: 5-15 minutos.

- **1ª LINHA** - Administrar Senosido A+B Oral (Pursennide® - Anexo II) (2-4 comprimidos à noite) – tempo para efeito esperado entre 8 a 12 horas

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.04.0</b>		
	<b>Procedimento para Tratamento de Obstipação Aguda</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº	00		4/10
		11/2013	00/00/00		

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014


- **2ª LINHA** - Se não resultar, administrar supositório de glicerina (ANEXO III) ou clister de gelatina + glicerina (Dagragel® - Anexo IV) (1 supositório ou 1 clister) – tempo para efeito esperado: 15 minutos
- **3ª LINHA** - Se não houver resultados após o procedimento em 8.3., administrar docusato de sódio + sorbitol (Clyss-Go® - Anexo V) – tempo para efeito esperado: 30 minutos
- **4ª LINHA** - Se não houver dejectão após o procedimento em 8.4., administrar bisacodilo 5mg comprimidos, via oral (Dulcolax® - Anexo VI) (1-2 comprimidos à noite) – tempo para efeito esperado: 10-12 horas. Administrar opcionalmente ou concomitantemente bisacodilo 10mg supositório, via rectal (Dulcolax®) (Administrar 1 supositório de manhã) – tempo para efeito esperado: 20 a 60 minutos

Se após a 4ª LINHA, o residente não evacuar, avançar para o Exame Digital Rectal, tal como referido no Fluxograma 1 – Prevenção e Tratamento da Obstipação.

		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.04.0</b>
Procedimento para Tratamento de Obstipação Aguda	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação	Nº 11/2013	00 00/00/00	5/10


<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## ANEXO I

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.04.0</b>
	<b>Procedimento para Tratamento de Obstipação Aguda</b>	<i>PROCESSO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº 11/2013	00 00/00/00


RESUMO DE REVISÃO		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REV.
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## ANEXO II

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.04.0</b>
	Procedimento para Tratamento de Obstipação Aguda	<i>PROCESSO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº 11/2013	00 00/00/00


RESUMO DE REVISÃO		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REV.
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

### ANEXO III

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.04.0</b>
	<b>Procedimento para Tratamento de Obstipação Aguda</b>	<i>PROCESSO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº 11/2013	00 00/00/00


RESUMO DE REVISÃO		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REV.
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## ANEXO IV

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.04.0</b>
	<b>Procedimento para Tratamento de Obstipação Aguda</b>	<i>PROCESSO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº 11/2013	00 00/00/00

RESUMO DE REVISÃO		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REV.
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## ANEXO V


	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.04.0</b>
	<b>Procedimento para Tratamento de Obstipação Aguda</b>	<i>PROCESSO</i>	
Guidelines para Prevenção e Tratamento da Obstipação		Nº 11/2013	00 00/00/00

RESUMO DE REVISÃO		
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REV.
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## ANEXO VI

## **APÊNDICE IX**

### **Norma Procedimento 1.0 - Avaliação das Úlceras de Pressão**


	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>
	<b>Procedimento para Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão</b>	<i>PROCESSO</i>	
Guidelines para Prevenção e Avaliação das Úlceras de Pressão		Nº 11/2013	00 -

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DA NORMA
8. ANEXOS

<i>CONTROLO DE PUBLICAÇÃO</i>		
<i>ELABORADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR:</i>	<i>APROVADO POR:</i>
<i>Tiago Nascimento</i>	Equipa Clínica/Equipa de Enfermagem <i>DATA:</i>	Directora OSP <i>DATA:</i>

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>	
	<b>Procedimento para Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Avaliação das Úlceras de Pressão		Nº 11/2013	00 00/00/00	

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## 1. OBJECTIVOS

- 1.1. Avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão nos residentes do equipamento

## 2. APLICAÇÃO

- 2.1. Enfermeiros do Equipamento
- 2.2. Assistentes de Lar e Centro de Dia do Equipamento

## 3. REFERÊNCIAS

- 3.1. Orientação nº017/2011 de 19/05/2011 da Direcção Geral de Saúde

## 4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

- 4.1. OSP – Obra Social do Pousal
- 4.2. SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

## 5. REQUISITOS


- 5.1. Existência de Escala de Braden para Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão
- 5.2. Existência do Instrumento de Avaliação da Pele

## 6. RESPONSABILIDADES

- 6.1. Pela implementação da Norma: Enfermeiros do Equipamento
- 6.2. Pela auditoria à execução da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto
- 6.3. Pela revisão da Norma: Enfermeiro Gestor de Projecto

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

As úlceras de pressão constituem-se como um problema de saúde pública diminuindo a qualidade de vida dos clientes e trazendo custos para os clientes e demais

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>	
	<b>Procedimento para Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Avaliação das Úlceras de Pressão		Nº 11/2013	00 00/00/00	

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

instituições. A avaliação do risco das úlceras de pressão torna-se fulcral na prevenção e na gestão de medidas que possam atenuar/eliminar as probabilidades do aparecimento de úlceras reduzindo, simultaneamente, o aparecimento de outras comorbilidades. A avaliação do risco de úlceras de pressão permite assim sistematizar um procedimento essencial para a garantia da qualidade dos cuidados.


A dinâmica da instituição necessita da estrita colaboração das ALCD's com a equipa de Enfermagem para que, caso existam alterações visíveis do estado da pele, estas possam ser comunicadas à Equipa de Enfermagem promovendo uma célere actuação.

## **7.1. Pressupostos para Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão**

- 7.1.1. Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos residentes, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do residente. (DGS, 2011)
- 7.1.2. Os resultados obtidos através da Escala devem ser registados em processo clínico.
- 7.1.3. Deve ser feita uma reavaliação mensal do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, ou quando existirem alterações no estado clínico do residente.

## **7.2. Operacionalização da Escala de Braden (DGS, 2011)**

- 7.2.1. A Escala de Braden é constituída por seis subescalas.
  - 7.2.1.1. As subescalas têm como objetivo a avaliação das seguintes dimensões: Perceção sensorial, Humidade da pele, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Forças de Deslizamento;

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>	
	<b>Procedimento para Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Avaliação das Úlceras de Pressão		Nº 11/2013	00 00/00/00	

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

7.2.1.2. O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão);

7.2.1.3. O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 6 e 23.

7.2.2. Paralelamente à aplicação da Escala de Braden, é avaliado o estado da pele através do instrumento de avaliação da pele

7.2.3. Devem ser considerados os seguintes níveis de risco:

7.2.3.1. Alto risco

7.2.3.1.1. Existência de alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, por um ou mais que um fator de risco. Deve ser avaliado de acordo com o prazo estabelecido nos pressupostos.

7.2.3.1.2. Recomenda-se que cada uma das subescalas deva ser analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.


7.2.3.2. Baixo risco

7.2.3.2.1. Baixa probabilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão nos *scores* de fatores de risco - deverá manter-se uma vigilância de acordo com o indicado anteriormente. O facto de estar categorizado como de baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão não significa que não esteja em risco.

7.2.3.2.2. O juízo clínico do profissional deve fazer sempre parte desta avaliação.

7.2.3.3. Deve ser feita a avaliação do estado da pele:

7.2.3.3.1. As características e tipo de alterações relacionadas com a integridade cutânea devem ser avaliadas com o instrumento da avaliação da pele

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>	
	<b>Procedimento para Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Avaliação das Úlceras de Pressão		Nº 11/2013	00 00/00/00	

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

7.2.3.3.2. As úlceras de pressão são classificadas segundo o Sistema de Classificação da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) / *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP)

7.2.3.3.3. Recomenda-se que a avaliação do estado da pele seja realizada durante os cuidados de higiene ou conforto à pele.

### **7.3. Sistema Classificação da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) / *European Pressure Ulcer/Advisory Panel* (EPUAP)**

7.3.1. Definição de úlcera de pressão:

7.3.1.1. É uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea.

7.3.1.2. Esta lesão é resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e as forças de torção

7.3.2. São categorias das úlceras de pressão:

7.3.2.1. Categoria I: Eritema não branqueável

7.3.2.1.1. Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea.

7.3.2.1.2. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor.


7.3.2.1.3. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.

7.3.2.1.4. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros.

7.3.2.1.5. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.


7.3.2.2. Categoria II: perda parcial da espessura da pele

7.3.2.2.1. Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo.

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>	
	<b>Procedimento para Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Avaliação das Úlceras de Pressão		<i>Nº</i> 11/2013	00 00/00/00	


<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

- 7.3.2.2.2. Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.
- 7.3.2.2.3. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose.
- 7.3.2.2.4. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriações.
- 7.3.2.2.5. Equimose é indicador de lesão profunda.
- 7.3.2.3. Categoria III: Perda total da espessura da pele
- 7.3.2.3.1. Perda total da espessura tecidular.
- 7.3.2.3.2. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos.
- 7.3.2.3.3. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados.
- 7.3.2.3.4. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.
- 7.3.2.3.5. A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica.
- 7.3.2.3.6. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial.
- 7.3.2.3.7. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.
- 7.3.2.4. Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos
- 7.3.2.4.1. Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos.

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>	
	<b>Procedimento para Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Avaliação das Úlceras de Pressão		Nº 11/2013	00 00/00/00	

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

- 7.3.2.4.2. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico.
- 7.3.2.4.3. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas.
- 7.3.2.4.4. A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica.
- 7.3.2.4.5. Na asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos estas úlceras podem ser superficiais.
- 7.3.2.4.6. Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável.

	SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>	
	<b>Procedimento para Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão</b>	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	
Guidelines para Prevenção e Avaliação das Úlceras de Pressão		<i>Nº</i> 11/2013	00 00/00/00	8/10

<i>RESUMO DE REVISÃO</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial	10/2014

## ANEXOS

		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>	
<b>Procedimento para Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão</b>	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Avaliação das Úlceras de Pressão		<i>Nº</i>	00	9/10
		11/2013	00/00/00		
<b>RESUMO DE REVISÃO</b>					
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>				<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial				10/2014

**ANEXO I**  
**ESCALA DE BRADEN**

		SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA OBRA SOCIAL DO POUSAL		<b>NP.01.0</b>	
<b>Procedimento para Avaliação do Risco das Úlceras de Pressão</b>	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Guidelines para Prevenção e Avaliação das Úlceras de Pressão		<i>Nº</i>	00	10/10
		11/2013	00/00/00		
<b>RESUMO DE REVISÃO</b>					
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>				<i>DATA PRÓX. REV.</i>
11/2013	Publicação Inicial				10/2014

**ANEXO II**  
**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE**

**APÊNDICE X**

**Planeamento da Sessão - ALCD's - Registo de Dejecções**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Gestão em Enfermagem

# Formação em Serviço – Registo das Dejecções dos Residentes

Plano da Sessão

**Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – Obra Social do Pousal**

*Docente Orientador: Professor Doutor Pedro Lucas*

2013



**Orientações Gerais:**

**Datas da Sessão:** 4 a 10 de novembro de 2013 (15h00 e 22h00)

**Local:** Sala de Passagem de Ocorrências das ALCD's

**Duração da Sessão:** 20 min.

*Definição do público-alvo:*

Ajudantes de Lar e Centro de Dia a prestarem cuidados diretos aos residentes da instituição.

*Objectivo Geral:*

- Apresentar e implementar as Normas de Orientação e de Registo das Dejeções dos Residentes

*Objectivos Específicos:*

*Que o público-alvo seja capaz de:*

- Identificar o tipo de dejeção recorrendo à Escala de Bristol;
- Registar com acuidade o tipo de dejeção do residente;
- Compreender as situações que envolvam a sinalização pela ALCD da dejeção à equipa de enfermagem.

*Metodologia:*

- Expositiva:
  - Apresentação das Normas acima descritas;
  - Apresentação da Escala de Bristol;
- Interativa:
  - Discussão da temática com as ALCD's.
  - Esclarecimento de dúvidas relativamente ao tipo de dejeção e tipo de registo;
  - Validação do registo das dejeções dos residentes em documento próprio.

Registo das Dejecções dos Residentes

Obra Social do Pousal - SCML

	Conteúdos	Formadores	Métodos	Duração
<b>Introdução</b>	<p>Apresentação</p> <p>Tema</p> <p>Finalidade</p> <p>Metodologia</p>	Tiago Nascimento	Expositivo	5 min
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Apresentação da Norma de Orientação 1.0 - Registo de Dejecções dos Residentes</p> <p>Apresentação da Norma de Registo 1.0 - Registo das Dejecções dos Residentes</p>	Tiago Nascimento	Expositivo	10 min
<b>Conclusão</b>	<p>Síntese</p> <p>Validação do Registo das Dejecções dos Residentes</p> <p>Esclarecimento de dúvidas.</p>	Tiago Nascimento	Expositivo/Int erativo	5 min

*Avaliação da Sessão:*

A sessão foi de encontro aos objetivos propostos tendo sido manifestado pelas ALCD's a compreensão da importância do registo das dejecções e valorizado a utilização de imagens, especialmente na apresentação da Escala de Bristol. Foi realizado em conjunto o registo das dejecções em cada momento de formação.

**APÊNDICE XI**

**Planeamento da Sessão - Enfermeiros - Implementação de  
*Guidelines* Obstipação**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Gestão em Enfermagem

# Formação em Serviço - Implementação do Projeto de Prevenção e Tratamento da Obstipação

Plano da Sessão

**Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – Obra Social do Pousal**

**Docente Orientador:** *Professor Doutor Pedro Lucas*

2013



**Orientações Gerais:**

**Datas da Sessões:**

19 de novembro de 2013 – 15h00 (4 elementos)  
19 de novembro de 2013 – 22h00 (1 elemento)  
21 de novembro de 2013 – 15h00 (3 elementos)  
23 de novembro de 2013 – 15h00 (1 elemento)  
25 de novembro de 2013 – 15h00 (1 elemento)

**Local:** Gabinete de Enfermagem

**Duração da Sessão:** 20 min.

*Definição do público-alvo:*

Enfermeiros da Obra Social do Pousal

*Objectivo Geral:*

- Apresentar e implementar as normas que orientam e conceptualizam o projeto de prevenção e tratamento da obstipação.

*Objectivos Específicos:*

- Apresentar a temática da obstipação;
- Apresentar as Normas de Orientação e Registo associadas ao projeto;
- Discutir a implementação das Normas com a equipa;
- Esclarecer as dúvidas relativamente ao Projeto com a equipa;

*Metodologia:*

- Expositiva:
  - Apresentação das Normas para a Prevenção e o Tratamento da Obstipação;
- Interativa:
  - Discussão da temática com os enfermeiros;
  - Esclarecimento de dúvidas relativamente ao tipo de intervenções e tipo de registo;

	Conteúdos	Formadores	Métodos	Duração
<b>Introdução</b>	Apresentação Tema Finalidade Metodologia	Tiago Nascimento	Expositivo	5 min
<b>Desenvolvimento</b>	Apresentação das Normas de Orientação e Registo	Tiago Nascimento	Expositivo	10 min
<b>Conclusão</b>	Síntese Esclarecimento de dúvidas.	Tiago Nascimento	Expositivo/Interativo	5 min

*Avaliação da Sessão:*

A sessão foi de encontro aos objetivos propostos tendo sido manifestado pelos Enfermeiros a necessidade de sistematizar a informação relativa à obstipação bem como criar normas que permitam homogeneizar as práticas atualmente instituídas. Outro dos pontos positivos foi o facto de o registo de terapêutica laxante passar a ser normalizado. Os colegas contribuíram de uma forma extremamente importante naquelas que eram várias experiências anteriores relativamente a esta temática, que permitirão uma melhor adequação do projeto à realidade da instituição.