



Sandra Isabel Ramos
Contreiras Lobato

Relatório de Trabalho de Projeto

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente com dor no Serviço de Urgência

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

Dezembro 2013



Sandra Isabel Ramos
Contreiras Lobato

Relatório de Trabalho de Projeto

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente com dor no Serviço de Urgência

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

Dezembro 2013

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

O candidato,

Setúbal, de de

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

O(A) orientador(a),

Setúbal, de de

“A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma.”

John Ruskin

AGRADECIMENTOS

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

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

Um agradecimento especial à amiga e colega Mónica pela sua amizade, compreensão, disponibilidade e capacidade de escuta para ultrapassarmos todos os momentos difíceis.

A todos os participantes no projeto (profissionais de saúde), agradecemos a sua colaboração.

Por fim, um agradecimento muito especial à família pela sua paciência e palavras de conforto nas alturas mais difíceis.

RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal, do Instituto Politécnico de Setúbal, foram realizados três estágios que decorreram no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.

Integrado nos mesmos foram equacionadas duas dimensões, uma direcionada para o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e outra para o desenvolvimento de um Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC), com a finalidade de promover um espaço de aprendizagem que conduzisse ao desenvolvimento de Competências Comuns e Especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O PIS incidiu na formação da equipa de enfermagem relativamente à importância da avaliação e registo da dor, nas escalas instituídas no Serviço de Urgência Geral, na construção de um protocolo de enfermagem de atuação para alívio da dor e na elaboração de um folheto para a equipa de enfermagem alusivo às Intervenções não farmacológicas no alívio da dor.

O PAC surgiu, em paralelo com o PIS, como uma forma de organizar e planear os conhecimentos que nos propunha-mos adquirir/desenvolver com base no enquadramento concetual e enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, no Enquadramento Concetual de Enfermagem Médico-Cirúrgica e ainda no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista, em particular ao nível das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Como tal, criámos um dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Barreiro, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas, elaborámos Póster relacionado com a lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação Não Invasiva e realizámos formação às assistentes operacionais relativamente à lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação Não Invasiva.

Palavras-chave: Dor, Escalas de avaliação da intensidade da dor, Intervenções não farmacológicas no alívio da dor, Competências, Trabalho de Projeto e Enfermagem Médico-Cirúrgica

ABSTRACT

For Master degree in Medical-Surgical Nursing at the school of health of Setúbal, of the Institute Polytechnic of Setúbal, were carried out three stages that took place in the emergency room of a Hospital Centre on the southern shore of the Tagus.

Integrated in them were addressed two dimensions, one directed to the development of an Intervention Project in Service (IPS) and another for the development of a Competencies Learning Project (CAP), with the purpose of promoting a learning space that led to the development of Common and specialized Skills in Medical-Surgical Nursing.

The IPS focused on training of nursing staff regarding the importance of the evaluation and registration of the pain, in the scales imposed on General emergency room, in the construction of a nursing Protocol of action for pain relief and in the preparation of the team of nursing brochure depicting non-pharmacologic interventions to relieve pain.

The CAP has emerged, in parallel with the IPS, as a way of organizing and planning the knowledge which we proposed them acquire/develop based on conceptual framework and descriptive statements of the quality standards of nursing care of the Nurses in the Conceptual Framework of medical-surgical Nursing and also in the Regulation of competencies of Nurse Specialist, in particular at the level of specific competence of nurses in nurse specialist person in critical condition.

As such, we have created a thematic dossier about potentially dangerous products used in industrial context the municipality of Barreiro, respective safety data sheets and care in toxicological emergencies, Poster produced related to toxicological washing, disinfection and Assembly of non-invasive ventilation masks and held operational assistants training concerning washing, disinfection and Assembly of non-invasive ventilation masks.

Keywords: Pain, Rating scales of intensity of pain, Non-pharmacological interventions to relieve pain, Competencies, Project work and Medical-Surgical Nursing

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	17
1 - ENQUADRAMENTO CONCETUAL	21
1.1 – Qualidade dos Cuidados de Saúde	21
1.2 – Teoria do Conforto	23
1.3 – Dor	26
2 – PROJETO INTERVENÇÃO NO SERVIÇO	37
2.1 - Diagnóstico de Situação.....	39
2.2 - Objetivos	44
2.3 - Planeamento/ Cronograma Inicial	46
2.4 - Execução/ Avaliação/ Cronograma Final	49
2.4.1 – Análise das competências desenvolvidas	53
3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS	65
3.1 - Diagnóstico de Situação.....	66
3.2 - Planeamento/ Cronograma Inicial	72
3.3 - Execução/ Avaliação/ Cronograma Final	74
3.3.1 – Análise das competências desenvolvidas	80
4 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	85
5 - CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS	97
BIBLIOGRÁFICAS	97
ELETRÓNICAS	103
APÊNDICES	105
APÊNDICE I – Ficha de diagnóstico de situação.....	106
APÊNDICE II – Pedido de autorização	112
APÊNDICE III - Questionário	114
APÊNDICE IV – Consentimento Informado.....	122
APÊNDICE V – Tratamento e Análise dos dados	124
APÊNDICE VI – Análise SWOT	144
APÊNDICE VII – Planeamento do projeto e cronograma inicial.....	146
APÊNDICE VIII – Dossier Temático da dor.....	156

APÊNDICE IX - Divulgação da ação de formação – “A importância da avaliação e registo da dor como 5º sinal vital”	176
APÊNDICE X – Plano de sessão da ação de formação – “A importância da avaliação e registo da dor como 5º sinal vital”	178
APÊNDICE XI – Diapositivos da ação de formação – “A importância da avaliação e registo da dor como 5º sinal vital”	182
APÊNDICE XII – Resumo de bolso das regras de avaliação da dor	191
APÊNDICE XIII – Protocolo não farmacológico no alívio da dor.....	193
APÊNDICE XIV – Folheto – Intervenções não farmacológicas no alívio da dor	197
APÊNDICE XV – Cronograma final do Projeto de Intervenção em Serviço.....	199
APÊNDICE XVI – Trabalho Supervisão de Cuidados	203
APÊNDICE XVII – Projeto de Aprendizagem de Competências	247
APÊNDICE XVIII – Cronograma inicial do Projeto de Aprendizagem de Competências	252
APÊNDICE XIX – Relatório de estágio do Gabinete de Gestão de Risco.....	257
APÊNDICE XX – Dossier Temático das Matérias Perigosas	267
APÊNDICE XXI – Diapositivos da ação de formação “Matérias perigosas e urgências toxicológicas – Cuidados a ter”	292
APÊNDICE XXII – Relatório de estágio da Comissão de Controlo e Infecção Hospitalar	298
APÊNDICE XXIII - Poster – Lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de ventilação não invasiva do bipap	308
APÊNDICE XXIV – Divulgação da ação de formação “Descontaminação e manuseamento de material e/ou equipamento hospitalar”	310
APÊNDICE XXV – Plano de sessão da ação de formação “Descontaminação e manuseamento de material e/ou equipamento hospitalar”	312
APÊNDICE XXVI – Diapositivos da ação de formação “Descontaminação e manuseamento de material e/ou equipamento hospitalar”	316
APÊNDICE XXVII – Cronograma final do Projeto de Aprendizagem de Competências	322
APÊNDICE XXVIII – Artigo “Prevenção e controlo da dor como 5º sinal vital - o papel do enfermeiro no Serviço de Urgência”	327
ANEXOS	339
ANEXO I – Folha de avaliação da ação de formação	340

0 – INTRODUÇÃO

A realização deste Trabalho de Projeto enquadra-se no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal, e pretende relatar o trabalho desenvolvido ao longo de três estágios que foram realizados no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, sob a orientação tutorial da Sr.^a Prof. E. M. e da Sr.^a Enf.^a Especialista T. L., que decorreram nos períodos de 26 de Setembro de 2011 a 8 de Fevereiro de 2012 e de 19 de Março a 11 de Julho de 2012, com um total de 864 horas.

Como nos refere Fortin (1999) os relatórios são obras que dão conta dos principais componentes de uma investigação, como o problema, os objetivos, quadro de referência, métodos e resultados obtidos. Fornecem uma descrição sucinta e organizada das atividades realizadas, permitindo uma análise e avaliação do trabalho desenvolvido, efetuando a ligação entre a teoria e a prática.

Um relatório é uma exposição oral ou escrita, objetiva e minuciosa, de um assunto (Dicionário Universal de Língua Portuguesa, 2010).

No decorrer dos estágios supracitados, foram equacionadas duas dimensões, uma direcionada para o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e outra para o desenvolvimento de um Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC), com a finalidade de promover um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O trabalho desenvolvido no âmbito do PIS teve como base a Metodologia de Projeto, que segundo Ferrito (2010, p.2) *“baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência”*.

O Trabalho de Projeto é, *“fundamentalmente, um modus operandi, uma estratégia que implica um método de ação (...) Procura-se, através dele, encontrar respostas para determinados problemas. Investigar e propor soluções pressupõe a alteração de situações*

previamente identificadas, isto é, uma análise-diagnóstico do estado real das coisas, com o desejo/projeto de mudar qualitativamente pelo menos alguns aspetos do status quo, percorrendo várias etapas.” (<http://aulaportugues.no.sapo.pt/trabalhoprojecto.htm>).

Deste modo a área desenvolvida no PIS incidiu em melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente com dor no Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, uma vez que o controlo eficaz da dor é um dos deveres dos profissionais de saúde, de forma a minimizar as suas consequências e garantir o conforto e bem-estar da pessoa. Como tal, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser realizada de forma contínua e regular à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida do doente.

O PAC surgiu, em paralelo com o PIS, como uma forma de organizar e planear os conhecimentos que nos propunha-mos adquirir/desenvolver com base no enquadramento concetual e enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, no Enquadramento Concetual de Enfermagem Médico-Cirúrgica e ainda no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista, em particular ao nível das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Como tal criámos um dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Barreiro, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas, elaborámos Póster relacionado com a lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação Não Invasiva e realizámos formação às assistentes operacionais relativamente à lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação Não Invasiva.

Nesta perspetiva, este trabalho tem como objetivos refletir analiticamente sobre os estágios realizados e relatar as respetivas atividades realizadas no âmbito do PIS e PAC. Descrever as competências mobilizadas e desenvolvidas com a realização do PIS e do PAC, e fazer uma análise reflexiva acerca das competências de mestre desenvolvidas ao longo do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este documento para além da introdução divide-se em cinco partes distintas, na primeira parte realizamos um enquadramento conceptual que está subjacente ao trabalho desenvolvido, onde constam os conceitos que suportam o trabalho e ainda a abordagem à

Teoria do Conforto que norteia o trabalho.

Na segunda parte é descrito o desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), que engloba, definição do problema, diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação do mesmo. Descrevemos e analisamos as atividades desenvolvidas no âmbito do PIS e realizamos a análise da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista da pessoa em situação crítica.

Na terceira parte expomos o nosso Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC), no qual descrevemos as aprendizagens e as atividades desenvolvidas que permitiram adquirir e consolidar as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

A quarta parte relaciona todo o trabalho realizado e as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

E para finalizar este trabalho apresentamos a conclusão, na qual realizamos a síntese do mais significativo e dificuldades sentidas.

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual é um processo racional e sistemático, que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas identificados, tendo por base o desenvolvimento de conhecimentos de forma geral acerca de determinados fenómenos que serão examinados em determinado estudo/projeto (Fortin, 1996).

1.1 – Qualidade dos Cuidados de Saúde

Atualmente está fortemente assumida a necessidade de implementar sistemas de qualidade, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (OE, 2001).

Segundo Ribeiro *et al*, (2005, p. 1) *“a qualidade nos cuidados de saúde justifica-se por várias razões, entre as quais destacam-se as de ordem social (existe cada vez maior exigência e expectativas por parte dos doentes), ética (exigência ao nível de formação e conhecimentos), profissional (desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados) e económicas (racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma Cultura da Qualidade na Saúde) ”*.

Para a Associação Internacional de Epidemiologia, a Qualidade nos cuidados de saúde é considerada como um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada, consistindo na contribuição do serviço para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou qualquer forma de resultado dos problemas de saúde dos doentes. Significa ainda o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços, medido através de comparação com parâmetros aprofundados ou critérios de avaliação (auditoria/monitorização). Exige pois uma visão partilhada por todos, norteada por valores como os de solidariedade, de competência técnica e humana, conceptuais e de integridade. Procura a criação de um projeto integrado naquilo que se quer que o serviço seja, uma liderança efetivamente mobilizadora, a definição de prioridades, a fixação de objetivos (de qualidade, claros, precisos, realistas e mensuráveis). Para além disto, promove a

implementação de sistemas de trabalho que respeitam o que é importante para os beneficiários, através da auscultação sobre o grau de satisfação dos doentes e profissionais (Ribeiro, 2006).

Relativamente à enfermagem, cabe à Ordem dos Enfermeiros (OE) o papel essencial na definição de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e o papel de acompanhamento da prática, de forma a promover um exercício profissional da enfermagem que responda aos mais elevados níveis de exigência (OE, 2001).

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

De acordo com André e Rosa (1997), por cuidados de saúde de qualidade entendem-se os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. Nesta perspetiva, a satisfação do doente opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflete as visões dos utilizadores, tanto sobre as características do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas.

A satisfação do doente é um dos principais indicadores da Qualidade dos Cuidados de Saúde, reconhecido pela OE e definida, numa das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados de enfermagem, como “*na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes*” (OE, 2001, p. 11).

Como tal, em 2005, a OE concebe o Programa de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que se trata de uma iniciativa do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros e visa promover, nas instituições aderentes, a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Consideramos que a definição de padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem permite, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e do desenvolvimento pessoal e profissional, que servem de base estrutural a uma reflexão e análise da prática profissional (OE, 2002).

Pelo que torna-se importante a realização de projetos de melhoria contínua da

qualidade em enfermagem, por parte dos enfermeiros. Pois os enfermeiros no dever da sua profissão devem mobilizar os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a Qualidade dos Cuidados e Serviços de Enfermagem (OE, 2009).

1.2 - Teoria do Conforto

Toda a prestação de cuidados de enfermagem necessita de uma conceptualização teórica subjacente, pois acreditamos que a definição explícita do modelo sobre o qual assenta o exercício da enfermagem numa situação específica vai afetar diretamente a prestação de cuidados de enfermagem ao doente, sendo por isso essencial.

Como nos refere Cowan (2002) um modelo é uma descrição simplificada de um sistema, isto é, um modo de descrever o que se faz e o que se pode fazer. Por outro lado, uma teoria é uma suposição ou um sistema de ideias baseado em princípios gerais que fornece uma explicação para algo.

Uma teoria de Enfermagem possibilita organizar o conhecimento, promovendo o pensamento crítico de forma a guiar a prática dos cuidados, é “ (...) *o guia de toda a prática (...)* ”, que descreve e sustenta o processo de Cuidar em Enfermagem (Pearson e Vaughan, 1992, p.8).

O uso das teorias auxilia os enfermeiros a definirem o seu campo de ação, a melhorar o conhecimento da realidade e, conseqüentemente, a adequar os seus cuidados à pessoa. Como definido por Alligood e Tomey (2004, p.17) “ (...) *A teoria permite-lhes organizar e compreender o que se passa na prática, analisar criticamente a situação do doente para a tomada de decisão clínica, planear o tratamento e propor as intervenções de Enfermagem apropriadas (...).*”

Nesta linha de pensamento escolhemos uma teoria de médio alcance para nortear todo o trabalho desenvolvido no decorrer dos estágios realizados no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através da qual podemos compreender o nível mais abstrato do conhecimento, pois apresenta pormenores da prática de enfermagem e é desenvolvida a partir de temas de investigação qualitativa, que passaremos a explicar.

Muitas vezes a sensação de dor é referida como sinónimo de desconforto. Por outro lado, vários autores relacionam a ausência de dor ao conceito de conforto definindo-o

como “sensação de bem-estar mental e físico, isento de dor, desejo ou ansiedade”; “estado relaxados” “emoções positivas, livres de extrema tensão e dor, têm uma sensação de relaxamento”; “estado de bem-estar (...) como alívio temporário da dor” ou “cuidado para aliviar dores e desconfortos, ou tornar alguém livre de ameaças (...) internas ou externas” (Leininger, 1985 citado por Mussi, 1996, p.255). Assim o alívio da dor consiste num dos meios de garantir conforto aos doentes (Dowd 2004 citando Hamilton 1989). Neste sentido, optámos pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Consideramos a escolha desta Teoria pertinente para suportar todo o trabalho a desenvolver em estágio, nomeadamente o PIS, pois atenuar a dor é proporcionar o conforto do doente, e porque a dor, tal como os outros sinais vitais é importante para a avaliação global do doente, sendo fundamental para delinear os cuidados de enfermagem que este necessita.

A dor é referida por Kolcaba como um desconforto multidimensional afetado por componentes sensoriais, cognitivos, afetivos, psicoespirituais, socioculturais e ambientais (Kolcaba, 2010 citando Melzak e Wall, 1982).

Na teoria do conforto Kolcaba (2010) define vários conceitos:

- **Enfermagem:** avaliação das necessidades de conforto; prestação de medidas de conforto para essas necessidades e reavaliação dos níveis de conforto de forma intuitiva e/ou subjetiva (por exemplo: questionar o doente se está confortável) ou objetiva (por exemplo: observação física de lesões cutâneas). O Enfermeiro deve identificar as necessidades de conforto dos doentes não satisfeitas e prestar medidas de conforto que as satisfaçam, promovendo o conforto.
- **Saúde:** funcionamento ótimo do doente, família ou comunidade, conforme definido pelos próprios.
- **Doente:** refere-se a indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitam de cuidados de saúde.
- **Ambiente:** todo o aspeto relacionado com o doente ou meios institucionais que podem ser manipulados pelos Enfermeiros para melhorar o conforto.

O conforto encontra-se desde sempre como componente essencial da enfermagem, constituindo um tema de grande relevância para a disciplina, pela perspetiva de missão, de proficiência profissional ou resultado.

Kolcaba (2003) define Conforto como o nível imediato de estar fortalecido através de ter as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência tratadas nos quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental), como uma condição vivida pelas pessoas que recebem medidas de conforto, ou seja, é uma experiência imediata e holística fortalecida através da satisfação das necessidades de conforto no contexto duma experiência específica.

No desenvolvimento da teoria e ao testá-la Kolcaba pesquisou a percepção de conforto holístico em quatro grandes princípios: *“1.O conforto é geralmente próprio de uma condição”, ou seja a situação específica em que um doente se encontra, 2.O resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo, variando no mesmo doente ao longo do tempo, 3.Qualquer intervenção de enfermagem holística, consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo e 4.O conforto total é maior que a soma das suas partes”* (Dowd, 2004, p.484).

Segundo Kolcaba (2003) o conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. A tranquilidade é o estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente. A transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar e resolver os seus problemas.

Os três estados de conforto descritos desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico que pertence às sensações corporais; o contexto sociocultural que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto psico-espiritual que se refere à consciencialização interna de si próprio, incluindo a estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida e pode também abranger um relacionamento do indivíduo com uma ordem mais alta ou ser superior e, por último, o contexto ambiental que envolve a sua relação com o meio e as influências externas (Kolcaba, 2003).

Além de tudo o que foi referido anteriormente, pensamos ser fundamental mencionar que nos identificamos com este modelo teórico, visto ser abrangente, o que proporciona a sua aplicação em todos os contextos de prestação de cuidados, nomeadamente no serviço de urgência. A este serviço, os doentes recorrem por variadas patologias, porém o conforto está sempre subjacente aos cuidados prestados.

Pelo facto de nos identificarmos com esta teoria decidimos utilizar, ao longo de todo o trabalho desenvolvido em estágio, o termo doente à pessoa alvo dos cuidados, tal como defende Kolcaba. Sendo também o termo com que nos identificamos na nossa prática.

1.3 – Dor

A dor é uma das experiências humanas mais partilhadas e uma das principais fontes de sofrimento das pessoas, tornando-as frágeis e vulneráveis ao meio ambiente (Le Breton, 2007).

A 14/06/2003, a Direção Geral de Saúde (DGS) divulga a Circular Normativa n.º 09 que prevê a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, instituindo a dor como 5º sinal vital.

O controlo eficaz da dor é um dos deveres dos profissionais de saúde, de forma a minimizar as suas consequências e garantir o conforto e bem-estar da pessoa, para tal, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser realizada de forma contínua e regular à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida do doente (Antunes *et al*, 2009).

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo no seu estado físico e psicossocial. Esta é, sem dúvida, uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolve vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais.

Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida. Portanto, a avaliação da dor constitui uma premissa na prática do enfermeiro, procurando um cuidado individualizado e dirigindo-se à causa desencadeante da dor a fim de aliviá-la (Rigotti e Ferreira, 2005).

A International Association for the Study of Pain (IASP, 1994, p.291-292) define dor, como *“uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma*

lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão". Esta definição tem como efeito a capacidade de a dor afetar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspetos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) refere que a dor deve ser classificada de acordo com a temporalidade e a fisiopatologia da mesma. A sua classificação possibilita a aquisição de informações importantes sobre a sua origem e realizar o plano terapêutico adequado ao tipo de dor.

A Ordem dos Enfermeiros (2008, p.25) define a dor aguda como um tipo de dor de *"início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal"*.

Normalmente este tipo de dor é um episódio transitório que avisa a pessoa de que alguma coisa está mal.

A dor crónica é definida como *"uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos."* (Plano Nacional de Luta Contra a Dor 2001, p.42).

No que concerne aos mecanismos geradores de dor e de acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) esta pode ser classificada em nociceptiva, neuropática e psicogénica:

- a nociceptiva é provocada por uma lesão tecidual contínua, estando o Sistema Nervoso Central íntegro.
- a neuropática deve-se a compromisso neurológico, sem lesão tecidual ativa.
- a psicogénica é um tipo de dor sem lesão tecidual ativa de origem psicossocial.

Na prática profissional quotidiana, deve-se aceitar que a dor é aquilo que a pessoa diz que sente, no entanto, por vezes é mal interpretada por parte dos profissionais de saúde, na medida em que não é valorizada corretamente. A queixa de dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta. A melhor forma de avaliar a

dor é confiando nas palavras e no comportamento do doente, aceitando que a dor existe.

Uma das estratégias a adotar é então a utilização sistemática de instrumentos de avaliação, que permitem evitar os erros de interpretação. Para além disso, o instrumento de avaliação deve ser seleccionado atendendo às características específicas da pessoa a que se destina, tendo em conta a especificidade de cada um, facilitando uma avaliação mais correta da dor (APED, 2007).

No geral, as boas práticas resultam da aplicação de linhas orientadoras fundamentadas pela evidência científica, com o intuito de obterem as melhores soluções na resolução de problemas específicos de saúde. Sendo o controlo da dor, um direito que assiste às pessoas e um dever dos profissionais de saúde, a Direcção-Geral da Saúde estabelece a dor como 5.º sinal vital, determinando que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, pois o sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. Para além disso, estratégias de educação, formação e ensino são essenciais para o desenvolvimento dessas boas práticas (OE, 2008).

Partindo do princípio que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas, em particular pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, é da competência do enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para alcançar esse objetivo. Inclusivamente, os enfermeiros são considerados profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, tendo todas as condições para promover e intervir no controlo da dor eficazmente (OE, 2008).

O enfermeiro, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, toma como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do doente, o bem-estar e o autocuidado (OE, 2001).

A OE (2008, p.13) referencia os seguintes princípios para a avaliação e controlo da dor, que vão de encontro com algumas das recomendações definidas no documento Nursing Best Practice Guideline - assessment & management of pain:

1. Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor;
2. A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica;
3. A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas;
4. A perceção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o

- processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida;
5. A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua;
 6. A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
 7. O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada;
 8. Os cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor;
 9. A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família;
 10. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida;
 11. Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;
 12. Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional;
 13. Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor;
 14. Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor.

Torna-se então premente mencionar as recomendações para a prática profissional dos enfermeiros, que são agrupadas no que diz respeito à prestação de cuidados, à formação e às políticas organizacionais (OE, 2008):

Prestação de Cuidados

Relativamente à prestação de cuidados à pessoa com dor esta envolve a avaliação, o controlo e o ensino, e todas as intervenções devem ser documentadas.

Como tal recomenda-se:

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o auto relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa

com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;

- Avaliar a dor de forma regular e sistemática pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com protocolos instituídos;
- Colher dados sobre a história de dor;
- Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais;
- Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação, considerando a ordem de prioridade;
- Assegurar a compreensão das escalas de auto relato pela pessoa/cuidados principal/família, após ensino;
- Avaliar a dor nas crianças pré verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação;
- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;
- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção;
- Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objetivos da pessoa;
- Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração;
- Envolver a pessoa / cuidador principal / família / na definição e reajustamento do plano terapêutico;
- Ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis;

- Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas;
- Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica;
- Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;
- Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
- Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas;
- Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica;
- Selecionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível;
- Ensinar acerca da dor e das medidas de controlo;
- Instruir e treinar para o auto-controlo na utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas;
- Ensinar acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
- Instruir sobre as medidas de controlo dos efeitos colaterais dos opióides;
- Ensinar sobre os mitos que dificultam o controlo da dor;
- Instruir sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
- Fornecer informação escrita que reforce o ensino;
- Incluir informação da história de dor no suporte de registo da apreciação inicial;
- Registrar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso pelos serviços prestadores de cuidados;
- Registrar sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico;
- Fornecer à pessoa / cuidador principal / família uma estratégia simples de documentar no domicílio o efeito da terapêutica analgésica e seus efeitos

colaterais;

- Promover a utilização de um diário de dor como facilitador do auto-controlo e da continuidade dos cuidados (OE, 2008).

Formação

No que se refere à dor, a aquisição e atualização de conhecimentos torna-se uma responsabilidade que deve ser partilhada tanto pelas instituições de ensino, como as de prestação de cuidados, bem como pelos enfermeiros individualmente.

Portanto recomenda-se:

- Incluir nos currículos da formação, pré e pós-graduada em Enfermagem, as matérias recomendadas pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) para a formação dos enfermeiros;
- Planear a formação contínua de forma a garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da dor, e a incorporação de novas práticas;
- Incluir nos programas de integração de enfermeiros nas instituições as políticas e as orientações da organização para a avaliação e controlo da dor;
- Incluir na formação em contexto de trabalho, a reflexão sobre as práticas de cuidados (OE, 2008).

Políticas Organizacionais

A realidade do controlo da dor emerge do compromisso das instituições de saúde. São os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde que devem promover políticas organizacionais de controlo da dor.

Logo recomenda-se:

- Explicitar na política organizacional o compromisso de promover o controlo da dor;
- Definir indicadores de qualidade e implementar sistemas de auditoria para avaliação da qualidade no controlo da dor;
- Divulgar a existência das unidades de dor e das condições de acesso junto das instituições de saúde, seus profissionais e utilizadores;

- Instituir a abordagem multidisciplinar no controlo da dor;
- Adotar guias de boa prática e elaborar normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor;
- Implementar sistemas de documentação que suportem uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da dor;
- Garantir a articulação e a partilha de informação entre serviços e níveis de cuidados de forma a assegurar a continuidade do controlo da dor;
- Criar condições para o ensino e participação da pessoa / cuidador principal / família na avaliação e controlo da dor;
- Garantir a presença de enfermeiros com formação e treino adequado, a tempo completo nas unidades de dor;
- Adotar na metodologia de organização de trabalho, o enfermeiro de referência, para o efetivo controlo da dor;
- Incluir os enfermeiros na elaboração e revisão das políticas, guias e normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor;
- Proporcionar a todos os enfermeiros da organização o acesso regular a programas de formação em serviço acerca da avaliação e controlo da dor;
- Promover o acesso a programas de formação avançada sobre dor, em particular aos enfermeiros que trabalham em unidades de dor crónica;
- Promover a realização de estudos que conduzam à inovação dos cuidados de Enfermagem na avaliação e controlo da dor (OE, 2008).

De forma a atender estes critérios o enfermeiro dispõe de um vasto leque de escalas de avaliação da intensidade da dor que se adequam às diversas necessidades da população (OE, 2008):

Escala Visual Analógica – Qualquer idade > 6 anos de idade. Consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha e o local assinalado pela pessoa, obtendo-se a classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Escala de Avaliação Numérica – Aplicada a qualquer pessoa que identifique a

dimensão dos números. Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima”;

Escala Qualitativa - solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

Escala de Faces – para crianças com mais de 4 anos de idade. É solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.

Escala FLACC (*Face, Leggs, Activity, Cry, Consolability*) – aplicada a crianças, pela sua facilidade de aplicação.

Escala DOLOPLUS2 – é uma escala comportamental de avaliação da dor da pessoa idosa que apresenta dificuldades em comunicar verbalmente. É uma escala multidimensional, que avalia as repercussões somáticas, psicomotoras e psicossociais. Está validada para a população portuguesa.

Não são apenas os profissionais de saúde que exercem funções no âmbito do controlo da dor, também as instituições de saúde têm a responsabilidade de elaborar ou adotar normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor, implementar sistemas de documentação que suportem uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da dor, promover o acesso a programas de formação sobre dor, definir indicadores de qualidade e implementar sistemas de auditoria para avaliação da qualidade no controlo da dor (OE, 2008).

Segundo o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) a terapêutica da dor deve envolver não só medidas farmacológicas, mas também, medidas não farmacológicas, tais

como: a reeducação do doente, estimulação elétrica transcutânea, técnicas de relaxamento e bio feedback, a abordagem cognitivo-comportamental, exercício ativo e passivo, entre outras.

De acordo com Pimenta (2000) o controlo da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, que atuem nos diversos componentes da dor. De acordo com a autora, estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos doentes e cuidadores para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo da situação e incentivar a sua participação e responsabilização no tratamento.

Nem todas as técnicas não farmacológicas substituem os analgésicos, porém, em doentes que necessitem de tratamento farmacológico podem ser adjuvantes úteis na redução da dosagem da medicação e na diminuição da dor enquanto a medicação não produz efeito (Watt-Watson, 2003).

Para Dias (2007) as técnicas não farmacológicas podem resolver algumas situações de controlo e tratamento da dor, enquanto noutras mais complexas, estas técnicas podem ser um complemento fundamental na recuperação plena do bem-estar da pessoa. E isto sem os efeitos secundários associados, muitas vezes, aos tratamentos farmacológicos.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) recomenda que o enfermeiro deve utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e que estas devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. Classifica as intervenções não farmacológicas em físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional.

Ao considerarmos a temática da dor muito importante para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente, desenvolvemos o nosso PIS no âmbito desta temática e que passaremos de seguida a descrever.

2 – PROJETO INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

A concretização de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) pretende promover o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho e a mobilização de competências, e neste caso concretamente o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Etimologicamente, o termo *projeto* deriva do latim: *projectare* – que significa lançar para a frente, atirar e terá surgido pela primeira vez no século XV. Assim como nos refere Ferrito (2010, p.3) “*projetar significa investigar um determinado tema, problema ou situação com o objetivo de conhecer e apresentar as interpretações dessa realidade*”.

O projeto, segundo Ferrito (2010) é um plano de trabalho que se organiza principalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar.

O trabalho desenvolvido no âmbito do PIS teve como base a Metodologia de Projeto. É de salientar que este é um método que permite ao investigador compreender melhor a realidade da população que é afetada pelo problema em questão, o que permite também uma melhor planificação e uma ação mais direta e dirigida para transformar e melhorar essa realidade. Isto confere ao projeto uma característica investigativa, produtora de conhecimento (a realidade) para os intervenientes (Leite *et al*, 2001).

O desenvolvimento do PIS decorreu no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, local onde se realizaram todos os estágios, pelo que faremos uma breve descrição da instituição e do serviço.

A instituição onde se desenvolveram os três estágios, já atrás mencionados, tem como **missão**, como definido no seu portal interno, assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamentos e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade dos cuidados aos cidadãos numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua. Para tal, promove de forma sistemática a satisfação dos doentes, dos profissionais e da comunidade respeitando o ambiente e procurando sinergias com outras instituições.

Os **valores** defendidos pela instituição são, Humanismo, Profissionalismo, Rigor, Inovação, Responsabilidade e Eficiência.

Tem como **objetivos** garantir o cumprimento das metas de produtividade constantes

do Contrato-Programa, garantir o cumprimento das metas de eficiência económico-financeira constantes do Contrato, garantir a Satisfação dos Doentes/Utentes e dos Parceiros Públicos e Privados, garantir a Satisfação dos Colaboradores do Hospital, dar continuidade a uma Política de Gestão Estratégica de Pessoas e dar continuidade às atividades conducentes à acreditação pela Joint Commission International na procura da Qualidade Total.

O Serviço de Urgência (SU) iniciou o seu funcionamento em Setembro de 1985, suportando várias alterações na sua estrutura física e organizativa ao longo dos anos. Estas alterações visam melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população e melhorar as condições de trabalho dos profissionais. Presentemente o SU, é dividido em três grandes áreas: Balcão, Diretos e Sala de Observação (SO) / Unidade Intermédia Polivalente de Agudos (UIPA), onde se prestam cuidados de saúde ao doente do foro médico, cirúrgico e traumatológico.

A área do Balcão é sobretudo uma área de observação pelas várias especialidades e encaminhamento. O doente é observado, faz medicação e exames auxiliares de diagnóstico e na maioria das vezes tem alta, medicado para o domicílio.

Os Diretos, é a área do SU onde se observam e/ou estabilizam os doentes que necessitam de intervenção imediata. Esta área é constituída pela Sala de Pequena Cirurgia, Sala de Inaloterapia e Sala de Reanimação/Emergência.

A área de internamento do SU integra duas salas distintas, o SO e a UIPA.

O SO é destinado preferencialmente à observação prolongada de doentes do foro médico-cirúrgico e ortopédico, por períodos inferiores a 24 horas. Apesar de não ser uma área preferencial para internamento, permite manter em observação sete doentes. Por vezes os doentes ficam também em maca no corredor (havendo capacidade para 6 macas, podendo ir até 16 ou mais).

A UIPA, a funcionar desde Junho de 2004, pretende dar resposta ao internamento e vigilância de doentes instáveis, com necessidade de cuidados diferenciados e tem uma lotação de oito camas, todas equipadas com monitorização não evasiva, duas delas com possibilidade de ventilação mecânica.

Sob o lema “Prioridade aos doentes mais urgentes”, o SU tem desde Novembro de 2006, a Triagem de Manchester. Esta possibilita definir prioridades no atendimento aos doentes, passando estes a ser atendidos de acordo com a sua situação clínica e não por

ordem de chegada.

A equipa de Enfermagem é formada por sessenta e um enfermeiros distribuídos por cinco equipas. Cada equipa tem dez elementos, incluindo o Enfermeiro Chefe de Equipa que, desempenha funções que englobam gestão de cuidados e gestão de recursos humanos e materiais. Os restantes enfermeiros praticam horário de manhãs e tardes e são um reforço das equipas.

O método de trabalho utilizado no Serviço de Urgência é por sector de trabalho, isto é, uma combinação entre o método individual de trabalho e o de equipa, em que cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados de enfermagem aos doentes do seu sector, que é previamente definido pelo enfermeiro chefe de equipa. No entanto, prevalece muitas vezes o trabalho em equipa, visto que em contexto de urgência é fundamental cooperação e complementaridade para uma atuação rápida e eficaz, na medida em que está dependente a vida dos doentes, na generalidade das situações.

Durante a realização dos estágios I e II, no serviço acima apresentado, foram realizados o diagnóstico de situação e o planeamento do PIS, tendo sido efetuado o preenchimento das fichas de diagnóstico de situação (Apêndice I) e do planeamento do projeto. Durante o estágio III foram executadas as atividades planeadas e respetiva avaliação, as quais passaremos a descrever de acordo com as etapas que constituem a metodologia de projeto.

2.1 – Diagnóstico de Situação

A dor é um fenómeno fisiológico de importância primordial para a integridade física do indivíduo. A importância da dor, especialmente no que se refere à dor aguda, firma no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Por outro lado, a dor, para além do sofrimento e da limitação da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que contribuem para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e podem levar à perpetuação do fenómeno doloroso (DGS, 2008).

Partindo do princípio que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas, em particular com sofrimento/dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, é da competência do enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para alcançar esse objetivo (OE, 2008).

Neste sentido, para intervir sobre a pessoa com dor, importa considerar como boa prática clínica a avaliação e registo regular da intensidade da mesma, até porque esta é ainda inúmeras vezes subestimada e, conseqüentemente, negligenciada, contribuindo dessa forma para a qualidade de vida das pessoas e humanização dos cuidados (DGS, 2003).

No Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, o desenvolvimento do projeto para implementação da avaliação e registo sistemático da dor teve início em 2005, com o processo de acreditação de qualidade deste hospital pela JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).

De forma a garantir a qualidade dos cuidados foram desenvolvidos impressos para monitorização da qualidade do processo. Anualmente os serviços da Instituição supracitada contratualizam com a direção de enfermagem o indicador de qualidade a atingir. O SU tem contratualizado uma percentagem de conformidade dos registos de avaliação da dor de 70%, no entanto, após análise das auditorias internas, verificou-se que no ano de 2010 só 31,5% dos registos estavam em conformidade e tendo em 2011 aumentado para o valor de 51,6% de conformidade (dados das auditorias internas da dor do SU deste Centro Hospitalar).

Nesta linha de ação, como auditores internos ao registo da dor no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar supracitado, verificámos, após análise dos resultados das auditorias internas dos anos anteriores e em entrevista não estruturada com a enfermeira coordenadora do SU (Enf.^a F.S.), que era premente desenvolver estratégias para sistematizar a avaliação da dor e obter a conformidade dos registos a todos os doentes internados. Por esta razão, propusemo-nos a perceber quais os motivos que levam à pouca adesão na avaliação/registo sistemático das escalas de avaliação da dor.

De forma a direcionar as intervenções para melhorar os resultados realizámos uma avaliação por dimensões dos impressos das auditorias para perceber onde incidia a maior não conformidade nos registos, e constatamos que incidia principalmente em três itens, na avaliação da dor na admissão do doente, na avaliação da dor uma vez por turno na ausência de dor e quando existe dor, no preenchimento da folha da avaliação inicial da dor.

Após verificação deste facto recorremos a algumas ferramentas diagnósticas de forma a permitir analisar de forma mais sistemática o problema.

Como tal, fez-se um pedido formal à Sr.^a Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência (Apêndice II) para aplicação de um questionário (Apêndice III), construído para esse fim, no respetivo serviço, no sentido de auscultar a equipa de enfermagem relativamente à não aderência por parte dos mesmos à avaliação e registo da dor. Optámos por um questionário, por ser um método de colheita de dados, que *“ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”* (Fortin, 1999, p.249).

Depois de termos obtido um parecer favorável, foi aplicado um pré-teste, que segundo FORTIN (1999, p.253), *“consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (...), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”*, a cinco enfermeiros das diferentes equipas, de forma a avaliar a eficácia e a pertinência do questionário antes de ser aplicado à equipa de enfermagem. Visto não se ter levantado qualquer dificuldade no seu preenchimento, aplicámos o questionário à equipa de enfermagem, no período de 12 a 14 de Janeiro de 2012, tendo a salientar que foram garantidas todas as questões éticas inerentes a qualquer estudo, particularmente, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade através de um consentimento livre e esclarecido (Apêndice IV) onde estava explanado o objetivo do projeto, onde se garantia o anonimato da sua identidade, a confidencialidade dos dados, e que esses dados recolhidos eram apenas utilizados para este projeto. Referindo Fortin (1999, p.114), *“a ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e da arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”*.

O questionário era composto por quatro partes, onde a primeira parte pretendia caracterizar a equipa de enfermagem relativamente à sua situação académica e profissional, a segunda tinha como objetivo conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem na área da dor, a terceira pretendia conhecer o grau de importância que os enfermeiros atribuem à avaliação e registo da dor e a quarta parte pretendia conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente à criação de protocolos na área da dor.

Apesar da equipa de enfermagem ser constituída por 61 enfermeiros foram

excluídos os 3 enfermeiros da área da gestão, porque normalmente não efetuam os registos de avaliação da dor, sendo então a população alvo constituída pelos enfermeiros a exercer funções na área da prestação direta de cuidados (58 enfermeiros), no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar. Como nos refere Fortin (1999, p.202), a população alvo é constituída *“pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”*.

A amostra final do estudo era constituída por 47 enfermeiros a exercer funções na área da prestação direta de cuidados (as limitações encontradas, para não se obter a totalidade da amostra, prenderam-se com a ausência dos enfermeiros do serviço por férias, licenças por doença e de maternidade).

Após a recolha dos questionários, procedeu-se ao tratamento e análise dos dados, com recurso ao programa informático Excel 2010 (Apêndice V).

Com base nos resultados obtidos constatou-se que 74% dos enfermeiros tinham formação na área da dor, mas 71% realizaram formação nesta área há 3 ou mais anos.

Quando questionados se as escalas instituídas no serviço eram as adequadas, 53% responderam que sim e 47% que não. Dos que responderam que não, 82% identificou a escala Doloplus como sendo a menos adequada.

Pelos dados obtidos, podemos inferir que a não avaliação da dor quer na admissão, quer uma vez por turno, era apontada por 30% dos enfermeiros devido a não possuírem formação na área.

Por outro lado, o não preenchimento da folha de avaliação inicial da dor, quando há dor, para 27% dos enfermeiros era apontado por falta de formação na área e para 45% por considerarem a folha como desajustada.

Pela análise dos resultados obtidos podemos também verificar que 57% dos enfermeiros não conhecia o Guia Orientador de Boa Prática na Dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros.

Relativamente ao grau de importância que a equipa de enfermagem atribui à existência de protocolos farmacológicos no Serviço de Urgência, 77% dos enfermeiros considerou bastante importante e 19% dos enfermeiros como muito importante. No que se refere ao grau de importância que atribuem à existência de protocolos não farmacológicos no Serviço de Urgência 51% dos enfermeiros consideram bastante importante, 21% como

muito importante e 19% como importante.

Face ao exposto definimos como problema: “Pouca adesão por parte da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo à avaliação/registo sistemático das escalas de avaliação da dor”.

Optámos também por aplicar uma ferramenta de avaliação da gestão, a análise SWOT (Apêndice VI), para suportar a identificação e validação do projeto, por forma a avaliar mais objetivamente o cenário e facilitar o posterior planeamento estratégico. Esta análise é efetuada através de um quadro (ambiente externo e interno), subdividido em quadrantes “*Ambiente interno (forças e fraquezas) e ambiente externo (oportunidades e ameaças)*” (Carvalho; Costa e Dominginhos, 2009, p.53).

Deste modo foram apontados como pontos fortes ser um projeto interno da instituição, fazer parte do plano de formação anual do serviço, a colaboração e envolvimento da Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, as folhas de avaliação e registo da dor fazerem parte do processo individual do doente, ser um indicador de qualidade dos Cuidados de Saúde e um projeto de baixo custo económico. Como pontos fracos considerámos as escalas de avaliação da dor instituídas no Serviço de Urgência pouco adequadas, a falta de formação da equipa de enfermagem e o desconhecimento por parte dos enfermeiros do Guia Orientador de Boa Prática na Dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros. Como oportunidades há a salientar, o dar cumprimento à Circular nº 9 da DGS e formar a equipa de enfermagem. Como ameaças identificámos a resistência por parte da equipa relativamente ao preenchimento de impressos, desmotivação da equipa de enfermagem, sobrecarga de trabalho e o risco do projeto não ser prioritário.

As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras alicerçadas pela evidência científica, com o objetivo de obterem as melhores soluções na resolução de problemas específicos de saúde. Sendo o registo sistemático da intensidade da dor um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental na qualidade dos serviços de saúde, a Direção Geral da Saúde estabelece a dor como 5.º sinal vital, determinando “*que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, pois o sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes*” (OE, 2008, p.9).

Na prática profissional quotidiana, deve-se aceitar que a dor é aquilo que a pessoa

diz que sente, no entanto, por vezes é mal interpretada por parte dos profissionais de saúde, na medida em que não é valorizada corretamente. A queixa de dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta. A melhor forma de avaliar a dor é confiando nas palavras e no comportamento do doente, aceitando que a dor existe.

Uma das estratégias a adotar é então a utilização sistemática de instrumentos de avaliação, que permitem evitar os erros de interpretação. Para além disso, o instrumento de avaliação deve ser selecionado atendendo às características específicas da pessoa a que se destina, tendo em conta a especificidade de cada um, facilitando uma avaliação mais correta da dor (APED, 2007).

Depois de analisado o problema geral, identificamos como problemas parcelares:

- a falta de formação na área temática;
- a inexistência de protocolos tanto não farmacológicos como farmacológicos de atuação no alívio da dor.

Foi então necessário definir prioridades, visto não ser possível satisfazer todas as necessidades em simultâneo, como tal, definimos as seguintes:

- realizar formação à equipa de enfermagem na área temática;
- dar a conhecer à equipa de enfermagem o Guia Orientador de Boa Prática na Dor, emanado pela Ordem dos Enfermeiros;
- elaborar protocolos farmacológicos e não farmacológicos de atuação para alívio da dor.

2.2 – Objetivos

Como nos refere Mão de Ferro (1999) os objetivos indicam os resultados que se pretende adquirir, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico.

Os objetivos na metodologia de projeto caracterizam-se como representações antecipadoras centradas na ação a realizar, ou seja, a determinação dos objetivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é inevitavelmente um ponto crucial

na conceção de projetos de ação (Barbier,1996).

Torna-se importante definir os objetivos segundo os diferentes níveis em que se enquadram. Mão de Ferro (1999) define objetivos gerais como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados. Devem ser formulados tendo em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir, dizendo geralmente respeito a competências amplas e complexas.

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

Assim após termos definido o problema e estabelecido as prioridades definimos os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Otimizar os registos de enfermagem referentes ao 5º sinal vital e contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.

Objetivos específicos

1 - Formar e treinar a equipa de enfermagem relativamente à importância da avaliação e registo da dor nas escalas instituídas no Serviço de Urgência Geral;

2 - Construir protocolos farmacológicos/ não farmacológicos de atuação para alívio da dor;

3 - Elaborar folheto para a equipa de enfermagem alusivo às Intervenções não farmacológicas no alívio da dor.

2.3 – Planeamento/ Cronograma inicial

Terminada a fase do diagnóstico de situação e enumerados os objetivos passamos à etapa seguinte na metodologia do projeto, o Planeamento do Projeto (Apêndice VII). O Planeamento é definido por Miguel (2006) como a terceira fase do ciclo de vida do Projeto, em que é efetuado um plano detalhado do projeto envolvendo as várias vertentes da gestão: engenharia do *software*, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade.

Nesta fase, realiza-se o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho, são, também, definidas as atividades a desenvolver e, ainda, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma (Hungler *et al*, 2001).

No que se refere à calendarização das atividades, o desenvolvimento do cronograma do projeto, pode ser um processo iterativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respetivas atividades a realizar durante o projeto. Partindo deste princípio é importante ter em conta que o desenvolvimento do cronograma pode impor a necessária revisão das estimativas de recursos e durações (Miguel, 2006). O mesmo autor refere que o desenvolvimento do cronograma apresenta-se como uma constante ao longo do projeto.

A fase do planeamento permitiu, de acordo com as informações recolhidas previamente e tendo em conta os objetivos delineados, determinar a estratégia do projeto, definir as linhas de ação, identificar os recursos, os constrangimentos e calendarizar as tarefas.

Para o primeiro objetivo específico, **formar e treinar a equipa de enfermagem relativamente à importância da avaliação e registo da dor nas escalas instituídas no Serviço de Urgência Geral** foram definidas as seguintes estratégias/atividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre a dor
- Criação de dossier temático sobre a dor;
- Construção de slides;
- Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora;
- Procede às alterações caso necessário;

- Marcação da sessão de formação;
- Elaboração de um plano de sessão;
- Divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros;
- Realização da formação;
- Avaliação da formação.

Como indicadores de avaliação para o objetivo acima referido projetamos o dossier temático da dor, o conjunto de slides, o cartaz de divulgação da ação de formação e o plano de sessão.

De modo a tornarmos o objetivo supracitado exequível consideramos ser pertinente usufruir de recursos humanos, tais como, a enfermeira coordenadora do serviço, a enfermeira orientadora, as enfermeiras responsáveis pela formação e a equipa de enfermagem do serviço, e recursos materiais como o suporte bibliográfico, material informático e sala de reuniões do Serviço de Urgência Geral.

Para o objetivo específico, **construção de protocolos farmacológicos/ não farmacológicos para alívio da Dor** as estratégias/atividades definidas foram:

- Pesquisa bibliográfica sobre protocolos;
- Reunião de serviço com a Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência e Diretor do Serviço de Urgência a fim de criar grupo de trabalho responsável pela realização do protocolo farmacológico;
- Reunião com Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência, Enf.^a Orientadora e Enfermeiro do grupo de trabalho da dor do Serviço de Urgência para realização do protocolo não farmacológico;
- Elaboração dos protocolos;
- Discussão com o grupo de trabalho;
- Procede às alterações, caso necessário;
- Pedido de autorização à Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência e Diretor do Serviço de Urgência para implementar os protocolos;
- Implementação dos protocolos.

Para este objetivo foram delineados como indicadores de avaliação os protocolos farmacológicos e os não farmacológicos. Usufruímos, como recursos materiais, do suporte bibliográfico e do material informático, e como recursos humanos, a enfermeira coordenadora do serviço, a enfermeira orientadora, as enfermeiras responsáveis pela formação, o grupo de trabalho da dor do serviço e o Diretor do Serviço.

Para o último objetivo específico **elaborar folheto para a equipa de enfermagem alusivo às Intervenções não farmacológicas no alívio da Dor** foram definidas as seguintes estratégias/atividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre as intervenções não farmacológicas no alívio da dor e sobre normas de elaboração de folhetos;
- Elaboração de folheto;
- Apresentação do folheto à Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf.^a Orientadora e ao Enfermeiro do grupo de trabalho da Dor do Serviço de Urgência;
- Procede às alterações, caso necessário;
- Procede ao pedido de autorização ao Conselho de Administração para implementação do folheto;
- Procede à impressão do folheto;
- Implementação do folheto.

Como indicador de avaliação para este objetivo foi definido o folheto. Os recursos que planeamos recorrer foram: os materiais, tais como, o suporte bibliográfico e o material informático, e os recursos humanos que englobavam a enfermeira coordenadora do serviço, a enfermeira orientadora, as enfermeiras responsáveis pela formação e o grupo de trabalho da dor do Serviço de Urgência.

Cientes que só poderemos fechar a linha de base do cronograma definitivamente no final da fase de planeamento já que a execução destes pode sempre levar a uma alteração ou outra nas atividades, no cronograma inicial (Apêndice VII) foram descritas as atividades a realizar, no entanto, as datas foram projetadas de forma a poderem ser sujeitas a algumas alterações, visto que a realização de um trabalho de projeto apresenta processos

interativos.

Nesta etapa do projeto também tivemos em consideração os recursos financeiros necessários para a concretização dos objetivos delineados, no entanto, não conseguimos definir o orçamento, para este projeto, pois os custos dos mesmos estiveram relacionados com material informático, rede de informação, material didático para sessões de formação, papel e impressora para a impressão de folhetos informativos, *posters*, entre outros.

Como constrangimentos possíveis salientamos a dificuldade em concretizar todas as atividades em tempo útil pelo que devemos definir atividades realizáveis para possibilitar o cumprimento das atividades previstas. Por outro lado, outro constrangimento prendeu-se com a pouca motivação da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral para participar em novos projetos, que para ultrapassá-lo equacionámos o envolvimento da equipa de enfermagem, dando-lhe a conhecer o nosso projeto e os respetivos objetivos e recolher as suas sugestões para a consecução do mesmo.

2.4 – Execução/ Avaliação/ Cronograma Final

A etapa de execução da Metodologia de Projeto preconiza a realização do que foi planeado, coloca em prática o que foi mentalmente esboçado, tornando-se numa situação real construída (Fortin, 1999).

No final do Projeto, a avaliação tem um papel decisivo. Esta avaliação deve avaliar o produto final (Leite et al., 1989).

Dada a abrangência deste trabalho de projeto, como já previamente referido, foi fundamental considerar as atividades planeadas, definir prioridades e por vezes reformular cronologicamente estratégias de forma a garantir a concretização dos objetivos específicos definidos. Seguidamente, realizamos uma descrição e avaliação de cada um dos referidos objetivos.

1º Objetivo – “Formar e treinar a equipa de enfermagem relativamente à importância da avaliação e registo da dor nas escalas instituídas no Serviço de Urgência Geral”

De acordo com o planeamento de atividades, iniciámos a pesquisa bibliográfica de acordo com os princípios da revisão sistemática da literatura sobre a área temática da dor, que foi realizada ao longo de toda a execução do projeto, para garantir um suporte teórico amplo e atualizado. Para tal, consultámos vários livros e artigos da biblioteca da Escola Superior de Saúde de Setúbal, bem como da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Realizámos pesquisa em bases de dados eletrónicas, tais como, a B-on, Cochrane, Pubmed, Medline, entre outras.

Criámos um dossier temático sobre a dor (Apêndice VIII) para ficar disponível a nível informático numa pasta própria, no ambiente de trabalho de todos os computadores do Serviço de Urgência, para que todos os enfermeiros possam aceder. De forma a divulgar junto da equipa de enfermagem e de servir como instrumento de suporte à promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem, tal como descrito pela OE no guia orientador de boas práticas na área da dor “ (...) *para que, no seu quotidiano, os enfermeiros reforcem a sua capacidade de decisão clínica nas respostas em cuidados de Enfermagem àqueles que nos confiam o seu cuidado, dando sentido à imprescindibilidade da sua intervenção nos cuidados de saúde*” (OE, 2008, p.5).

Planeámos uma ação de formação no serviço com os objetivos de divulgar o Projeto de Intervenção em Serviço à equipa de enfermagem, apresentar os resultados das auditorias da avaliação e registo da dor do Serviço de Urgência, referentes ao ano de 2011 e transmitir conhecimentos sobre a avaliação e registo sistemático da dor e sobre as intervenções não farmacológicas no alívio da Dor. Pois como descrito no guia orientador supracitado “*a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas – e em concreto às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor –, tem como finalidade a promoção do bem-estar, e como tal, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados. Trata-se, então, de conhecer e seguir os princípios científicos que relevam hoje o envolvimento da pessoa na avaliação e no tratamento da sua dor, bem como a finalidade do cuidado*” (OE, 2008, p. 7).

Para tal, realizámos reuniões com a enfermeira coordenadora do serviço e com as enfermeiras responsáveis pela formação, para calendarizar a formação sem coincidir com as restantes formações previstas e de forma a não sobrecarregar os enfermeiros do serviço, o que foi um pouco difícil, visto estarem programadas muitas ações de formação para a

mesma altura.

A divulgação da ação de formação (Apêndice IX) ficou afixada na sala de enfermagem.

Definimos um plano de sessão (Apêndice X), identificámos os conteúdos a expor e realizámos os diapositivos a apresentar à equipa (Apêndice XI), que foram entregues à Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, Enfermeira Orientadora e Professora da escola para apreciação e eventuais alterações, que se vieram a verificar.

Realizámos a ação de formação no dia 18 de Junho de 2012, na sala de reuniões do Serviço de Urgência, às 14h, onde participaram 20 enfermeiros no total. Consideramos um bom índice de adesão, tendo em conta o elevado número de ações de formação realizadas dentro do mesmo período. Durante a sessão os enfermeiros demonstraram interesse nos conteúdos expostos, com participação ativa na partilha de experiências, esclarecimento de dúvidas e sugestões relacionadas com a operacionalização do projeto. Uma das sugestões que surgiu por parte do grupo de enfermeiros foi a realização de um resumo de bolso com as regras da avaliação da dor e com as intervenções não farmacológicas no alívio da dor, que foi posteriormente efetuado (Apêndice XII). Após a formação, foi realizada a sua avaliação escrita, utilizando a folha instituída no Centro Hospitalar (Anexo I). Da análise das folhas e da avaliação oral podemos concluir que a maioria dos participantes ficou muito satisfeito com a apresentação, e que a mesma foi adequada às suas necessidades e expectativas e com a possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho.

Pelo que referimos, e tendo em conta os indicadores de avaliação inicialmente previstos, que se baseavam no dossier temático da dor, no conjunto de slides, no cartaz de divulgação da ação de formação e no plano de sessão, pensamos ter atingido em pleno o objetivo projetado.

Por outro lado, temos ainda a salientar que os recursos, quer materiais quer humanos, foram suficientes para a concretização do objetivo.

2º Objetivo – “Construir protocolos farmacológicos/ não farmacológicos de atuação para alívio da dor”

Para alcançarmos este objetivo, mantivemos a nossa pesquisa bibliográfica, sobre como realizar protocolos e a existência de documentos semelhantes noutras instituições, o

que não foi muito fácil, pois apesar de se falar muito em protocolos, ainda são poucos os que estão escritos e formalizados, como tal, suportámos a realização dos protocolos nas diretrizes emanadas pela OE no seu guia orientador de boas práticas na área da dor.

Como descrito pela OE (2008) as intervenções de Enfermagem podem ter carácter autónomo ou interdependente, destacamos as autónomas, prescritas pelo enfermeiro, tais como, as intervenções não farmacológicas no alívio da dor, cuja execução fica ligada à tomada de decisão minuciosa e concreta, adequada à pessoa singular, pelo enfermeiro.

Com o intuito de envolver toda equipa de enfermagem bem como os enfermeiros gestores do SU realizámos uma reunião com a Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, Enfermeira Orientadora e com os membros do grupo de trabalho da dor do Serviço de Urgência, que apesar de não ter sido no dia previsto e projetado no cronograma, que se deveu à impossibilidade de alguns elementos para reunir na data previamente definida no cronograma inicial, realizou-se no dia 14 de Maio. Nesta reunião, discutiu-se somente estratégias para a realização do protocolo não farmacológico, na medida que para o farmacológico era necessário o envolvimento da parte médica e que até à data ainda não tinha sido possível reunir com os mesmos. Contudo, mais tarde no que se refere aos protocolos farmacológicos, foi realizada uma reunião com o Diretor do Serviço de Urgência, com o fim de criar um grupo de trabalho para a realização destes, no entanto, fomos informados que já haveria um grupo de trabalho nomeado pelo Conselho de Administração com vista à elaboração dos protocolos farmacológicos para todo o hospital.

Após esta reunião elaborámos o protocolo não farmacológico que foi apresentado à Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, Enfermeira Orientadora e grupo de trabalho da Dor do Serviço de Urgência, que foi alvo de pequenas alterações sugeridas pelos mesmos. Posteriormente, e após ter sido requerida a autorização à Enfermeira Coordenadora, foi implementado o protocolo não farmacológico no Serviço de Urgência (Apêndice XIII), mas por questões temporais não se conseguiu auditar os registos a fim de avaliar a utilização do protocolo.

Apesar de não termos realizado o protocolo farmacológico, elaborámos o não farmacológico na medida que este consiste numa intervenção autónoma de enfermagem, pensamos que atingimos parcialmente este objetivo, no entanto no futuro pensamos reunir com o grupo institucional no sentido de articularmos o trabalho dos mesmos com o nosso.

3º Objetivo – “Elaborar folheto para a equipa de enfermagem alusivo às Intervenções não farmacológicas no alívio da dor”

Na continuação do trabalho já desenvolvido, mantivemos a nossa pesquisa bibliográfica sobre como elaborar um folheto e na área temática da dor, mais concretamente no que se relaciona com as intervenções não farmacológicas no alívio da dor.

Realizámos então um primeiro esboço do folheto que se destinava à equipa de enfermagem para refletir sobre as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor. E que foi apresentado à Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, Enfermeira Orientadora e ao grupo de trabalho da Dor do Serviço de Urgência.

O folheto (Apêndice XIV) foi também apresentado aos enfermeiros que participaram na ação de formação, tendo tido um parecer favorável por parte destes.

A Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência elucidou-nos que antes da aprovação do Conselho de Administração para implementação do folheto, este teria que ser apresentado ao gabinete de imagem, o que foi feito, no entanto, não obtivemos resposta dentro do prazo favorável para conseguirmos implementá-lo.

No entanto, conseguimos realizar o pequeno resumo de bolso, onde se insere as intervenções não farmacológicas no alívio da dor, que foi entregue a cada enfermeiro da equipa, como já referido anteriormente.

Por tudo isto, acreditamos ter atingido este objetivo.

Apesar de termos atingido os objetivos projetados, foi necessário reformular cronologicamente estratégias de forma a garantir a concretização dos objetivos específicos definidos, pelo que o cronograma inicial sofreu algumas alterações, dando origem a um cronograma final (Apêndice XV).

Contudo, com o desenvolvimento do PIS desenvolvemos uma série de competências que passaremos a descrever no subcapítulo que se segue.

2.4.1 - Análise das competências desenvolvidas

Com a concretização do PIS acreditamos ter adquirido as competências comuns do

enfermeiro especialista.

Segundo a OE (2010, p.2), o enfermeiro especialista “*é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num, determinado domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado*”.

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

Este mesmo regulamento define competências comuns como “*as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*” (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2010, p.3).

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal fazem parte as seguintes competências **A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção** e **A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**. Para o desenvolvimento destas competências a concretização deste projeto foi muito importante, uma vez que durante o estágio ao prestarmos cuidados de enfermagem proporcionámos um exercício seguro, profissional e

ético, empregando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, tendo sempre como suporte da nossa conduta o código deontológico de enfermagem, os princípios éticos inerentes à nossa profissão e a legislação em vigor. Ainda durante o estágio avaliámos sistematicamente as melhores práticas e as preferências do doente, promovendo e gerindo a proteção dos direitos humanos dentro da equipa.

A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo envolve uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após realizada a correta identificação da problemática do doente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001).

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões e por todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática da enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que "bons cuidados" significam coisas diferentes para diferentes pessoas, e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com estas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes (OE, 2001).

De acordo com Pinto (2006), humanizar é, tornar humano, cuidar a pessoa como pessoa, prestar-lhe atenção e responder de uma forma positiva a toda a sua esperança, quando confiou nos serviços de saúde e a eles recorreu para reencontrar-se na plenitude da sua realização pessoal. O conceito de prestar cuidados ou cuidar designa a atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde (Hesbeen, 2000).

Presentemente, o termo humanização é aplicado nas situações em que, além de valorizar o cuidado em suas dimensões técnicas e científicas, reconhecem-se os direitos do doente, respeita-se a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia, e a sua subjetividade, sem se esquecer do reconhecimento do profissional também enquanto ser humano, ou seja, presume uma relação sujeito/sujeito (Almeida, 2009).

Ao longo do nosso percurso profissional fomos compreendendo os princípios éticos

e deontológicos intrínsecos à profissão, para que os cuidados por nós prestados respeitem os princípios básicos, nomeadamente os princípios da autonomia, justiça, beneficência, tendo sempre em conta a dignidade da vida humana. Para tal, foi também importante a criação de estratégias de resolução de problemas em conjunto com o doente e a tomada de decisão em equipa, de forma a respeitar os princípios éticos próprios da profissão.

Durante todo o processo de execução deste projeto foram tidos em conta vários aspetos éticos nas diversas etapas, como a concretização do consentimento informado que cada enfermeiro teve que preencher antes de realizar o questionário, pois obter um consentimento escrito, livre e esclarecido da parte dos intervenientes é fundamental para a manutenção da ética na conduta da investigação (Fortin, 1999). Posteriormente, no tratamento dos dados obtidos, o respeito pela confidencialidade e pelo anonimato estiveram presentes. Pois como refere Fortin (1999, p.116) *“A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa”*. Como tal, *“é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações”*.

As aulas do 1º semestre, nomeadamente a unidade curricular **Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem**, foram muito benéficas pois possibilitaram a discussão, reflexão e resolução de dilemas e situações problemáticas vividas na nossa prática. Bem como os aportes teóricos lecionados no módulo de **Formação Contínua Aplicada à Enfermagem**, pois possibilitaram que realizássemos uma reflexão crítica da nossa prática diária, de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados.

Relativamente às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, **B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica**, **B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade** e **B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro**, estas foram adquiridas com a realização do PIS, pois permitiu desenvolver competências na área da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e também aprofundar conhecimentos sobre a metodologia de projeto. Durante o seu desenvolvimento foi necessário identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades, delinear as melhores estratégias para os objetivos estabelecidos e estruturar a sua implementação. Nas fases que constituem o

projeto foram utilizadas ferramentas diagnósticas próprias que produziram evidência relacionada com o contexto de prestação de cuidados do Serviço de Urgência que vão permitir a melhoria contínua da qualidade. Foi importante também a realização da ação de formação, pois ao formar os enfermeiros e transmitir conhecimentos atualizados estamos a dotar os enfermeiros de conhecimentos capazes de proporcionarem cuidados seguros aos doentes/família.

A melhoria contínua da qualidade do exercício só é conseguida através da atualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de Enfermagem (Leprohon, 2002). Neste sentido, pode afirmar-se que o profissional de saúde (enfermeiro) deverá integrar à sua experiência prática individual a melhor evidência externa disponível, proveniente da pesquisa científica.

A OE (2001, p.8) refere que *“a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo) ”*.

Foram também essenciais, para a aquisição destas competências, os aportes teóricos lecionados no 1º semestre nos módulos **Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade e Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem**, uma vez que abordaram temas importantes que contribuíram para a obtenção de conhecimentos nesta área.

No que se refere ao domínio da gestão dos cuidados, este contempla duas competências, **C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional** e **C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados**. Estas focalizam-se na gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde. A prestação de cuidados de enfermagem, no serviço de urgência, quer em contexto de trabalho quer em contexto académico, onde são admitidos doentes em falência orgânica, com necessidade de tratamentos com base em técnicas e procedimentos invasivos, são constantes exercícios de gestão de prioridades e de

tomadas de decisão, em conjunto com a equipa multidisciplinar, de forma a manter a qualidade dos mesmos. Garantimos também a segurança e qualidade das tarefas delegadas, supervisionando-as e avaliando os cuidados prestados nestas situações, temos como exemplo as refeições dos doentes, que muitas vezes são dadas pelos assistentes operacionais. No entanto, a delegação de tarefas implica a responsabilização pelas mesmas, sendo um dever deontológico do enfermeiro. Como tal, a escolha de delegar uma tarefa torna-se difícil, pois como nos diz Nunes *et al* (2005, p. 138) *“nesta delegação, é necessário acautelar o nível de preparação adequado de quem realiza a tarefa, para que a excelência dos cuidados de enfermagem seja garantida”*. Isto envolve que a informação transmitida seja realizada de uma forma correta garantindo que as indicações fornecidas foram compreendidas, pelo que posteriormente torna-se necessária uma orientação e supervisão do que foi delegado. Nunca esquecendo que apesar de delegada a responsabilidade é partilhada.

No módulo de **Gestão dos Cuidados de Enfermagem** foram lecionados aportes muito importantes para desenvolvermos o trabalho nesta área.

Relativamente às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mais especificamente à **D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade** podemos referir que durante todo o nosso percurso profissional sempre achámos primordial ter uma conduta assertiva, de forma a reconhecer todos os limites tanto pessoais como profissionais, tendo sempre a consciência da influência pessoal na relação profissional, mas nunca deixando que interfira na nossa prática diária. Esta competência foi aprofundada aquando a realização da nossa autoavaliação e posteriormente avaliação com a Professora e Enfermeira Orientadora do estágio. Para a aquisição de conhecimentos e consciencialização desta necessidade contribuíram bastante os aportes teóricos lecionados no módulo **Relação de Ajuda e Aconselhamento**.

No que se refere à **D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento** com a concretização do PIS aprendemos a alicerçar as ações de enfermagem a serem realizadas, tendo como base a investigação e os seus resultados, ou seja, passou a ser necessário procurar a evidência científica com maior validade e atualidade, como tal, realizámos a pesquisa bibliográfica, recorrendo não apenas a livros e revistas da especialidade, mas também através de pesquisa em bases de dados

eletrônicas, tais como, a B-on, Cochrane, Pubmed, Medline, bem como, a pesquisa de guidelines recentes e legislação nacional atualizada.

Segundo Hesbeen, a formação contínua “*é a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as coisas da vida*” (Hesbeen, 2000, p. 138). A formação é algo intrínseco à existência humana e que facilita a descoberta das nossas potencialidades.

Para Costa (2011, p.49) “*a formação contínua em enfermagem, ao mesmo tempo que disputa pela atualização quotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se numa construção fundamental de relações e processos, que vão do interior das equipas em atuação conjunta, comprometendo os seus agentes nas práticas organizacionais (envolvendo a instituição e/ou o sector da saúde) e nas práticas interinstitucionais e/ou intersectoriais (implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde)*”.

Torna-se também importante aqui referir que para a realização deste projeto foi de extrema importância os aportes teóricos lecionados na unidade curricular de Investigação, nos módulos de **Métodos de Tratamento de Informação e Trabalho de Projeto**.

Durante os estágios que efetuámos e ao realizarmos o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) permitiu-nos também aprofundar a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica **K1 “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”**, na medida em que ao desenvolvermos um projeto na área temática da dor este relaciona-se com o doente em situação de risco de falência de uma ou mais funções vitais, pois muitas vezes a sensação de dor é referida como sinónimo de desconforto. Por outro lado, vários autores relacionam a ausência de dor ao conceito de conforto definindo-o como “*sensação de bem-estar mental e físico, isento de dor, desejo ou ansiedade*”; “*estado relaxados*” “*emoções positivas, livres de extrema tensão e dor, têm uma sensação de relaxamento*”; “*estado de bem-estar (...) como alívio temporário da dor*” ou “*cuidado para aliviar dores e desconfortos, ou tornar alguém livre de ameaças (...) internas ou externas*” (Leininger, 1985 citado por Mussi, 1996, p.255). Assim o alívio da dor consiste num dos meios de garantir conforto aos doentes (Dowd 2004 citando Hamilton 1989). Como tal achámos importante a escolha da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

O módulo de **intervenções de enfermagem ao cliente com Dor** teve, sem dúvida uma importância maior, pois auxiliou-nos na realização do nosso PIS. Como no Serviço de Urgência onde realizámos os estágios não existem protocolos terapêuticos no combate à dor, todas as situações, dependente da patologia, são identificadas e tratadas por prescrição médica. No entanto, algumas vezes não há prescrição médica para a dor, sendo o enfermeiro que fala com o médico no sentido de uma prescrição para o momento e futuramente em SOS. Esta situação, muitas vezes retarda o tratamento da dor dos doentes, causando o seu sofrimento e angústia. Este módulo possibilitou também a aquisição de conhecimentos relativos a protocolos terapêuticos existentes e gestão de medidas farmacológicas, assim como medidas não farmacológicas, o que nos ajudou a realizar o nosso protocolo não farmacológico. Podemos concluir que a criação de protocolos farmacológicos é uma necessidade de qualquer serviço, e no nosso caso, algo a intervir futuramente.

De referir que os módulos de **cuidados de enfermagem ao cliente com falência multiorgânica, intervenções de Enfermagem ao cliente com problemas cardiovasculares**, assim como o módulo de **intervenções de enfermagem ao cliente em situação de urgência**, no contexto da área de especialidade, foram muito importantes na medida em que permitiram adquirir conhecimentos mais aprofundados e específicos, assim como desenvolver competências específicas, com vista à prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Estes permitiram ainda o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos.

É no SU que entram diariamente muitas pessoas em situação de doença grave. Estas situações, para além de causarem muita ansiedade aos doentes, provocam perturbações emocionais aos seus familiares, e muitas vezes processos de luto inevitáveis. Devido à gravidade das situações, é o enfermeiro que participa na comunicação de más notícias. Para conseguir lidar com estas situações de extrema angústia, o enfermeiro deve deter as competências que permitam a mobilização de técnicas de comunicação interpessoal e a seleção adequada das habilidades da relação de ajuda, que é a essência dos cuidados de enfermagem.

Também a transferência dos doentes de outros serviços para a UIPA provoca nestes e família ansiedade e medo pelo que torna-se premente estar disponível para

esclarecimento de qualquer dúvida, sem qualquer tipo de barreira na comunicação, pelo que é necessário adaptar a comunicação a cada situação. Face a situações de morte e processos de luto informámos a família, estando sempre disponíveis a dar resposta ao que nos solicitavam nesta fase. Como tal, respeitando o conjunto de deveres descritos no Código Deontológico dos Enfermeiros e na Carta dos Direitos dos Doentes, planeámos os nossos cuidados orientando as nossas intervenções para conhecer os medos vividos pelo doente, através da escuta ativa, da comunicação terapêutica e da empatia com o doente e família.

Na sua prática diária, o enfermeiro deve ter sempre presente os princípios básicos da relação de ajuda no cuidar em enfermagem, o que deve demonstrar através de atitudes de empatia e respeito, pois tal como nos refere Chalifour (1989, p.145) *“É a presença e a expressão das atitudes internas da enfermeira que determinam a qualidade da relação”*. De acordo com este autor a empatia e o respeito são duas atitudes fundamentais que o enfermeiro deve desenvolver para melhorar a sua competência nesse domínio. Citando Gordon, Chalifour (1989, p.148), refere que *“a empatia é um processo pelo qual uma pessoa é capaz de um modo imaginário, de se colocar no papel e na situação de outra pessoa a fim de perceber os sentimentos, pontos de vista, atitudes e tendências próprias do outro, numa dada situação”*.

A empatia é considerada uma das componentes essenciais da relação de ajuda e segundo Queirós (1999, p.36) *“exige mais do que a partilha de sentimentos e de acontecimentos do cliente mesmo podendo ser semelhantes a algo que a enfermeira já tenha experimentado. A enfermeira deve compreender o mundo do cliente como se fizesse parte desse mundo. Criam-se, assim, sentimentos de aproximação e de compreensão gradualmente mais significativos entre a enfermeira e o cliente. No entanto, nenhum deles deve perder o sentido do seu próprio eu”*.

Como tal, o enfermeiro tem que compreender o que o doente diz e sente e tem que ter a capacidade de lhe transmitir por palavras suas, o que compreendeu, ou seja, o que pensa que ele está a dizer e a sentir. Torna-se assim essencial que o enfermeiro desenvolva a sua capacidade de escuta, e de comunicação. Tal como diz Gibbons citado por Queirós (1999, p.37) *“apenas escutar não é suficiente...Escutar com empatia é essencial”*.

Por outro lado, a capacidade do enfermeiro para comunicar implica a utilização da comunicação verbal e não-verbal. Para Queirós (1999, p.41) *“A linguagem não-verbal*

presente na atitude empática acompanha a mensagem empática, intelectual e afetiva que a enfermeira pode transmitir ao cliente. Através do olhar, de um gesto, de um sorriso, a enfermeira pode manifestar compreensão pelo outro.”

A empatia pode também considerar-se como habilidade de comunicação, visto que temos que ter a capacidade de comunicar ao outro a partilha dos seus sentimentos e a nossa compreensão dos mesmos.

Os aportes lecionados no módulo **cuidados de enfermagem ao cliente em situação de crise**, vieram dar uma perspetiva mais estruturada a este tipo de situações. Foram abordados os temas da dificuldade da informação, do *stress* dos profissionais e da família, a relação dos profissionais com o doente e sua família e os efeitos de uma situação de crise na família. Pensamos que todos estes temas nos proporcionaram a consolidação de conhecimentos, promovendo boas práticas na área da comunicação, promovendo o estabelecimento da relação terapêutica com o doente/família em situação crítica e ou falência orgânica.

Ainda relativamente a esta competência específica, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil aos problemas vivenciados pela pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, que acreditamos ter conseguido demonstrar no estágio.

Pois identificámos e respondemos prontamente e antecipadamente a focos de instabilidade e conseguimos realizar cuidados técnicos aos doentes que recorrem ao SU. Demonstrámos capacidade de gerir protocolos terapêuticos complexos bem como diagnosticar, antecipadamente, eventuais complicações resultantes da implementação destes e de outros problemas de enfermagem identificados, uma vez que para a UIPA são transferidos doentes, de todos os outros serviços, em falência respiratória, muitas vezes, com necessidade de ventilação mecânica onde é necessário atuarmos prontamente e eficazmente.

Os aportes lecionados no módulo **Cuidados de Enfermagem ao doente em situação de crise** em muito contribuíram para termos uma perspetiva mais estruturada neste tipo de situações.

O Serviço de Urgência (SU) é um serviço que exige aos enfermeiros procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível

de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser realizadas num clima de cooperação e complementaridade. Mas muitas vezes, em condições adversas.

Os enfermeiros de urgência, ao contrário de outros grupos de especialidade de enfermagem, afirmam-se pela diversidade de conhecimentos: de doentes e de processos fisiopatológicos de doença, de inovações tecnológicas mais recentes de equipamento de monitorização e de tratamento, salienta Macphail (2001).

De acordo com Vaz e Catita (2000), o enfermeiro prestador de cuidados de urgência necessita de determinadas características, que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos, tais como, a rapidez, agilidade e diplomacia com que controla as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou de morte para o doente.

No entanto, este serviço, devido à sua abrangência exige uma elevada mobilização de conhecimentos pelo que se torna necessário uma formação contínua para atualização dos mesmos.

Tendo em conta a especificidade dos serviços de urgência, os enfermeiros que ali trabalham têm que possuir formação específica dentro da área de atuação, formação esta, que segundo Nunes (2007) não deve ser apenas teórica, mas deve ser teórica prática tentando colocar os profissionais em contexto de formação na situação mais próximo do real, dada no local de trabalho.

Para dar resposta a esta competência realizámos também o trabalho que nos foi proposto no módulo de **Supervisão de Cuidados** (Apêndice XVI), que permitiu-nos refletir sobre a nossa prática diária, considerando as idiosincrasias individuais, sobre os processos de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica, delimitar problemas complexos de enfermagem, da área dos cuidados de urgência e emergência, formular diagnósticos segundo classificação CIPE, para problemas identificados, identificar resultados esperados, para os diagnósticos, identificar os fundamentos adequados para a tomada de decisão de cuidados, planear as intervenções de enfermagem adequadas aos diagnósticos e resultados formulados e identificar os critérios de avaliação adequados para os cuidados planeados.

Alarcão & Tavares (1997, p.197) define supervisão clínica como *"processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o aluno no desenvolvimento humano,*

educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação”.

Segundo Abreu (2007) a supervisão clínica é um processo que tem como objetivo a *“apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afetivas e relacionais) ”*

Todos os outros aportes teóricos abordados nos diferentes módulos **Cuidados ao doente em fim de vida, Questões éticas emergentes em cuidados complexos, Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem ao doente com problemas cardiovasculares e Intervenções de Enfermagem em situação de urgência** foram de extrema importância para consolidar conhecimentos e refletirmos sobre a nossa prática diária, tendo sempre em mente, o que fazemos e o que podemos fazer melhor.

Atendendo ao anteriormente descrito, pensamos que a competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica **K1 “Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”**, foi adquirida.

3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS

De acordo com o Plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, estava também previsto o desenvolvimento de um Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC) com vista a aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2010, p. 1) *“a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”*

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica têm que ser prestados com elevada qualificação, de uma forma contínua, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, de forma a permitir manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Como refere o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2010, p. 1) *“estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”*.

Como tal a OE (2010) definiu como competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, as seguintes:

- K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O desenvolvimento do PAC surge, em paralelo com o PIS definido previamente, tendo sido igualmente desenvolvido no S.U., como uma forma de organizar e planear os conhecimentos que nos propusemos adquirir/desenvolver com base no enquadramento concetual e enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, no Enquadramento Concetual de Enfermagem Médico-Cirúrgica e ainda no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista, em particular ao nível das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Neste capítulo pretendemos demonstrar a forma como adquirimos/ desenvolvemos as competências referidas anteriormente, exceto a **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica** que já foi abordada no capítulo anterior.

Para tal, realizámos também um diagnóstico de situação, que descrevemos no subcapítulo seguinte.

3.1 – Diagnóstico de Situação

Devido à abrangência desta temática foi necessário planear concretamente a forma como se previa realizar este percurso de aprendizagem, para que fossem atingidos os **objetivos gerais** definidos: Adquirir competências para uma resposta eficaz a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima (K2) e Adquirir e aprofundar conhecimentos que permitam uma adequada intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (K3).

Como tal, achámos pertinente, nesta fase, realizar um pequeno suporte teórico sobre a temática referente a estas duas competências, que nos permitiu delinear os nossos objetivos específicos e auxiliou no planeamento e concretização das nossas atividades (Apêndice XVII).

De acordo com o artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil, Lei nº 27/2006, de 3

de Julho Catástrofe “é um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.”

Para Alves e Redondo (1999) riscos potenciais são aqueles que apresentam possibilidade de se virem a tornar reais, conduzindo assim a acidentes graves, catástrofes ou calamidades na região em que se encontram.

Os mesmos autores referem que os riscos podem, de acordo com a sua origem, ser definidos em três grupos:

- ✓ Riscos de Origem Natural – que estão relacionados com as intempéries, nomeadamente cheias, inundações, estados de seca, quaisquer situações meteorológicas extremas e fenómenos relacionados com sismos (maremotos, vulcões, terramotos, etc.).
- ✓ Riscos derivados do desenvolvimento tecnológico – que são todos os riscos resultantes da ação humana em interação com o desenvolvimento tecnológico, designadamente todos os incêndios, independente da sua origem e localização, acidentes com veículos de transporte de passageiros, de mercadorias ou envolvendo elevado número de veículos sejam eles de circulação subterrânea, marítima ou aérea. Inclui-se ainda colapso de edifícios e acidentes industriais com matérias perigosas nos locais de laboração e durante o transporte.
- ✓ Catástrofes relacionadas com o comportamento humano - que estão relacionados apenas com a atividade humana. Nestes podemos incluir todas as atividades desportivas, reuniões artísticas, políticas ou religiosas e situações de maior risco como ações militares e atos de terrorismo.

Uma catástrofe pode não se conseguir evitar, mas o seu impacto e a adequação da resposta incluem planos de emergência bem concebidos, divulgados e implementados mas sobretudo profissionais com formação e treino adequado que garantam uma atuação segura e eficaz com os meios disponíveis no mais curto espaço de tempo.

O Decreto de Lei n.º 65/2007 de 12 de Novembro refere que os planos de emergência são elaborados de acordo com as diretivas emanadas da Comissão Nacional de

Proteção Civil e estão sujeitos a atualização periódica devendo ser objeto de exercícios frequentes com vista a testar a sua operacionalidade.

Segundo Laranjeiro e Soldado (2012) um plano de emergência pode definir-se como a sistematização de um conjunto de normas e regras de procedimento, destinadas a minimizar os efeitos das catástrofes que se prevê possam vir a ocorrer em determinadas áreas gerindo, de uma forma otimizada, os recursos disponíveis. Assim, um Plano de emergência constitui um instrumento simultaneamente preventivo e de gestão operacional, uma vez que, ao identificar os riscos, estabelece os meios para fazer face ao acidente e, quando definida a composição das equipas de intervenção, lhes atribui missões.

Estes mesmos autores definem Plano de Emergência Interno como um conjunto de normas e regras que se pretendem dinâmicas prevendo-se a sua atualização em função da experiência e dos resultados obtidos, com as ações que se vierem a implementar. O seu estabelecimento impõe-se pela necessidade de se planificarem ações de modo coordenado, de forma a conseguirem-se economia de esforços, rapidez de atuação e diminuição de prejuízos, sempre causados em situações de Emergência.

Sousa (2010) refere que devido a não existir, em Portugal, ainda uma verdadeira política de segurança preventiva, os serviços de urgência são muitas vezes confrontados com vítimas de acidentes com matérias perigosas, sem que da parte do corpo clínico dos serviços exista uma verdadeira formação e informação sobre o modo como abordar e tratar estas situações.

Segundo este autor, os acidentes com produtos perigosos podem acontecer nos diversos meios onde são fabricados ou manipulados, nas grandes indústrias e polos petroquímicos, no ambiente doméstico e durante seu transporte e podem ocasionar múltiplas vítimas.

O mesmo autor refere ainda que nos Serviços de Urgência, os profissionais de saúde são quase todos os dias confrontados com vítimas de acidentes com matérias perigosas, que podem ir de um simples acidente doméstico com um detergente a um acidente industrial grave, onde estão envolvidos produtos químicos de elevado grau de toxicidade.

Como é referido no Plano Emergência Externo da Câmara Municipal do Barreiro (2010, p. 2) na área envolvente ao Centro Hospitalar situa-se um Complexo Industrial que é constituído por as quatro empresas existentes sujeitas a “Notificação de Segurança”, que

são:

CPB (Companhia Petroquímica do Barreiro, Lda.)

FISIPE (Fibras Sintéticas de Portugal, SARL)

AP (Amoníaco de Portugal, SA)

TANQUIPOR (Movimentação e Armazenagem de Líquidos, Lda.).

Todas estas empresas estão envolvidas por áreas densamente povoadas, o que leva a um risco acrescido em caso de algum acidente, e como tal, os enfermeiros do SU têm que ter conhecimentos nesta área, o que neste momento ainda não acontece, pois não é uma área muito explorada.

Boer et al (2000) refere que na avaliação da atuação perante acidentes com matérias perigosas, existiram dificuldades ou resultados menos positivos, por serem erradamente avaliados os potenciais riscos para a saúde e características das matérias envolvidas. Segundo este autor, os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com situações de risco para a saúde provocados por matérias perigosas. Raros são os hospitais que têm protocolos de atuação, treino, equipamento de proteção individual e equipamento de descontaminação adequado a lidar com vítimas expostas e contaminadas por matérias perigosas.

Segundo Hogan et al (2007) a maior parte das vítimas que sofrem acidentes com matérias perigosas e que são transportadas para um Serviço de Urgência, fazem-no de forma discreta e sem grande informação sobre o agente contaminante ou envolvido na ocorrência. Este tipo de situações leva a que por vezes não sejam tomadas as devidas precauções na proteção dos profissionais e instalações, e não sejam realizados procedimentos de descontaminação.

No que se refere à temática da infeção, faremos também um breve suporte teórico.

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

As infeções associadas aos cuidados de saúde podem ser prevenidas e os principais riscos são os associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a

infecções por microrganismos multirresistentes que, na atualidade, representam uma ameaça significativa. Para prevenir as principais medidas são o cumprimento de boas práticas, tais como, precauções básicas e isolamento.

As infecções adquiridas em consequência da prestação de cuidados de saúde constituem um problema grave, com morbidade e mortalidade significativa. Segundo o Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) um terço destas infecções são evitáveis, assim a capacidade de as prevenir pode ser um indicador da qualidade dos cuidados.

Uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é uma infecção que ocorre num doente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão. Estão também incluídas as infecções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta, bem como, as Infecções adquiridas pelos profissionais, relacionadas com a prestação de cuidados (ocupacionais) (WHO, 2005 - 2006).

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde tem, grande impacto, tanto para o doente como nos custos com a saúde. O fornecimento de ferramentas para encurtar o tempo e o esforço necessários para descobrir e reagir contra as IACS é crucial para reduzir este impacto (Proux, Segond, Gerbier, & Metzger, 2008).

Como nos diz Pina (2010) com a evolução ao nível da tecnologia nos cuidados de saúde, dispõe-se cada vez de mais dispositivos médicos quer para monitorização quer para intervenção. A utilização destes dispositivos nem sempre é inócua e implica que os utilizadores conheçam de modo aprofundado as características e indicações de cada um deles e que os utilizem tendo por base tanto uma análise de custo-efetividade como custo-benefício.

A DGS (PNCI, 2007) reconhece que as IACS são um problema nacional de grande relevância, afetando não só a qualidade de prestação de cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde.

Atualmente as IACS constituem uma das maiores preocupações para os gestores dos serviços de saúde, pois segundo a World Health Organization (2010) na Europa a cada ano, mais de 4 milhões de doentes são afetados por cerca de 4,5 milhões de episódios de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), que originam 16 milhões de dias extra de internamento, 37 mil mortes e custam cerca de 7 biliões de euros por ano.

De forma a sistematizar ainda mais o nosso percurso, foram definidos **objetivos específicos**.

Relativamente à **K2 – “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”**, foram definidos como objetivos específicos:

- Criar dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Barreiro, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas;
- Formar e treinar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência relativamente aos produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Barreiro, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas;

No que se refere à **K3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”** delineámos os seguintes:

- Elaborar Póster relacionado com a lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação Não Invasiva;
- Formar as assistentes operacionais relativamente à lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação não invasiva.

Os dois primeiros objetivos específicos surgiram porque na nossa prática diária verificamos que existem algumas dificuldades relacionadas com os cuidados prestados na área dos produtos potencialmente perigosos, por parte dos profissionais de saúde, onde nos incluímos, e não existem documentos no serviço sobre estes temas e na área envolvente ao Centro Hospitalar situa-se um Complexo Industrial que é constituído por quatro empresas sujeitas a “Notificação de Segurança”. Todas estas empresas estão envolvidas por áreas densamente povoadas, o que leva a um risco acrescido em caso de algum acidente.

No que se refere aos outros dois objetivos específicos, a escolha vai de encontro a

uma necessidade do SU que foi sentida por nós, visto sermos responsáveis pela UIPA onde uma das funções, enquanto responsável, é a verificação de todo o equipamento existente. Verificámos então que ultimamente as máscaras de ventilação não invasiva permanentemente apareciam mal lavadas, mal montadas e mal acondicionadas, pelo que demos conhecimento à Enfermeira Coordenadora do SU. Que achou bastante pertinente tanto a elaboração do póster como da ação de formação aos assistentes operacionais, visto serem eles que realizam estas tarefas. Apesar de sabermos que estas tarefas têm que ser supervisionadas pelos enfermeiros, isto muitas vezes não acontece devido ao elevado número de doentes e à sobrecarga de trabalho, que ultimamente tem havido no SU.

3.2 – Planeamento/ Cronograma inicial

Para o 1º objetivo específico da K2, **criar dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Barreiro, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas**, foram definidas as seguintes estratégias/ atividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre matérias perigosas, planos de emergência interno e externo, fichas de segurança e urgências toxicológicas;
- Realização de estágio no Gabinete de Gestão de Risco do Centro Hospitalar;
- Criação do dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos;
- Apresentação do dossier temático à Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf.^a Orientadora e ao Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco;
- Procede às alterações, caso necessário;
- Divulgação do dossier temático em suporte informático.

Como indicadores de avaliação definimos o relatório de estágio e o dossier temático.

Relativamente ao 2º objetivo específico da K2, **formar e treinar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência relativamente aos produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Barreiro, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas**, foram definidas as seguintes estratégias/atividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre matérias perigosas, urgências toxicológicas;
- Construção de slides;
- Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora;
- Procede às alterações caso necessário;
- Marcação da sessão de formação;
- Elaboração de um plano de sessão;
- Divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros;
- Realização da formação;
- Avaliação da formação.

Para este objetivo foram delineados como indicadores de avaliação o conjunto de slides, o cartaz de divulgação da ação de formação e o plano de sessão.

Para o objetivo específico **elaborar Póster relacionado com a lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação Não Invasiva** da K3, definimos as seguintes estratégias/atividades:

- Realização estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Centro Hospitalar;
- Elaboração do póster;
- Apresentação do póster à Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf.^a Orientadora e à Enf.^a da CCIH
- Procede às alterações, caso necessário;
- Procede a pedido de autorização à Enfermeira coordenadora para implementação do póster;
- Impressão do Póster;

- Divulgação do Póster.

Como indicadores de avaliação definimos o relatório de estágio e o póster.

No que se refere ao objetivo específico da K3, **formar as assistentes operacionais relativamente à lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação não invasiva**, foram definidas as seguintes estratégias/atividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, descontaminação de materiais;
- Realização estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Centro Hospitalar;
- Construção de slides;
- Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora;
- Procede às alterações caso necessário;
- Marcação da sessão de formação;
- Elaboração de um plano de sessão;
- Divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros;
- Realização da formação;
- Avaliação da formação.

Definimos como indicadores de avaliação para este objetivo o relatório de estágio, o conjunto de slides, o cartaz de divulgação da ação de formação e o plano de sessão.

Realizámos também um cronograma inicial (Apêndice XVIII) de forma a sistematizar as atividades planeadas, para conseguirmos dar resposta a todos os objetivos propostos, em tempo útil.

3.3 – Execução/ Avaliação/ Cronograma final

Para o desenvolvimento do PAC foram realizadas um conjunto de atividades, que

cronologicamente se foram desenvolvendo de forma a darmos resposta aos objetivos descritos anteriormente.

No que concerne à competência **K2 “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”** foram definidos dois objetivos específicos.

Relativamente ao objetivo específico **“Criar dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Barreiro, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas”** realizámos pesquisa bibliográfica sobre planos de emergência interno e externo, matérias perigosas, fichas de segurança e urgências toxicológicas, bem como um estágio no Gabinete de Gestão de Risco do Centro Hospitalar (Apêndice XIX). Como objetivos para a realização deste estágio delineámos a necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos na área da gestão de risco, principalmente na área da catástrofe, incidindo no que se refere ao plano de emergência interno, bem como conhecer as funções dos profissionais que exercem nesta área, na instituição onde desempenhamos as nossas funções.

Como tal, apresentámos como sugestão criar um dossier temático (Apêndice XX) nesta área à Enfermeira Coordenadora do SU, à Enfermeira Orientadora e ao Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco, tendo sido consensual por parte de todos a realização do mesmo. Depois de concretizado demos a conhecer novamente a estes elementos, tendo um parecer favorável por parte de todos eles. Não conseguimos que fosse divulgado informaticamente nos computadores do SU, por estarmos em períodos de férias dos informáticos e estes não demonstrarem disponibilidade para o efetuar no período por nós planeado.

Como outro objetivo específico para o desenvolvimento da K2 tínhamos **“Formar e treinar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência relativamente aos produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Centro Hospitalar, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas”**, que ia de encontro com o objetivo anterior, pelo que a pesquisa bibliográfica foi realizada em simultâneo para a concretização dos dois objetivos.

Mas devido ao tempo limitado e às diferentes atividades a serem desenvolvidas durante a realização deste projeto optámos por incidir a ação de formação (Apêndice XXI)

mais nas urgências toxicológicas, principalmente nos organofosforados, visto ainda ser comum no SU a admissão de doentes com ingestão destes produtos, e ser uma área que causa alguma ansiedade aos enfermeiros pela dificuldade, muitas vezes, de estabelecer prioridades.

Após a construção dos slides, estes foram apresentados à Enfermeira orientadora, procedendo-se a umas pequenas alterações.

No entanto, aquando da marcação da sessão de formação, com as enfermeiras responsáveis pela formação, fomos informadas que não era possível a realização da mesma, visto estarem muitas ações de formação previstas para o mesmo período temporal, o que causaria transtorno ao serviço e à equipa de enfermagem, como tal, este objetivo não foi concretizado na sua totalidade.

De referir que foram de extrema importância os aportes teóricos lecionados no módulo **Seminário de Peritos**, para a concretização destes objetivos.

Relativamente à competência **K3 “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”** foram também delineados dois objetivos específicos.

Esta competência tem com objetivo principal, que o enfermeiro especialista possa responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção face aos múltiplos contextos de intervenção, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Neste sentido realizámos pesquisa bibliográfica nesta área de forma a adquirimos conhecimentos sobre o Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH), principalmente da CCIH do Centro Hospitalar e para complementar realizámos um estágio opcional na CCIH do Centro Hospitalar (Apêndice XXII). Como objetivos para a realização deste estágio delineámos a necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos na área do controlo de infeção, bem como conhecer as funções dos profissionais que exercem no contexto de controlo de infeção, na instituição onde desempenhamos as nossas funções.

De forma a estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/ falência orgânica no SU foram então definidos os dois objetivos específicos, anteriormente mencionados, que são **“Elaborar Póster relacionado com a lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação Não Invasiva”** e **“Formar os assistentes operacionais relativamente à lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação não invasiva”**.

No que se refere ao objetivo **“Elaborar Póster relacionado com a lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação Não Invasiva”**, realizámos então a pesquisa bibliográfica e o estágio na CCIH, como anteriormente referido, para nos dar sustento para a elaboração do póster. Após a sua elaboração foi apresentado à Enfermeira Coordenadora do SU, à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira da CCIH, que deram algumas sugestões, que foram recebidas com agrado, após as quais procedemos às alterações necessárias. Posteriormente realizámos o pedido de autorização à Enfermeira Coordenadora para implementação do póster, onde obtivemos o parecer favorável, pelo que procedemos à sua impressão e depois realizámos a sua divulgação. O póster (Apêndice XXIII) foi então fixado em local estratégico, na sala de sujos e na sala de limpos, local onde os assistentes operacionais realizam a limpeza, desinfeção e montagem das máscaras de ventilação não invasiva.

Com a elaboração deste póster estabelecemos estratégias pró-ativas para implementarmos no SU, tendo em conta a prevenção e controlo da infeção no serviço, de forma a contribuir para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Por tudo isto pensamos ter atingido com sucesso este objetivo.

Relativamente ao outro objetivo **“Formar os assistentes operacionais relativamente à lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação não invasiva”**, foi também importante a realização tanto da pesquisa bibliográfica como a realização do estágio na CCIH, anteriormente referenciados. Planeámos uma ação de formação no serviço com os objetivos de transmitir conhecimentos sobre a lavagem, desinfeção, descontaminação e esterilização de material e/ou equipamento hospitalar e

uniformizar práticas referentes à descontaminação de material e equipamento hospitalar.

Para tal, realizámos reuniões informais com a enfermeira coordenadora do serviço e com as enfermeiras responsáveis pela formação, para calendarizar a formação sem coincidir com as restantes formações previstas, o que foi um pouco difícil, visto estarem programadas muitas ações de formação para a mesma altura.

A divulgação da ação de formação (Apêndice XXIV) ficou afixada na sala de enfermagem.

Definimos um plano de sessão (Apêndice XXV), identificámos os conteúdos a expor e realizámos os diapositivos a apresentar aos assistentes operacionais (Apêndice XXVI), que foram entregues à Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, Enfermeira Orientadora para apreciação e eventuais alterações, que se vieram a verificar.

Realizámos a ação de formação no dia 4 de Julho de 2012, na sala de reuniões do Serviço de Urgência, às 14h, onde participaram 15 assistentes operacionais no total. Consideramos um bom índice de adesão, visto ser período de férias. Durante a sessão os assistentes operacionais demonstraram interesse nos conteúdos expostos, com participação ativa na partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas.

Após a formação, foi realizada a sua avaliação escrita, utilizando a folha instituída neste Centro Hospitalar.

Da análise das folhas e da avaliação oral podemos concluir que relativamente à adequação da formação às necessidades e expectativas 66,7% dos assistentes operacionais referiu estar muito satisfeito. No que se refere, ao item qualidade dos conteúdos, 73,3% dos assistentes operacionais demonstraram-se muito satisfeitos.

No que diz respeito à qualidade do apoio técnico e administrativo 60% referiu estar satisfeito. Relativamente à possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho, 66,7% referiram estar muito satisfeitos.

No que se refere à prestação do formador, no item dos conteúdos/competências técnico científicas 60% mencionaram estar muito satisfeitos. Sobre a metodologia da transmissão de conhecimentos 66,7% referiram estar muito satisfeitos.

No decorrer do estágio tivemos ainda oportunidade de realizar outras atividades que de certo modo contribuíram para o desenvolvimento da competência K3, nomeadamente o assistirmos à ação de formação realizada no serviço, relativamente ao tema Lavagem das

Mãos que muito contribuiu para nos alertar para diversas questões relacionadas com este tema. Podemos salientar que a higienização das mãos subdivide-se em dois procedimentos, a lavagem das mãos com água e sabão e a fricção com SABA. Em que, segundo as orientações emanadas pela DGS, o primeiro deve ser efetuado durante 40 a 60 segundos, e o segundo procedimento está recomendado ser cumprido durante 20 a 30 segundos. No entanto, em estudos já concretizados pela OMS/DGS, chegou-se à conclusão que o tempo médio despendido pela maioria dos profissionais de saúde é inferior a 10 segundos. Com estes resultados pode-se concluir que a adesão às práticas de higiene das mãos é baixa em todos os níveis de cuidados de saúde. Médicos e enfermeiros frequentemente lavam as suas mãos menos de metade das vezes que deviam, e quando há maior restrição de tempo e maior carga de trabalho, como em situações de cuidados críticos (DGS, 2009). Perante esta problemática, surge a Campanha Nacional de Higiene das Mãos (CNHM), resultado da adesão à estratégia multimodal proposta pela World Alliance for Patient Safety, da OMS, no seu 1.º Desafio “Clean Care is Safer Care”. O objetivo desta campanha é promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada, abrangente e sustentada, contribuindo para a diminuição das IACS e para o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, através do aumento da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos (DGS, 2010). Por tudo o que foi descrito anteriormente esta ação de formação fez-nos refletir sobre a nossa prática diária, do que fazemos e do que podemos fazer melhor, para prestarmos cuidados de excelência.

Durante o estágio também assistimos a outra formação em serviço sobre o uso de equipamento de proteção individual, que muito contribuiu para aprofundarmos conhecimentos nesta área, bem como refletirmos sobre a nossa prática, de forma a melhorarmos os nossos cuidados prestados.

Outra atividade que contribuiu para adquirirmos esta competência foi a realização de uma ação de formação em serviço, como elemento dinamizador dos Padrões de Qualidade no Serviço de Urgência Geral, sobre as hemoculturas, onde auditámos o procedimento, sendo um elemento de referência para a equipa.

Assim consideramos ter atingido plenamente este objetivo.

De forma a garantir a concretização dos objetivos específicos definidos, foi necessário reformular cronologicamente estratégias, pelo que o cronograma inicial à

semelhança do que aconteceu no PIS sofreu algumas alterações, dando origem a um cronograma final (Apêndice XXVII).

Com a concretização destes objetivos acreditamos ter adquirido as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

3.3.1 - Análise das competências desenvolvidas

A OE (2010) define os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

O enfermeiro especialista detém um nível elevado de juízo clínico e tomada de decisão na área da sua especialidade. Na tomada de decisão o enfermeiro *“identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (...)”* e prescreve *“as intervenções de enfermagem (...) de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”* OE (2001, p.10).

Na nossa opinião o SU é um serviço em que se consegue adquirir e desenvolver todas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Enfermagem de urgência pode ser definida como a prestação de cuidados em indivíduos de todas as idades com alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Por esse motivo os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e normalmente agudos. Implica uma diversidade de conhecimentos e de processos de doença requerendo por isso um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, quer de âmbito geral, quer de âmbito especializado. A sua resolução tanto pode implicar apenas cuidados mínimos, como medidas de reanimação ou até mesmo ensino ao doente ou família, encaminhamento adequado e conhecimento de implicações ético-deontológicas (MacPhail,

2001).

Como já foi descrito anteriormente, durante os estágios que concretizámos e ao efetuarmos o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) permitiu-nos aprofundar a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica **K1 “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”**, como tal, não a abordaremos neste subcapítulo.

No que se refere à competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica **K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação** esta deve ser igualmente, um compromisso do enfermeiro especialista e tem como principal objetivo a conceção dos planos institucionais e a liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Perante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica o enfermeiro gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.

Para o desenvolvimento desta competência específica foi importante a realização do estágio no Gabinete de Gestão de Risco do Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, pois o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na aquisição de conhecimentos e competências nesta área deve ter uma estreita relação com o gabinete da gestão do risco no sentido da atualização sistemática das novas guidelines e assumir o papel de transmissor dessa informação à restante equipa, promovendo espaços de reflexão e formação. Por outro lado, esse mesmo estágio permitiu-nos aprofundar conhecimentos de uma forma geral sobre o Plano Nacional de Catástrofe, e mais especificamente sobre o Plano de Emergência Interno (PEI) deste Centro Hospitalar, nomeadamente no que se refere à constituição das equipas de intervenção, de evacuação, apoio médico, apoio técnico e os princípios de atuação em situação de catástrofe.

A realização do dossier temático sobre matérias perigosas – cuidados a ter, bem como a ação de formação sobre o mesmo assunto, foram de extrema importância, pois permitiu-nos consolidar conhecimentos nesta área, uma vez que nos Serviços de Urgência, os profissionais de saúde são quase todos os dias confrontados com vítimas de acidentes com matérias perigosas, que podem ir de um simples acidente doméstico com um detergente a um acidente industrial grave, onde estão envolvidos produtos químicos de

elevado grau de toxicidade (Sousa, 2010).

Também o módulo **seminário de peritos** realizado no último semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde foi abordado o tema da catástrofe, foi de extrema importância na aquisição de competências nesta área pois permitiu-nos estar despertos para a importância do conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência.

É essencial que os enfermeiros sejam capazes de atuar em situação de catástrofe ou multi-vítima, no entanto, é igualmente fundamental que tenham a capacidade para a prevenir, como tal achámos também pertinente referir a nossa participação no curso de Segurança Contra Incêndios, realizado no Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, pois tinha como objetivo limitar a propagação do fogo e suas consequências possibilitando uma atuação rápida e eficaz, e que nos permitiu adquirir conhecimentos sobre como manusear um extintor, o que pode permitir evitar que aconteça uma situação de catástrofe.

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

A competência específica **K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas** tem como principal objetivo, que o enfermeiro especialista responda eficazmente na prevenção e controlo de infeção considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Para a aquisição desta competência foi importante a concretização de um estágio opcional na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Centro Hospitalar da Margem

Sul do Tejo, pois permitiu-nos realizar pesquisa bibliográfica e ter acesso a guidelines, orientações e normas da própria instituição que foram essenciais para a realização dos trabalhos. Simultaneamente, este estágio facultou-nos ter conhecimento global dos programas de controlo de infeção implementados no Centro Hospitalar, com possibilidade de consultar bibliografia.

Com a realização do estágio supracitado tivemos oportunidade de colaborar também na recolha dos dados, nos diversos serviços do hospital, para o Estudo de Prevalência Europeu de Infeções Hospitalares e Uso de Antimicrobianos. Tivemos oportunidade de observar as visitas técnicas da Ambimed juntamente com a CCIH, aos vários serviços do hospital, no âmbito da triagem e acondicionamento dos Resíduos Hospitalares.

Durante o estágio na CCIH tivemos ainda a oportunidade de assistir a uma ação de formação destinada aos assistentes operacionais, sobre a descontaminação de superfícies, onde foram abordados temas como, quais os tipos de desinfetantes e detergentes mais comuns nos vários serviços da nossa instituição, cuidados a ter na sua utilização e quais as medidas de proteção mais apropriadas para o seu manuseamento, a classificação de Spaulding, entre outros, que nos permitiu consolidar alguns conhecimentos nesta área e auxiliou-nos na concretização da ação de formação para os assistentes operacionais que efetuámos e na realização do póster.

Ao realizarmos a ação de formação destinada aos assistentes operacionais sobre a lavagem, desinfecção e montagem das máscaras de ventilação não invasiva do bipap e o póster sobre o mesmo tema colaborámos para uma uniformização das práticas no âmbito do controlo da infeção onde tivemos como objetivos transmitir conhecimentos sobre a lavagem, desinfecção, descontaminação e esterilização de material e/ou equipamento hospitalar, uniformizar práticas referentes à descontaminação de material e equipamento hospitalar e deste modo contribuímos para um controlo eficaz das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde.

Como contributo importante para o desenvolvimento da competência K3 foram também os aportes lecionados no módulo **Cuidados ao doente com múltiplos sintomas**, onde foi reforçado que a higienização das mãos é considerada a medida mais importante na prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde.

Tudo o que foi mencionado anteriormente contribuiu para a aquisição das competências exigidas ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, nas unidades de competência **K.3.1 - Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica** e **K.3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.**

4 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março preconiza que, em termos de ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional.

Podemos verificar que para o desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica era importante o desenvolvimento de todas as competências do enfermeiro especialista (comuns e específicas) que foram desenvolvidas ao longo da elaboração do PIS e do PAC, e que iremos agora fazer um paralelismo com as competências de Mestre desenvolvidas ao longo de todo o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal.

Para o desenvolvimento da competência **“Demonstrar competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem”** podemos dizer que a concretização do PIS e do PAC foi muito importante, uma vez que contribuiu para um exercício seguro, profissional e ético, empregando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, tendo sempre como suporte da nossa conduta o código deontológico de enfermagem, os princípios éticos inerentes à nossa profissão e a legislação em vigor. Avaliámos sistematicamente as melhores práticas e as preferências do doente, promovendo e gerindo a proteção dos direitos humanos dentro da equipa.

A realização do PIS contribuiu para o desenvolvimento desta competência, pois este através da metodologia de projeto permitiu-nos diagnosticar uma situação problemática através de instrumentos de colheita de dados e instrumentos de gestão e conceber um planeamento de forma a implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade.

A prestação de cuidados de enfermagem, no serviço de urgência, quer em contexto de trabalho quer em contexto académico, onde são admitidos doentes em falência orgânica, com necessidade de tratamentos com base em técnicas e procedimentos invasivos, são constantes exercícios de gestão de prioridades e de tomadas de decisão, em conjunto com a

equipa multidisciplinar, de forma a manter a qualidade dos mesmos.

Para desenvolvermos competência na área da supervisão clínica temos ainda a realçar o contributo do **módulo de Supervisão de Cuidados**, lecionado durante o 3º semestre, em que nos foi pedido a realização de um trabalho nesta área, na medida que constituiu um momento enriquecedor de aprendizagem e de partilha de experiências e principalmente permitiu a conceção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem. Aquando a realização do trabalho referido foi identificada uma situação problemática e após os diagnósticos de Enfermagem identificados, foram planeadas as intervenções assim como os resultados esperados, foi efetuada a respetiva avaliação e fundamentação. Para a tomada de decisão numa situação complexa, foram mobilizados todos os aspetos que considerámos pertinentes, nomeadamente questões éticas e deontológicas e conhecimentos teóricos baseados em guidelines recentes.

Os diagnósticos de enfermagem e as intervenções enumerados foram construídos de acordo com a linguagem CIPE, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009, p.7) “ *A Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), um programa do ICN, foi concebida para ser uma parte integral da infraestrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos clientes em todo o mundo*”. (OE, 2009, p.7)

A CIPE fornece as prioridades de gestão de dados críticos que permitem documentar as práticas de enfermagem e assim compreender o trabalho de enfermagem, no contexto de cuidados de saúde global sustentada no conhecimento (CIPE, v.1.0.,2006).

A linguagem CIPE contribui para reconhecer o papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar de cuidados de saúde e diferenciar as práticas dos enfermeiros peritos de outros prestadores de cuidados de saúde, tornando-se um contributo essencial também para a investigação. Através da partilha dos dados e informações de enfermagem é possível promover cuidados de saúde responsáveis, baseados na evidência, obtendo melhores resultados em saúde para as pessoas, a nível mundial (CIPE, v.1.0.,2006).

Desta forma este trabalho proporcionou-nos desenvolver conhecimentos e competências de supervisão clínica, utilizando modelos de referência para esta atuação, relacionando as considerações éticas e deontológicas, de forma a promover a melhoria dos cuidados de enfermagem, a autoavaliação, as capacidades analíticas e reflexivas, desenvolvidas através de um processo contínuo de melhoria da qualidade, com base na

evidência científica recente, promotora da qualidade e segurança dos doentes.

Com o anteriormente referido podemos verificar que esta competência cruza-se com as competências comuns do enfermeiro especialista, do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados, bem como a competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**, portanto, consideramos ter desenvolvido esta competência.

O desenvolvimento da competência **“Realizar desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”** teve início no momento em que nos inscrevemos e realizamos o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de forma a adquirir novas competências e desenvolver as já adquiridas ao longo da vida.

A aprendizagem ao longo da vida é definida por Siteo (2006, p.284) como *“toda a atividade de aprendizagem em qualquer momento da vida, com o objetivo de melhorar os conhecimentos, as aptidões e competências, no quadro de uma perspetiva pessoal, cívica e social”*.

Valorizámos a autoformação como componente essencial do nosso desenvolvimento, visto que a formação em enfermagem estabelece uma forma de mudança, proporciona capacidade de inovação e criatividade, na dimensão humanística e técnica, facilita a construção de conhecimento e a promoção de competências, que vai permitir a sua utilização na resolução de diversas situações e desafios da vida atual (Carvalho, 2003).

A formação contínua contribui para que cada um de nós conceba o seu próprio caminho e vá adquirindo determinadas competências, nomeadamente profissionais. Estas assumem características multidimensionais, em que as expectativas de cada um vão-se modificando consoante as experiências que cada um vivência e reflete (Nunes, 2002).

Como descrito na alínea c) do artigo 88º do Estatuto da OE, enquanto enfermeiros temos o dever de *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.”* (OE, 2009, p.77)

Durante todo este percurso realizámos uma pesquisa bibliográfica transversal, quer em bases de dados eletrónicas, usando os princípios da revisão sistemática da literatura, quer com recurso a sociedades científicas reconhecidas, quer na biblioteca do IPS/ESS e da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, permitindo-nos adquirir conhecimentos baseados na evidência.

Esta competência cruza-se com as competências comuns do especialista do domínio das aprendizagens profissionais.

Perante isto, consideramos ter adquirido esta competência.

Consideramos pertinente tratar as duas competências seguintes **“Integrar equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”** e **“Agir no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”** em simultâneo, pois julgamos que com o desenvolvimento do PIS no SU adquirimos ambas as competências, visto que aplicámos os nossos conhecimentos para a resolução de um problema existente no serviço, selecionando os meios e estratégias mais adequados à sua resolução, de forma a tentar ultrapassá-lo para alcançarmos os cuidados de qualidade que pretendemos prestar aos nossos doentes, de forma a termos ganhos em saúde.

A temática por nós desenvolvida no PIS, a Dor, fez com que trabalhássemos em complementaridade com outros profissionais de saúde, de forma a melhorar os cuidados prestados aos nossos doentes com dor, pois apesar de realizarmos as nossas intervenções autónomas, como as intervenções não farmacológicas no alívio da dor, isso muitas vezes não é suficiente, pelo que é necessário complementá-las com intervenções farmacológicas, que são prescritas por outros profissionais de saúde.

Ao desenvolvermos esta área encetámos esforços no sentido de fazer cumprir e registar os procedimentos relacionados com a dor, de forma a prestarmos cuidados de qualidade, envolvendo a equipa de enfermagem e a darmos cumprimento ao que nos é solicitado na Circular Normativa nº9 da DGS (2003, p.4), *“que a Dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à*

categoria equiparada de sinal vital”. Dentro da equipa de enfermagem somos considerados como elemento de referência nesta área, pois quando surge alguma dúvida, nomeadamente com o preenchimento de algumas escalas de avaliação da dor ou com a escolha da escala da dor que melhor se adapta ao doente é a nós que solicitam ajuda.

Estas competências estão relacionadas com as competências comuns do enfermeiro especialista, do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados.

O enfermeiro em resultado da sua autonomia profissional toma decisões, com base em critérios científicos, técnicos, jurídicos, deontológicos e éticos (Deodato, 2006). Pelo que foi transversal ao exercício profissional a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, adequados às necessidades reais e potenciais do doente, suportados na evidência científica, na ética e deontologia profissional.

A competência **“Iniciar, contribuir para e/ou sustentar investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”** é demonstrada com a concretização deste Projeto (PIS e PAC), pois aprendemos a alicerçar as ações de enfermagem a serem realizadas, tendo como base a investigação e os seus resultados, ou seja, passou a ser necessário procurar a evidência científica com maior validade e atualidade, como tal, realizámos a pesquisa bibliográfica, recorrendo não apenas a livros e revistas da especialidade, mas também através de pesquisa, utilizando palavras-chave, em bases de dados eletrónicas, tais como, a B-on, Cochrane, Pubmed, Medline, entre outras, suportando-nos nas diversas guidelines existentes, que procurámos que fossem atuais, emanadas pela DGS, OE e Nursing Best Practice Guideline. A análise e reflexão crítica deste projeto culmina no presente documento e na realização de um artigo científico “Prevenção e controlo da dor como 5º sinal vital - o papel do enfermeiro no Serviço de Urgência” (Apêndice XXVIII), que permitiu divulgarmos o trabalho realizado.

Como nos refere Fortin (1999) a investigação em enfermagem, como em qualquer disciplina, visa a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão, fomentando o seu desenvolvimento enquanto ciência.

A investigação tem um papel crucial tanto para o desenvolvimento contínuo da profissão de Enfermagem, como para a tomada de decisões adequadas e inteligentes para a prestação dos melhores cuidados aos doentes, constitui-se um alicerce e permite consolidar

ao nível do conhecimento e da ciência, permitindo ainda demonstrar aos outros o porquê da prática, concedendo um forte contributo para a sua visibilidade social (Martins, 2008).

O conceito de Boa Prática em Cuidados de Enfermagem surgiu quando se começou a desenvolver o conceito de prática baseada na evidência através dos contributos da investigação nos procedimentos utilizados e nos seus resultados. Assim, a OE (2007) refere que o conceito de Boa Prática resulta da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos com o objetivo de conseguir respostas satisfatórias dos doentes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos.

A Prática Baseada na Evidência pode-se definir como um *“método de resolução de problemas (...) que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, (...) no contexto do cuidar.”* (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2012, p.10)

Esta competência cruza-se com as competências comuns do especialista do domínio das aprendizagens profissionais.

Para o desenvolvimento da competência **“Realizar análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular”** foi essencial a concretização do PIS e do PAC, uma vez que os objetivos delineados nestes foram de encontro a situações problemáticas que constatámos na prática e que para as resolver planeámos atividades que envolveram os nossos pares.

O PIS e o PAC tiveram como base a Metodologia de Projeto, que segundo Guerra (1994) *“é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do (s) projeto (s) numa situação real”*. É de salientar que este é um método que permite ao investigador compreender melhor a realidade da população que é afetada pelo problema em questão, o que permite também uma melhor planificação e uma ação mais direta e dirigida para transformar e melhorar essa realidade. Isto confere ao projeto uma característica investigativa, produtora de conhecimento (a realidade) para os intervenientes (Leite *et al*, 2001).

Como refere Mão de Ferro (2011) é necessário adequar a formação dos indivíduos às responsabilidades a que cada um é exigido, pelo que com a realização deste trabalho consideramos ter contribuído para a formação dos nossos pares, pois ao realizarmos uma análise diagnóstica da situação, identificámos oportunidades de melhoria, bem como, necessidades formativas, sendo que efetuámos formação de acordo com as necessidades da equipa de enfermagem.

As ações de formação realizadas quer à equipa de enfermagem, quer aos assistentes operacionais, trouxeram ganhos para a saúde, uma vez que contribuímos para um aumento de conhecimentos que se refletirá numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados, visto ser uma área que o mestre em enfermagem deve incidir.

Pelo exposto consideramos ter adquirido esta competência.

5 – CONCLUSÃO

Podemos referir que este percurso formativo, apesar de árduo e exaustivo, constituiu um momento único de crescimento pessoal e profissional que nos possibilitou refletir sobre a nossa prática de forma a prestarmos cuidados de qualidade, pois como nos refere a OE (2001) devemos promover um exercício profissional da enfermagem que responda aos mais elevados níveis de exigência.

A elaboração do PIS assente numa identificação de uma problemática, na condição concreta do local de trabalho, permitiu-nos como profissionais realizar uma reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem prestados ao doente em situação crítica, de forma a mobilizar todos os conhecimentos adquiridos ao longo do nosso percurso profissional e aprofundar/adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Ao realizar os estágios no local de trabalho, proporcionou-nos ter uma visão diferente sobre os cuidados, um olhar reflexivo sobre as práticas, por vezes rotineiras, pouco fundamentadas, em que era necessário, despertar para novas formas de intervir, suportadas em bases científicas e atualizadas. Como tal diagnosticámos uma problemática do serviço que se insere num projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo sido possível realizar o projeto de intervenção em serviço relacionado com a “ Avaliação e registo sistemático da dor como 5º sinal vital, no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo” e que pretendemos dar continuidade.

A dor é um fenómeno fisiológico de importância primordial para a integridade física do indivíduo. A importância da dor, especialmente no que se refere à dor aguda, firma no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Por outro lado, a dor, para além do sofrimento e da limitação da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que contribuem para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e podem levar à perpetuação do fenómeno doloroso (DGS, 2008).

Partindo do princípio que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas, em particular com sofrimento/dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, é da competência do enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções

necessárias para alcançar esse objetivo (OE, 2008).

Neste sentido, para intervir sobre a pessoa com dor, importa considerar como boa prática clínica a avaliação e registo regular da intensidade da mesma, até porque esta é ainda inúmeras vezes subestimada e, conseqüentemente, negligenciada, contribuindo dessa forma para a qualidade de vida das pessoas e humanização dos cuidados (DGS, 2003).

O principal motivo da escolha deste tema relaciona-se com a necessidade de sistematizar a avaliação e registo da dor aos doentes internados no serviço de urgência geral de forma a promover a satisfação e o conforto dos doentes, que está enquadrado nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e, inevitavelmente, de forma a garantir a excelência dos cuidados.

Consideramos importante o carácter teórico/prático do projeto, uma vez que nos permitiu a implementação de um projeto, que consideramos trazer ganhos em saúde, nomeadamente na qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica. A concretização do PIS deu-nos a oportunidade de sermos o elemento de referência dentro da equipa de enfermagem nesta área, onde muitas vezes somos solicitados para esclarecer algumas dúvidas que vão surgindo. O controlo e alívio da dor é um direito humano básico para todos os grupos etários, sem exceção.

O modelo teórico adotado neste trabalho foi o de Katharine Kolcaba, com a sua teoria do conforto. Consideramos que este modelo teórico se identifica com a área temática abordada, pois o conforto surge como pedra basilar nos cuidados ao doente com dor. Após analisarmos este modelo teórico, consideramos que se identifica com a nossa prática diária e que responde às nossas necessidades enquanto profissionais.

A investigação, nestes últimos anos, tem contribuído para uma mudança das atitudes e comportamentos da sociedade em geral e nos profissionais de saúde em particular. Como refere Fortin (1999) a investigação em ciências de enfermagem deriva da investigação sistemática incidindo sobre o doente/família/comunidade, quer seja sobre a prática dos cuidados, os seus efeitos no doente/família/comunidade, quer seja sobre os contextos dos cuidados que englobam a prestação, organização e avaliação do meio onde os cuidados são prestados.

A realização do PIS permitiu-nos a divulgação dos resultados obtidos bem como a elaboração de um artigo científico, que possibilitou dar a conhecer à população, e outras entidades a pertinência do mesmo, bem como todo o caminho percorrido na resolução de

um problema.

Pretendemos através deste investimento, refletir sobre a prática, de forma crítica, e dar relevo às competências do enfermeiro especialista, de modo a crescermos pessoal e profissionalmente, para tal, foi também importante a concretização do PAC que nos proporcionou desenvolver um conjunto de atividades relacionadas com a resposta a situações de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e com a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Como aspetos facilitadores deste percurso destacamos a orientação e receptividade das enfermeiras tutora e orientadora, bem como este projeto ser desenvolvido no local de trabalho, visto que possibilitou pensarmos sobre a nossa prática e melhorar práticas e atitudes de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, e também o já fazermos parte do grupo da dor do serviço onde realizámos os estágios.

Por outro lado, aspetos como desenvolver a atividade profissional juntamente com a concretização dos estágios, os trabalhos a desenvolver em contexto académico e a necessidade de presença em sala de aula para obter os aportes teóricos, constituíram fatores constrangedores à realização do mesmo, em termos temporais, pela sobrecarga de trabalho, contudo os aportes teóricos abordados foram importantes para a consecução do PIS e PAC.

No entanto, neste percurso, apesar de árduo e exaustivo, aproveitámos todas as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo, como, por exemplo, formações que pudemos assistir no decorrer dos estágios, e que foram muito importantes para crescermos pessoal e profissionalmente com a aquisição de novos conhecimentos, que nos proporcionaram a obtenção de competências de enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Relativamente aos objetivos propostos com a realização deste relatório, consideramos que os atingimos.

Sabemos que este relatório constitui uma fase inicial de um longo caminho a percorrer, que esperamos que contribua para melhorar a qualidade nos cuidados e nos permita crescer como profissionais, uma vez que vamos continuar a realizar as auditorias aos registos da avaliação e registo da dor e a divulgá-los no seio da equipa. E não podemos deixar de ressaltar a necessidade de implementar uma cultura anti-dor no cuidar em

enfermagem, que vai envolver uma mudança de comportamentos dos enfermeiros, uma vez que a dor interfere no bem-estar da pessoa, nas suas relações sociais e familiares, e principalmente na sua qualidade de vida.

Encaramos o nosso desempenho futuro fundamental para despertar e motivar na equipa onde estamos inseridos, as diversas situações complexas decorrentes da prestação de cuidados e conseguirmos em parceria com o doente/ família e restante equipa multidisciplinar encontrar estratégias de resolução para as necessidades identificadas, traduzindo-se em ganhos para a saúde.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

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

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

ALMEIDA, D. V. - Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. Revista científica da unidade de investigação em ciências da saúde: domínio de enfermagem. Série II, nº10, Julho 2009, p.89-96.

ALVES, A.G. & J.A. REDONDO - Plano de Emergência Hospitalar. Ministério da Saúde, Instituto de Emergência Médica/Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência, 1999.

ANDRÉ, Orlando; ROSA, Daniel – Qualidade dos cuidados de saúde – satisfação dos utentes in Enfermagem Oncológica, Ano 1, n.º3, Julho 1997, p. 23-33

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR (APED) – Enfermagem. Revista Dor ®: Vol.15, nº1, 2007. ISSN 0872-4814.

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

BASTO, M. – Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina – Proposta de um percurso. Revista Pensar Enfermagem, Vol. 3, nº2, 2º semestre de 2009.

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

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO – Programa de Controlo de Infecção Hospitalar. Comissão de Controlo de Infecção.

CARVALHAL, Rosa – Parcerias na formação – Papel dos Orientadores Clínicos: Perspetivas dos atores. Loures: Lusociência. 2003. ISBN 978-972-83-83-40-4.

CARVALHO, Luísa; COSTA, Teresa e DOMINGUINHOS, Pedro - Empreendedorismo uma Perspetiva Multidimensional- Teoria e Prática. Setúbal: Autores, 2009.

CHALIFOUR, J. - La Relation D'aide En Soins Infirmiers: Une Perspective Holistique-Humaniste. Québec, Gaetan Morin Editeur, 1989.

CHARLOT, B. - Da relação com o saber: elementos para uma teoria. Trad. B. Magne. Porto Alegre: Artmed, 2000.

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

COWAN, J. – Como ser um professor universitário inovador: reflexão na ação. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CRAIG, Jean V., SMYTH, Rosalind L. – Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros. Sem Edição. Loures, Portugal: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4.

DEODATO, S. - Dilemas éticos no exercício profissional no enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros, nº 21, p. 25-30,2006.

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

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

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

FORTIN, Marie-Fabienne – O Processo de Investigação: Da conceção à realização. Sem Edição. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

HESBEEN, W. - Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Lusociência, 1ª edição, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – Manual de Suporte Avançado De Vida. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011.

KOLCABA, K. - Confort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York, Springer Publishing Company, Inc. 2003.

LAZURE H. - Viver a relação de ajuda. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

LE BRETON, David – Compreender a Dor. Portugal: Estrela polar, 2007.

LEI nº 27/2006 - Lei de Bases da Protecção Civil. Diário da República, 1ª Série, Nº 126, de 03 de Julho, 2006.

LEININGER, M. M. - Culture care diversity and universality: Theory of nursing. N. York: National League for Nursing Press, 1991.

LEITE, Elvira, MALPIQUE, Manuela, RIBEIRO DOS SANTOS, Milice – Trabalho de Projeto. Portugal: Edições Afrontamento, 2001.

LEPROHON, Judith – Revista da Ordem, n.º5, Janeiro, 2002.

MACPHAIL, E. - Panorâmica da enfermagem de urgência. In SHEELY, S. – Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática. Loures: Lusociência, 2001.

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

MARTINS, José Carlos Amado – Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem. 2008. Vol.12, nº 2.

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

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

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

NUNES, Lucília et al. – Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. Percursos. ISSN 1646-5067. Nº15, 2010.

OLIVEIRA, R.; MENEZES, J. - Intoxicações exógenas em Clínica Médica. Medicina, Ribeirão Preto, nº 36, Abr./Dez. 2003, p.472-479.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico do enfermeiro: Anotações e

comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

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

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE, série I, número 1, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.

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

PEARSON, A. ; VAUGHAN, B. – Modelos para o exercício de enfermagem. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, 1992.

PHANEUF, Margot – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. 1ªed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.

PIMENTA, CAM – Controle da Dor no Domicílio. Manual de Enfermagem, São Paulo, 2000.

PINTO, V. F. - Humanização e qualidade de vida. Revista Servir. Vol. 44, nº1, Janeiro/Fevereiro 2006, p. 12-20.

POTTER; PERRY - Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos, 5ª ed., Loures: Lusociência, 2006.

QUEIRÓS, A. - Empatia e Respeito, Dimensões Centrais na Relação de Ajuda. Coimbra: Ed. Quarteto Editora, 1999.

REGISTERED NURSES ASSOCIATION of ONTARIO – Assessment and Management of Pain. Toronto: RNAO, 2002. ISBN 0-0-920166-6-34-4-2.

RIGOTTI, M. A. ; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*, vol. 12, nº1, jan-mar 2005, p.50-4.

SITOE, Reginaldo Manuel – Comportamento Organizacional e Gestão. 2006, vol. 12, nº 2, p. 283-290.

THOMPSON, Ian; MELIA, Kath; BOYD, Kenneth – Ética em Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004.

TOMEY, Ann Marriner, ALLIGOOD, Martha Raile. - Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª Edição. Loures, Portugal: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

VAZ, C. & CATITA, P. - Cuidar no serviço de urgência. *Nursing*. Setembro 2000, p. 14-17.

VIEIRA, M. - O cuidado ao encontro da utente: contributos para uma conceptualização dos cuidados de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, 2004.

WALDOW, Vera R. - Examinando o conhecimento na enfermagem. In MEYER et al. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

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

WATT-WATSON, Judith H. – Dor e controlo da Dor. In PHIPPS, Wilma J.; SANDS; Judith K.; MAREK, Jane F. - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. 6ª ed. em inglês. Loures: Lusociência, 2003. Vol. I., p.363-390. ISBN 972-8383-65-7.

WILSON, Jennie – Controle de Infecção na Prática Clínica. 2ª Edição. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, 2003, ISBN 972-8383-57-6.

ELECTRÓNICAS

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR

Disponível em <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR

Disponível em <http://www.aped-dor.com/index.php>

DGS – Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?Codigoms=5521&back=1&codigono=001100150029AAAAAAAAAAAA>.

DUARTE, João; FRANCO, Mário; MARTINS, Margarida – Um estudo caso sobre os custos das infeções no Centro Hospitalar Cova da Beira.

Disponível em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=18&id_rev=4&id_edicao=4.

FERRITO, C. – Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percurso nº15. 2010, Janeiro-Março ISSN 1646-45067.

Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percurso/pdf/Revista_Percursos_15.pdf

KOLCABA, K. (2008). The confort line.

Disponível em www.thecomfortline.com/theory.html

KOLCABA, K. (2008). The confort line personal.

Disponível em <http://www.thecomfortline.com/personal.html>

RIBEIRO, Olivério de Palma [et al] – Qualidade dos Cuidados de Saúde.(2006).

Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE I

(FICHA DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO)

Definição do Problema

Estudante: Sandra Isabel Ramos Contreiras Lobato
Instituição: Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo
Serviço: Urgência Geral
Título do Projeto: Melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente com dor no Serviço de Urgência
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): <p>O projeto que propomos desenvolver relaciona-se com a “ Avaliação e registo sistemático da dor como 5º sinal vital, no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.</p> <p>A dor é um fenómeno fisiológico de importância primordial para a integridade física do indivíduo. A importância da dor, especialmente no que se refere à dor aguda, firma no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Por outro lado, a dor, para além do sofrimento e da limitação da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que contribuem para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e podem levar à perpetuação do fenómeno doloroso (DGS, 2008).</p> <p>Partindo do princípio que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas, em particular com sofrimento/dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, é da competência do enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para alcançar esse objetivo (OE, 2008).</p> <p>Neste sentido, para intervir sobre a pessoa com dor, importa considerar como boa prática clínica a avaliação e registo regular da intensidade da mesma, até porque esta é ainda inúmeras vezes subestimada e, conseqüentemente, negligenciada, contribuindo dessa forma para a qualidade de vida das pessoas e humanização dos cuidados (DGS, 2003).</p> <p>O principal motivo da escolha deste tema relaciona-se com a necessidade de sistematizar a avaliação e registo da dor aos doentes internados no serviço de urgência geral de forma a promover a satisfação e o conforto dos doentes, que está enquadrado nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e, inevitavelmente, de forma a garantir a excelência dos cuidados. A avaliação e registo sistemático da dor como 5º sinal vital surge da necessidade em desenvolver, disseminar e implementar projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.</p>
Diagnóstico de situação
Definição geral do problema Pouca adesão por parte da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência deste Centro Hospitalar à avaliação/registo sistemático das escalas de avaliação da dor.

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

A avaliação e registo sistemático da dor como 5º sinal vital surgiu da necessidade em desenvolver, disseminar e implementar projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste Centro Hospitalar, o desenvolvimento deste projeto teve início em 2005 com o processo de acreditação de qualidade deste hospital pela JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*), a par com este projeto a direção de enfermagem organizou grupos de trabalho constituídos por enfermeiros de forma a desenvolver projetos dos cuidados de enfermagem considerados prioritários, nomeadamente a “Dor – como 5º sinal vital”.

Este projeto obedece às diretrizes da JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) e está enquadrado nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

De forma a garantir a qualidade dos cuidados foram desenvolvidos impressos para monitorização da qualidade do processo. Anualmente os serviços contratualizam com a direção de enfermagem o indicador de qualidade a atingir. O SUG tem contratualizado uma percentagem de conformidade dos registos de avaliação da dor de 70%, no entanto, após análise das auditorias internas, verificou-se que no ano de 2010 só 31,5% dos registos estavam em conformidade e tendo em 2011 aumentado para o valor de 51,6% de conformidade (dados das auditorias internas da dor do Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo)

Nesta linha de ação, como auditores internos ao registo da dor no Serviço de Urgência deste Centro Hospitalar, verificámos, após análise dos resultados das auditorias internas e em reunião com a enfermeira coordenadora do SUG (Enf.ª F.S.), que torna-se premente desenvolver estratégias para sistematizar a avaliação da dor e obter a conformidade dos registos a todos os doentes internados. Por esta razão, propomo-nos, através da metodologia do projeto, esclarecer quais os motivos que levam à pouca adesão na avaliação/registo sistemático das escalas de avaliação da dor.

De forma a direcionar as intervenções para melhorar os resultados realizámos uma avaliação por dimensões dos impressos das auditorias para perceber onde incide a maior não conformidade nos registos, e esta incide principalmente em três itens, na avaliação da dor na admissão do doente, na avaliação da dor uma vez por turno na ausência de dor e quando existe dor, no preenchimento da folha da avaliação inicial da dor.

Após verificação deste facto foram utilizadas algumas ferramentas diagnósticas que permitiram analisar de forma mais sistemática o problema.

Como tal, fez-se pedido formal à Sr.ª Enf.ª Coordenadora do Serviço de Urgência para aplicação de um questionário no respetivo serviço, no sentido de auscultar a equipa de enfermagem relativamente à não aderência por parte dos mesmos à avaliação e registo da dor.

Depois de termos obtido um parecer favorável aplicámos o questionário à equipa de enfermagem no período de 12 a 14 de Janeiro de 2012, tendo a salientar que foram garantidas todas as questões éticas inerentes a qualquer estudo.

O questionário era constituído por quatro partes, a primeira pretendia caracterizar a equipa de enfermagem relativamente à sua situação académica e profissional, a segunda relacionava-se com a formação dos enfermeiros na área da Dor, a terceira com a avaliação e registo da dor e a quarta com protocolos de atuação na área da dor.

Recolhidos os dados procedeu-se ao tratamento dos dados através do programa informático Microsoft Office Excel 2007.

A amostra era constituída por 47 enfermeiros a exercer funções na área da prestação direta de cuidados, em que a predominância era do sexo feminino (79%), com idade entre os 21-30 anos (34%) e entre os 41-50 anos (36%) e com a média de anos de experiência profissional de 14 anos. Relativamente às habilitações académicas destaca-se a Licenciatura em Enfermagem com 81%.

Com base nos resultados obtidos constatou-se que 74% dos enfermeiros referem ter frequentado formação na área da dor, no entanto, esta foi realizada, pela maioria (71%), há 3 ou mais anos.

No que se refere a se as escalas instituídas no serviço são as adequadas, 53% responderam que sim e 47% que não. Dos que responderam que não, 82% identificou a escala Doloplus como sendo a menos adequada.

Relativamente ao grau de importância que os enfermeiros atribuem aos fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor na admissão o enumerado como bastante importante foi a sobrecarga de trabalho, em 83%. A desmotivação foi referida como importante para 40% dos enfermeiros. A não valorização da avaliação foi considerada por 34% dos enfermeiros como nada importante. E a falta de

formação na área foi considerada como importante por 30% dos enfermeiros.

No que diz respeito ao grau de importância que os enfermeiros atribuem aos fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor uma vez por turno, 79% dos enfermeiros atribuíram como bastante importante a sobrecarga de trabalho. A desmotivação foi considerada por 34% dos enfermeiros como importante. A não valorização da dor foi considerada nada importante para 34% dos enfermeiros. E a falta de formação na área foi considerada como importante para 30% dos enfermeiros.

No que se refere ao não preenchimento da folha de avaliação inicial da dor, quando há dor, 81% dos enfermeiros consideram como bastante importante a sobrecarga de trabalho. A desmotivação é atribuída por 34% dos enfermeiros como importante para o não preenchimento. A não valorização da dor é referida como nada importante para 32% dos enfermeiros. A falta de formação na área é considerada como importante para 27% dos enfermeiros. E em relação ao fator folha desajustada/ complexa 45% dos enfermeiros consideram como importante.

Em relação à importância de cada item da folha de avaliação inicial da dor, todos os itens são considerados, pelo maior número de enfermeiros, entre o muito importante e o bastante importante. Exceto o nível de dor aceitável que é considerado por 32% dos enfermeiros como importante.

Com este questionário podemos também verificar que 57% dos enfermeiros não conhece o Guia Orientador de Boa Prática na Dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros.

Relativamente ao grau de importância que atribui à existência de protocolos farmacológicos no Serviço de Urgência 77% dos enfermeiros considerou bastante importante e 19% dos enfermeiros como muito importante. No que se refere ao grau de importância que atribui à existência de protocolos não farmacológicos no Serviço de Urgência 51% dos enfermeiros consideram bastante importante, 21% como muito importante e 19% como importante.

Para corroborar com o que se tem vindo a falar foi elaborada uma análise SWOT, como forma de avaliar mais objetivamente o cenário e facilitar o planeamento estratégico. Em que os pontos fortes são ser um projeto interno da instituição, fazer parte do plano de formação anual do serviço, a colaboração e envolvimento da Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, as folhas de avaliação e registo da dor fazerem parte do processo individual do doente, ser um indicador de qualidade dos Cuidados de Saúde e um projeto de baixo custo económico. Os pontos fracos são escalas de avaliação da dor instituídas no Serviço de Urgência pouco adequadas, falta de formação da equipa de enfermagem e desconhecimento por parte dos enfermeiros do Guia Orientador de Boa Prática na Dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros. Como oportunidades há a salientar, o dar cumprimento à Circular nº 9 da DGS e formar a equipa de enfermagem. Como ameaças temos resistência por parte da equipa relativamente ao preenchimento de impressos, desmotivação da equipa de enfermagem, sobrecarga de trabalho e o risco do projeto não ser prioritário.

As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras alicerçadas pela evidência científica, com o objetivo de obterem as melhores soluções na resolução de problemas específicos de saúde. Sendo o registo sistemático da intensidade da dor um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental na qualidade dos serviços de saúde, a Direcção-Geral da Saúde estabelece a dor como 5.º sinal vital, determinando *“que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, pois o sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes”* (OE, 2008).

Na prática profissional quotidiana, deve-se aceitar que a dor é aquilo que a pessoa diz que sente, no entanto, por vezes é mal interpretada por parte dos profissionais de saúde, na medida em que não é valorizada corretamente. A queixa de dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta. A melhor forma de avaliar a dor é confiando nas palavras e no comportamento do doente, aceitando que a dor existe. Uma das estratégias a adotar é então a utilização sistemática de instrumentos de avaliação, que permitem evitar os erros de interpretação. Para além disso, o instrumento de avaliação deve ser selecionado atendendo às características específicas da pessoa a que se destina, tendo em conta a especificidade de cada um, facilitando uma avaliação mais correta da dor (APED, 2007).

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

- Falta de formação na área temática
- Inexistência de protocolos tanto não farmacológicos como farmacológicos

Determinação de prioridades

Realizar formação à equipa de enfermagem na área temática

Dar a conhecer à equipa de enfermagem o Guia Orientador de Boa Prática na Dor, emanado pela Ordem dos Enfermeiros

Elaborar protocolos farmacológicos e não farmacológicos de atuação na Dor

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

OBJETIVO GERAL

Otimizar os registos de enfermagem referentes ao 5º sinal vital e contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Formar e treinar a equipa de enfermagem relativamente à importância da avaliação e registo da dor nas escalas instituídas no Serviço de Urgência Geral

Elaboração de folheto para a equipa de enfermagem alusivo às Intervenções não farmacológicas no alívio da Dor

Construção de protocolos farmacológicos/ não farmacológicos de atuação na Dor

Referências Bibliográficas (Norma Portuguesa)

- Associação Internacional para o Estudo da Dor
<http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Série I, Número 1, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
<http://www.aped-dor.com/index.php?>
- Direção Geral de Saúde – *Circular Normativa: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. 2003.
- Direção Geral de Saúde – *Circular Normativa: Programa Nacional de Controlo da Dor*. 2008.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) – *Enfermagem*. Revista Dor ®: Vol.15, nº1, 2007. ISSN 0872-4814.

Data:

Assinatura:

APÊNDICE II

(PEDIDO FORMAL À SR.^a ENF.^a COORDENADORA DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA)

À Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência

Sandra Isabel Ramos Contreiras Lobato, a frequentar o 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde, no Instituto Politécnico de Setúbal, a realizar estágio no Serviço de Urgência, no período compreendido entre Outubro de 2011 e Fevereiro de 2012, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência. Este tem por objectivo auscultar a equipa de enfermagem relativamente à avaliação/ preenchimento sistemático das escalas de dor instituídas no Serviço de Urgência.

Como tal junto em anexo o questionário supracitado.

Pede deferimento

Sandra Isabel Ramos Contreiras Lobato
Sandra Isabel Ramos Contreiras Lobato

*É do interesse do
serviço a realização
do estudo.
Daniel
02/01/12*

APÊNDICE III

(QUESTIONÁRIO)

Nº _____

QUESTIONÁRIO

Eu, Sandra Isabel Ramos Contreiras Lobato, no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, a realizar estágio no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, durante o período de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012, pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço relacionado com a Prevenção e controlo da Dor como 5º sinal vital – o papel do enfermeiro no SUG.

Neste sentido solicito a vossa colaboração no preenchimento do seguinte questionário, que tem por objetivo auscultar a equipa de enfermagem relativamente à avaliação/preenchimento sistemático das escalas de dor instituídas no Serviço de Urgência. Este questionário encontra-se dividido em quatro partes, a primeira diz respeito à caracterização da equipa de enfermagem relativamente à sua situação académica e profissional, a segunda relacionada com a formação dos enfermeiros na área da Dor, a terceira com a avaliação e registo da dor e a quarta com protocolos de atuação na área da dor.

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

Caso considere pertinente poderei facultar-lhe os resultados obtidos.

Grata pela vossa colaboração.

Atenciosamente, a colega

Sandra Isabel Ramos Contreiras Lobato

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA

As questões que se seguem pretendem caracterizar a equipa de enfermagem do serviço de urgência, do Centro Hospitalar.

Para tal assinale com um X, de acordo com a sua situação:

1. Género:

Feminino

Masculino

2. Idade:

21 – 30

31 – 40

41 – 50

51 – 60

> 60

3. Habilitações académicas:

Bacharelato em Enfermagem

Licenciatura em Enfermagem

Mestrado

Doutoramento

Especialidade em Enfermagem

Pós-Graduação

Qual? _____

Qual? _____

Qual? _____

Qual? _____

4. Anos de experiência profissional: _____ Anos

5. Há quantos anos exerce funções no serviço de urgência: _____ Anos

PARTE II – FORMAÇÃO

As questões que se seguem têm como objetivo conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem, do Serviço de Urgência, na área da Dor.

1. Já frequentou alguma formação na área da Dor?

Sim

Não

2. Se respondeu sim, há quanto tempo?

< 1 ano

2 anos

3 anos

4 anos

> 5 anos

3. E em que contexto?

No serviço

Na instituição

Seminários

Congressos de Enfermagem

Outros

Especifique: _____

PARTE III – AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR

As seguintes questões têm como objetivo auscultar a sua opinião em relação à avaliação e registo da dor, pelo que deverá assinalar com um X a resposta adequada à sua opinião:

1. Acha que as escalas instituídas no serviço são as adequadas?

Sim

Não

2. Se respondeu não, diga qual ou quais:

Numérica

Doloplus

Flacc

3. Após análise das auditorias internas da dor no serviço de urgência, deste Centro Hospitalar, no período de Junho de 2010 a Junho de 2011, verificou-se que a maior percentagem de não conformidade incidia principalmente na:

- avaliação da dor na admissão;
- avaliação da dor uma vez por turno.
- folha de avaliação inicial da dor, quando há dor.

3.1 - Dos fatores que podem contribuir para **a não avaliação da dor na admissão**, abaixo indicados, classifique-os, de acordo com o grau de importância, utilizando a seguinte escala:

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

Sobrecarga de trabalho

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

Desmotivação

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

Não valoriza a avaliação

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

Falta de formação na área

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

3.2 Dos fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor uma vez por turno, abaixo indicados, classifique-os, de acordo com o grau de importância, utilizando a seguinte escala:

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

Sobrecarga de trabalho

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

Desmotivação

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

Não valoriza a avaliação

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

Falta de formação na área

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

3.3 - Dos fatores que podem contribuir para o não preenchimento da folha de avaliação inicial da dor, quando há dor, abaixo indicados, classifique-os, de acordo com o grau de importância, utilizando a seguinte escala:

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

Sobrecarga de trabalho

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

Desmotivação

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

Não valoriza a avaliação

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

Falta de formação na área

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

Folha de registo desajustada ou complexa

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

3.4 - Em relação à folha inicial da dor que grau de importância atribui ao preenchimento dos seguintes itens, utilizando a escala seguinte:

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

a) Localização da dor	1	2	3	4	5
b) Intensidade da dor	1	2	3	4	5
c) Pior dor sentida	1	2	3	4	5
d) Nível de dor aceitável	1	2	3	4	5
e) Tipo de dor	1	2	3	4	5
f) Início, duração, variação e frequência da dor	1	2	3	4	5
g) O que causa ou intensifica a dor	1	2	3	4	5
h) Sintomas que acompanham a dor	1	2	3	4	5
i) Em que medida a dor interfere nas atividades de vida	1	2	3	4	5
j) O que promove o alívio da dor	1	2	3	4	5
k) Alergias	1	2	3	4	5
l) Plano de atividades	1	2	3	4	5

3.5 - Conhece o Manual de boas práticas sobre a dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros?

Sim

Não

PARTE IV – PROTOCOLOS DE ACTUAÇÃO

Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a nada importante e 5 bastante importante, assinale com um X o grau de importância que atribui à existência, no serviço de urgência, de:

1. Protocolo Farmacológico?

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

2. Protocolo não farmacológico?

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

Muito obrigada pela colaboração!

APÊNDICE IV

(CONSENTIMENTO INFORMADO)

Consentimento informado

Eu, _____, Enfermeira(o) do Serviço de Urgência Geral deste Centro Hospitalar, declaro que fui informada(o) pela autora do estudo, Sandra Isabel Ramos Contreiras Lobato, do âmbito e objetivo do estudo, e de que a instituição de ensino promotora do estudo é a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e que me foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como da possibilidade de, em qualquer altura, abandonar a participação no estudo, e que posso conhecer os resultados obtidos, se assim o pretender.

Deste modo, aceito participar de forma voluntária e esclarecida neste estudo, e autorizo a utilização dos resultados obtidos, no âmbito deste estudo.

O participante: _____

Barreiro, de Janeiro de 2012

APÊNDICE V

(TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS)

TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS



Índice

0 - INTRODUÇÃO	3
1 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	4
2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	5
3 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	6
4 - CONCLUSÃO	18



Índice de Gráficos

Gráfico nº 1 – Género	6
Gráfico nº 2 - Faixa etária da amostra	7
Gráfico nº 3 - Habilitações académicas	7
Gráfico nº 4 - Anos de experiência profissional	8
Gráfico nº 5 - Anos de exercício profissional no Serviço de Urgência	8
Gráfico nº 6 - Formação na área da Dor	9
Gráfico nº 7 - Há quanto tempo realizou a formação	9
Gráfico nº 8 - Contexto da realização da formação	10
Gráfico nº 9 - Escalas instituídas no serviço são as adequadas	11
Gráfico nº 10 – Escalas menos adequadas	11
Gráfico nº 11 - Fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor na admissão ...	12
Gráfico nº 12 - Fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor uma vez por turno.....	13
Gráfico nº 13 - Fatores que podem contribuir para o não preenchimento da folha de avaliação inicial da dor, quando há dor	14
Gráfico nº 14 - Importância de cada item da folha inicial da dor	14
Gráfico nº 15 - Conhece o manual de boas práticas sobre a dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros	15
Gráfico nº 16 - Grau de importância que atribui à existência, no Serviço de Urgência, de protocolo farmacológico da dor	16
Gráfico nº 17 - Grau de importância que atribui à existência, no Serviço de Urgência, de protocolo não farmacológico da dor	17

0 – INTRODUÇÃO

Durante a elaboração do Projeto de Intervenção em Serviço, na fase de diagnóstico de situação foi identificado um problema. Este relaciona-se com a dor e foi identificado no contexto onde realizámos o estágio (Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo) e corroborado pela experiência profissional enquanto enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência. O principal motivo da escolha relaciona-se com a necessidade de sistematizar a avaliação e registo da dor aos doentes internados no serviço de urgência geral de forma a promover a satisfação e o conforto dos doentes, que está enquadrado nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e, inevitavelmente, de forma a garantir a excelência dos cuidados. A avaliação e registo sistemático da dor como 5º sinal vital surge da necessidade em desenvolver, disseminar e implementar projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Como auditores internos ao registo da dor no Serviço de Urgência deste Centro Hospitalar verificámos, após análise dos resultados das auditorias internas e em reunião com a enfermeira coordenadora do SUG (Enf.^a F.S.), que torna-se premente desenvolver estratégias para sistematizar a avaliação da dor e obter a conformidade dos registos a todos os doentes internados. Por esta razão, propusemos, através da metodologia do projeto, esclarecer quais os motivos que levam à pouca adesão na avaliação/registo sistemático das escalas de avaliação da dor.

De forma a direcionar as intervenções para melhorar os resultados realizámos uma avaliação por dimensões dos impressos das auditorias para perceber onde incide a maior não conformidade nos registos, e esta incide principalmente em três itens, na avaliação da dor na admissão do doente, na avaliação da dor uma vez por turno na ausência de dor e quando existe dor, no preenchimento da folha da avaliação inicial da dor.

Após verificação deste facto foram utilizadas algumas ferramentas diagnósticas que permitiram analisar de forma mais sistemática o problema.

1 – INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados que se desenvolveu e se apresenta é um questionário. Fortin (2003, p.249) refere que *“O questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”*.

Como em todas as investigações com recurso ao questionário, houve necessidade de construir um instrumento de recolha de informação devidamente estruturado tendo presente os objetivos do estudo.

Como tal, fez-se pedido formal à Sr.^a Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência para aplicação de um questionário no respetivo serviço, no sentido de auscultar a equipa de enfermagem relativamente à não aderência por parte dos mesmos à avaliação e registo da dor.

Depois de termos obtido um parecer favorável, foi aplicado um pré-teste, que segundo FORTIN (1999, p.253), *“consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (...), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”*, a cinco enfermeiros das diferentes equipas, de forma a avaliar a eficácia e a pertinência do questionário antes de ser aplicado à equipa de enfermagem. Visto não se ter levantado qualquer dificuldade no seu preenchimento, aplicámos o questionário à equipa de enfermagem, no período de 12 a 14 de Janeiro de 2012, tendo a salientar que foram garantidas todas as questões éticas inerentes a qualquer estudo e que cada enfermeiro assinou uma folha de consentimento informado. Referindo Fortin (1999, p.114), *“a ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e da arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”*.

O questionário era composto por quatro partes, onde a primeira parte pretendia caracterizar a equipa de enfermagem relativamente à sua situação académica e profissional, a segunda tinha como objetivo conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem na área da Dor, a terceira pretendia conhecer o grau de importância que os enfermeiros atribuem à avaliação e registo da dor e a quarta parte pretendia conhecer a opinião dos

enfermeiros relativamente à criação de protocolos na área da dor.



2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fortin (1999, p.202) refere que a população alvo é constituída “*pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações*”.

A equipa de enfermagem é constituída por 61 enfermeiros, no entanto, foram excluídos os 3 enfermeiros da área da gestão, porque normalmente não efetuam os registos de avaliação da dor, sendo então a população-alvo constituída pelos enfermeiros a exercer funções na área da prestação direta de cuidados (58 enfermeiros), no Serviço de Urgência deste Centro Hospitalar.

A amostra constitui o *subconjunto de uma população (...) uma réplica em miniatura da população alvo*, devendo ser representativa da população visada, ou seja, *as características da população devem estar presentes na amostra selecionada* (Fortin, 1999, p.202). Uma amostra é um subgrupo da população de estudo selecionado de tal forma que as observações que dele fizermos possam ser generalizadas à totalidade da população.

A amostra final do estudo é formada por 47 enfermeiros a exercer funções na área da prestação direta de cuidados (as limitações encontradas, para não se obter a totalidade da amostra, prendem-se com a ausência dos enfermeiros do serviço por férias, licenças por doença e de maternidade).

3 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

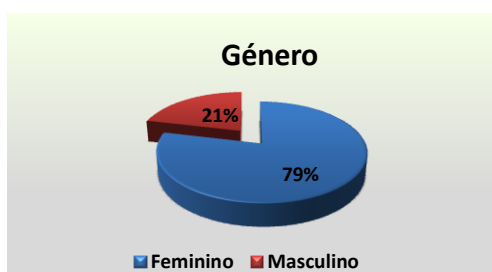
Após a recolha dos questionários, procedeu-se ao tratamento e análise dos dados, com recurso ao programa informático Excel 2010, que irei passar a descrever.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA

1 – Quanto ao género

Do tratamento de dados podemos inferir que a amostra era predominantemente do sexo feminino (79%), somente 21% do sexo masculino

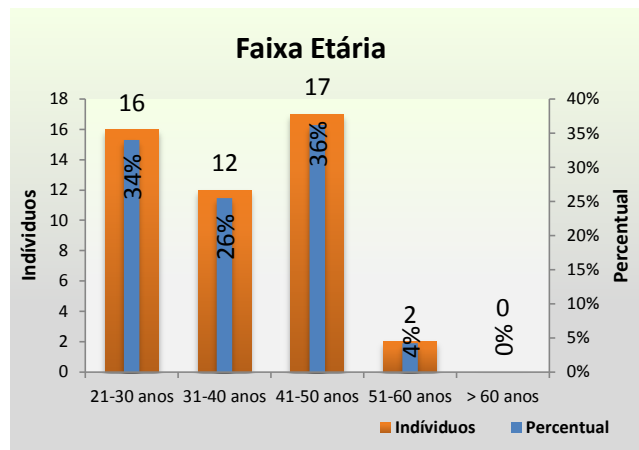
Gráfico n° 1 – Género



2 – Quanto à idade

Os enfermeiros situam-se, em relação à idade, numa faixa etária jovem, 34% apresenta idade compreendida entre os 21 e 30 anos e 26 % com idade compreendida entre os 31 e 40 anos. Existe no entanto 36 % de enfermeiros com idade entre os 41 e 50 anos e apenas 4 % com idade entre 51 e 60 anos tal como se observa no gráfico

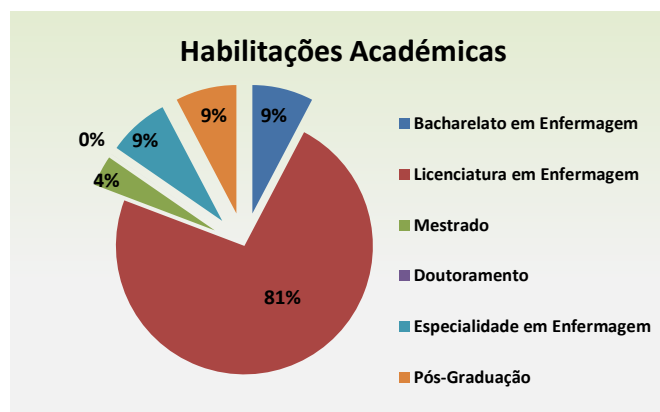
Gráfico n° 2 – Faixa etária da amostra



3 – No que se refere às habilitações académicas

Relativamente às habilitações académicas destaca-se a Licenciatura em Enfermagem com 81%, sendo também pertinente referir que 9% têm a Especialidade e 4% o Mestrado

Gráfico n° 3 – Habilitações académicas



4 – Quanto aos anos de experiência profissional

Da análise dos dados concluímos que os enfermeiros que constituem a amostra têm em média 14 anos de experiência profissional

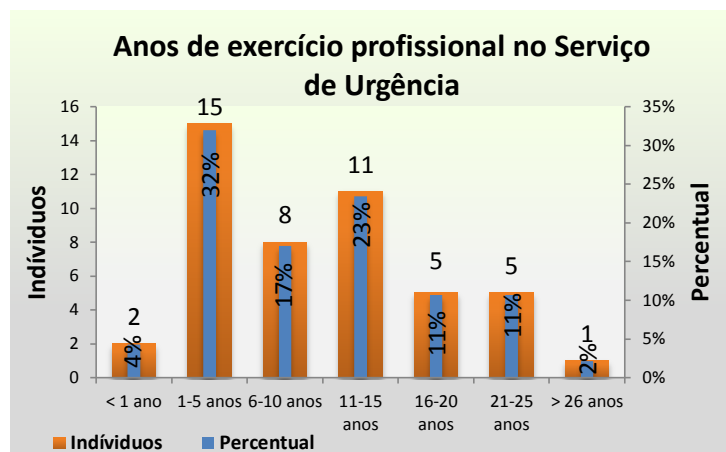
Gráfico nº 4 – Anos de experiência profissional



5 - Quanto aos anos de exercício profissional no Serviço de Urgência

Podemos concluir que em média os enfermeiros que constituem a amostra têm 10 anos de exercício profissional no serviço de urgência

Gráfico nº 5 – Anos de exercício profissional no Serviço de Urgência



PARTE II – FORMAÇÃO

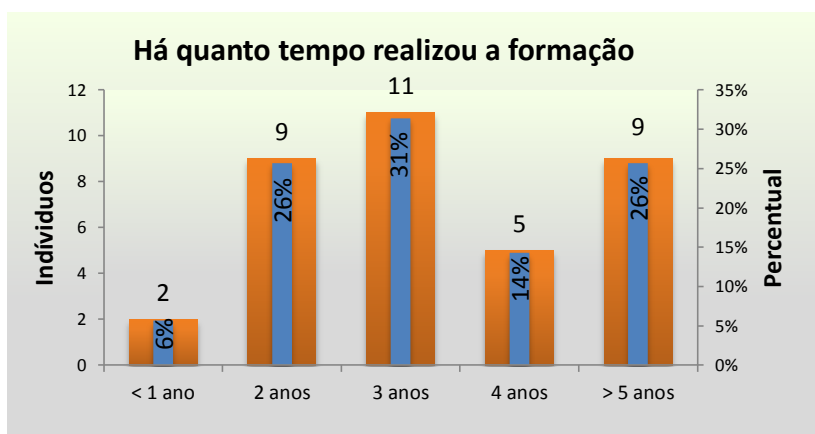
1 - No que se refere à formação na área da Dor

Relativamente à questão se já tinham frequentado alguma formação na área da Dor 74% dos enfermeiros respondeu que sim. Dos enfermeiros que responderam sim a maioria realizou há 3 ou mais anos, como se pode observar nos gráficos seguintes

Gráfico nº 6 – Formação na área da Dor



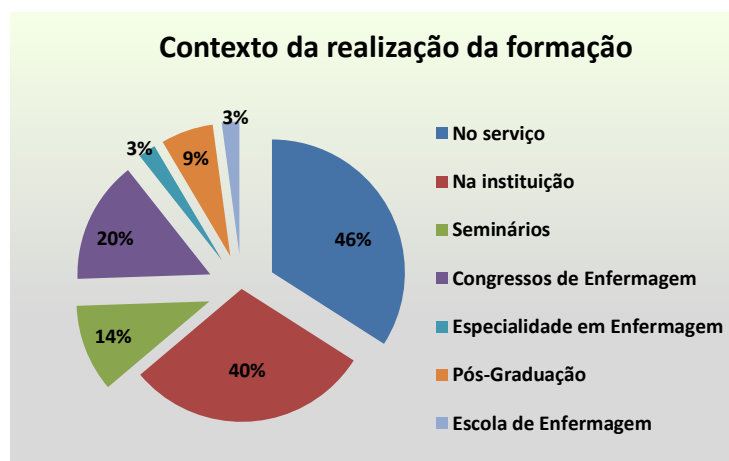
Gráfico nº 7 – Há quanto tempo realizou a formação



2 - Relativamente ao contexto em que foi realizada a formação

Quando questionados em que contexto realizou a formação a maioria dos enfermeiros respondeu no serviço (46%) e na instituição (40%)

Gráfico n° 8 – Contexto da realização da formação



PARTE III – AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR

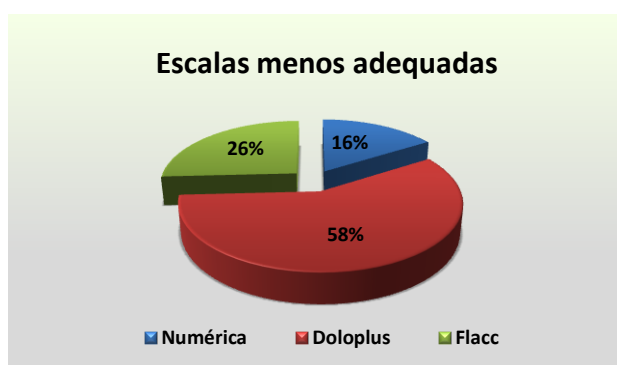
1 - Quanto às escalas instituídas no serviço

No que se refere a se as escalas instituídas no serviço são as adequadas, 53% responderam que sim e 47% que não. Dos que responderam que não, 82% identificou a escala Doloplus como sendo a menos adequada como se pode observar nos gráficos

Gráfico n° 9 – Escalas instituídas no serviço são as adequadas



Gráfico n° 10 – Escalas menos adequadas



Após análise das auditorias internas da dor no serviço de urgência, deste Centro Hospitalar, no período de Junho de 2010 a Junho de 2011, verificámos que a maior percentagem de não conformidade incidia principalmente na:

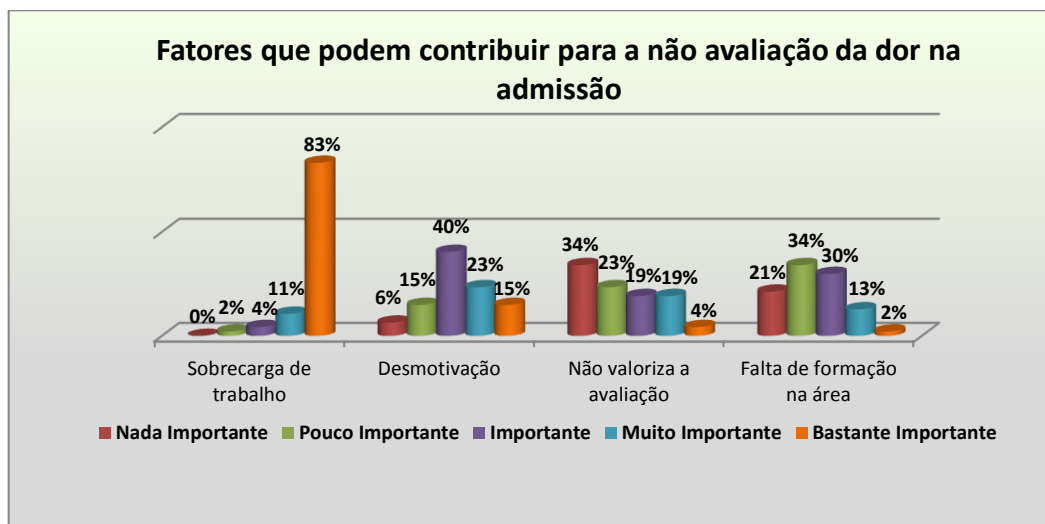
- avaliação da dor na admissão

- avaliação da dor uma vez por turno
- folha de avaliação inicial da dor, quando há dor

2 – No que se refere aos fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor na admissão

Relativamente ao grau de importância que os enfermeiros atribuem aos fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor na admissão o enumerado como bastante importante foi a sobrecarga de trabalho, em 83%. A desmotivação foi referida como importante para 40% dos enfermeiros. A não valorização da avaliação foi considerada por 34% dos enfermeiros como nada importante. E a falta de formação na área foi considerada como importante por 30% dos enfermeiros.

Gráfico nº 11 – Fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor na admissão

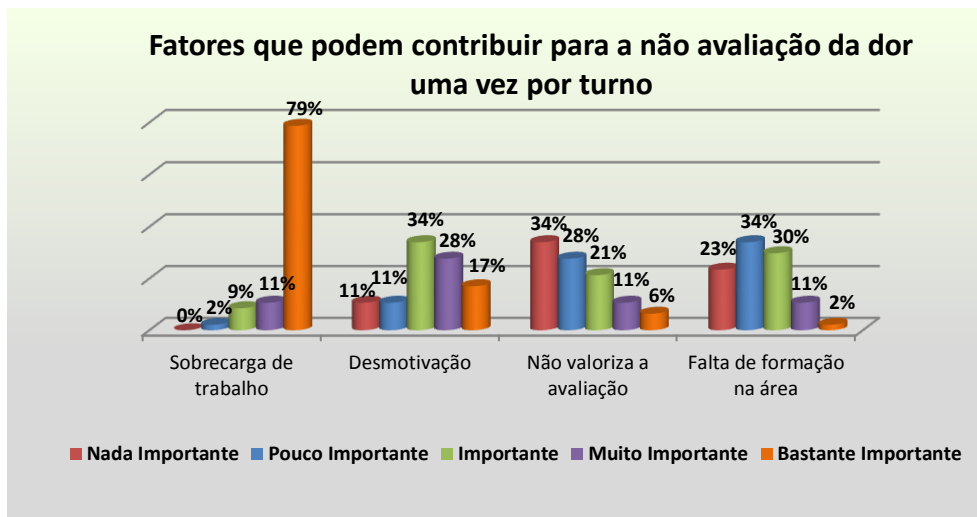


3 – Relativamente aos fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor uma vez por turno

No que diz respeito ao grau de importância que os enfermeiros atribuem aos fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor uma vez por turno, 79% dos enfermeiros

atribuíram como bastante importante a sobrecarga de trabalho. A desmotivação foi considerada por 34% dos enfermeiros como importante. A não valorização da dor foi considerada nada importante para 34% dos enfermeiros. E a falta de formação na área foi considerada como importante para 30% dos enfermeiros.

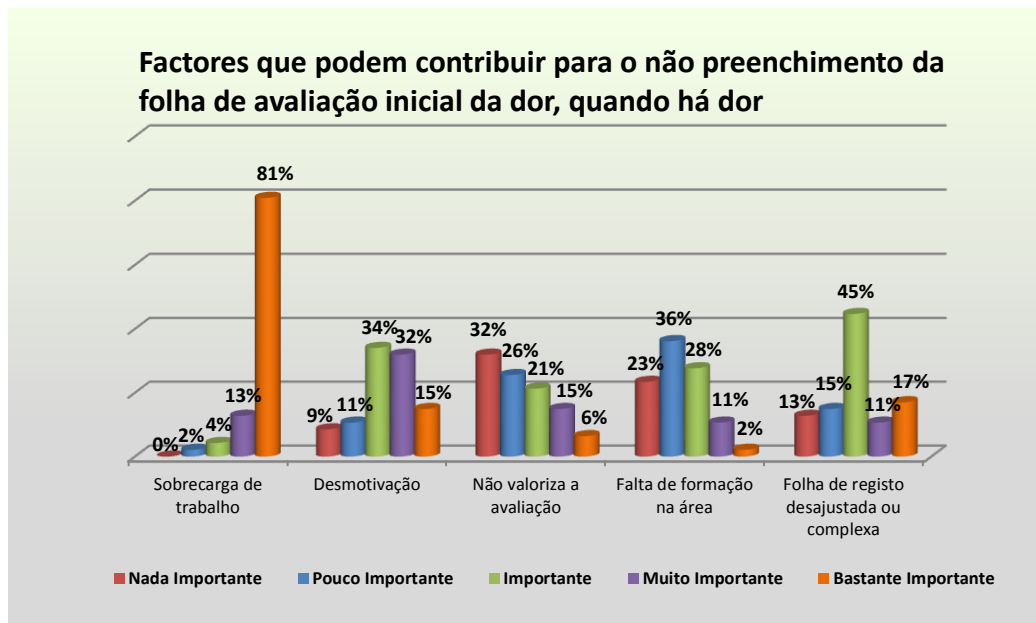
Gráfico n° 12 – Fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor uma vez por turno



4 – Quanto aos fatores que podem contribuir para a não avaliação da dor na admissão

No que se refere ao não preenchimento da folha de avaliação inicial da dor, quando há dor, 81% dos enfermeiros consideram como bastante importante a sobrecarga de trabalho. A desmotivação é atribuída por 34% dos enfermeiros como importante para o não preenchimento. A não valorização da dor é referida como nada importante para 32% dos enfermeiros. A falta de formação na área é considerada como importante para 27% dos enfermeiros. E em relação ao fator folha desajustada/ complexa 45% dos enfermeiros consideram como importante.

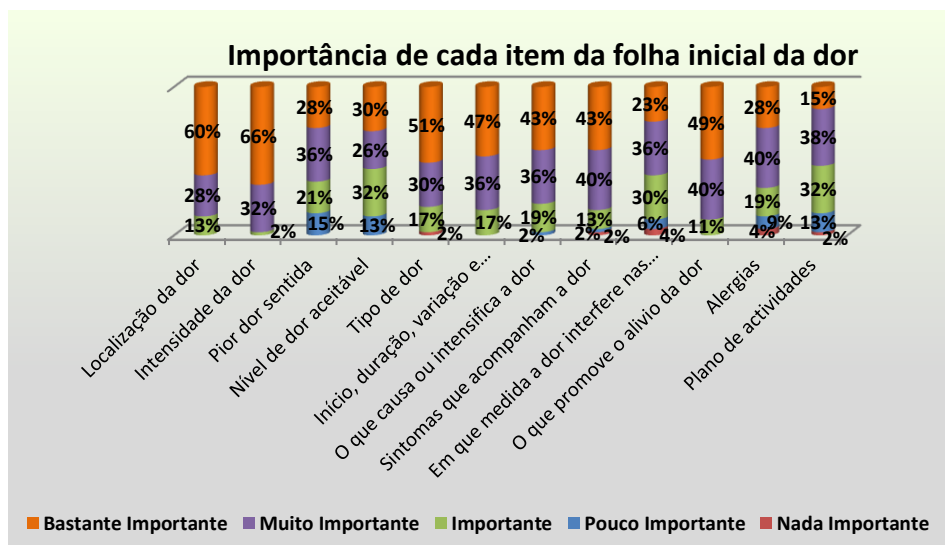
Gráfico nº 13 – Fatores que podem contribuir para o não preenchimento da folha de avaliação inicial da dor, quando há dor



5 – No que refere à importância de cada item da folha de avaliação inicial da dor

Em relação à importância de cada item da folha de avaliação inicial da dor, todos os itens são considerados, pelo maior número de enfermeiros, entre o muito importante e o bastante importante

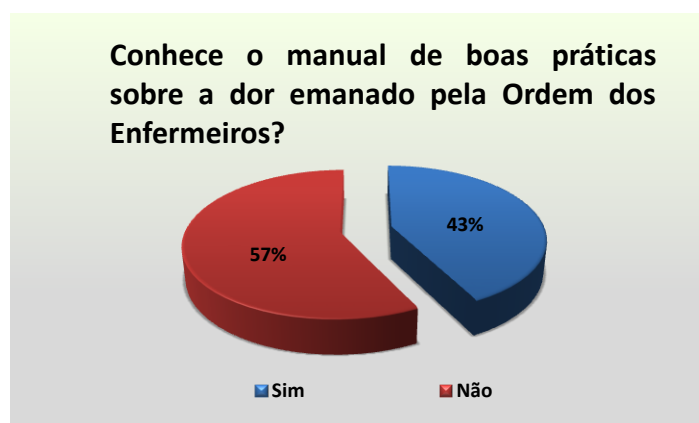
Gráfico nº 14 – Importância de cada item da folha inicial da dor



6 – Quanto à questão se conhece o Manual de boas práticas sobre a dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros

Podemos verificar que 57% dos enfermeiros não conhece o Guia Orientador de Boa Prática na Dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros.

Gráfico nº 15 – Conhece o manual de boas práticas sobre a dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros



PARTE IV – PROTOCOLOS DE ACTUAÇÃO

1 - Quanto ao grau de importância que atribui à existência no serviço de urgência de protocolos

Relativamente ao grau de importância que atribui à existência de protocolos farmacológicos no Serviço de Urgência 77% dos enfermeiros considerou bastante importante e 19% dos enfermeiros como muito importante. No que se refere ao grau de importância que atribui à existência de protocolos não farmacológicos no Serviço de Urgência 51% dos enfermeiros consideram bastante importante, 21% como muito importante e 19% como importante, como se pode observar nos gráficos seguintes

Gráfico nº 16 – Grau de importância que atribui à existência, no Serviço de Urgência, de protocolo farmacológico da dor

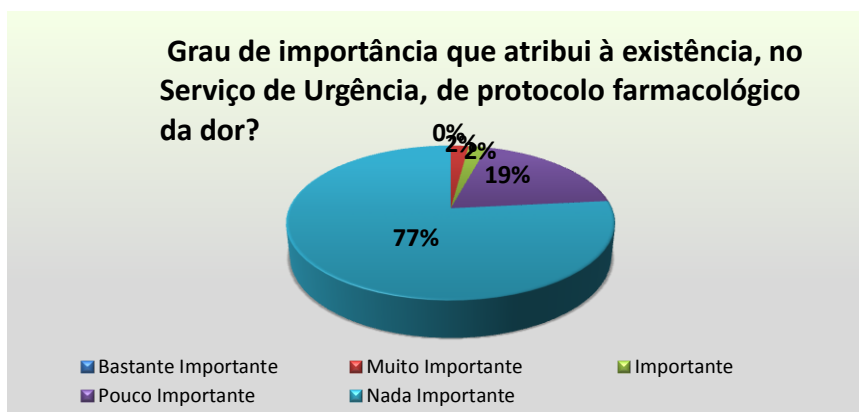
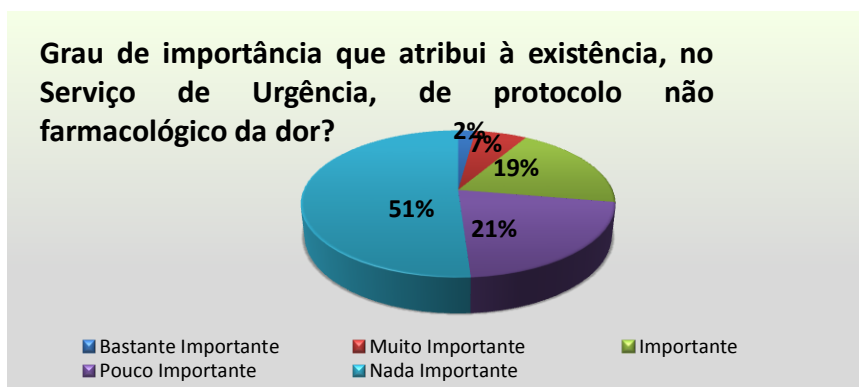


Gráfico nº 17 – Grau de importância que atribui à existência, no Serviço de Urgência, de protocolo não farmacológico da dor



4 – CONCLUSÃO

Com a aplicação deste questionário podemos concluir que é importante a realização de formação há equipa de enfermagem, de forma a esclarecer quaisquer dúvidas que possa haver relativamente à escolha e preenchimento das escalas de avaliação da dor existentes no Serviço de Urgência.

Consideramos também que é importante a criação de protocolos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor, visto a equipa de enfermagem referir como bastante importante a existência destes no serviço.



APÊNDICE VI

(ANÁLISE SWOT)

ANÁLISE SWOT

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none">- Projeto interno da instituição;- Fazer parte do plano de formação anual do serviço;- Colaboração e envolvimento da Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência;- Folhas de avaliação e registo da dor fazerem parte do processo individual do doente;- Indicador de qualidade dos Cuidados de Saúde;- Projeto de baixo custo económico	<ul style="list-style-type: none">- Escalas de avaliação da dor instituídas no Serviço de Urgência pouco adequadas;- Falta de formação da equipa de enfermagem;- Desconhecimento por parte dos enfermeiros do Guia Orientador de Boa Prática na Dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none">- Dar cumprimento à Circular nº 9 da DGS;- Formar a equipa de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Resistência por parte da equipa relativamente ao preenchimento de impressos;- Desmotivação da equipa de enfermagem;- Sobrecarga de trabalho;- Risco do projeto não ser prioritário

APÊNDICE VII

(PLANEAMENTO DO PROJETO E CRONOGRAMA INICIAL)

Planeamento do Projeto

Estudante: Sandra Isabel Ramos Contreiras Lobato	Orientador: Enfermeira Especialista T. L.
Instituição: Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo	Serviço: Urgência Geral
Título do Projeto: Prevenção e controlo da dor como 5º sinal vital - o papel do enfermeiro no Serviço de Urgência Geral	
Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):	
<u>OBJETIVO GERAL</u> Otimizar os registos de enfermagem referentes ao 5º sinal vital e contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo	
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Formar e treinar a equipa de enfermagem relativamente à importância da avaliação e registo da dor nas escalas instituídas no Serviço de Urgência Geral• Construção de protocolos farmacológicos/ não farmacológicos para alívio da Dor• Elaborar folheto para a equipa de enfermagem alusivo às Intervenções não farmacológicas no alívio da Dor	

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)

Enfermeira Orientadora (Sr.^a Enf.^a T. L.)

Enfermeira Responsável pelo SUG (Sr.^a Enf.^a F. S.)

Enfermeiras Responsáveis pela Formação em Serviço (Sr.^a Enf.^a N. P., Sr.^a Enf.^a P. M. e Sr.^a Enf.^a D. P.)

Equipa de Enfermagem do SUG

Data: / /

Assinatura: _____

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	

<p>Formar e treinar a equipa de enfermagem relativamente à importância da avaliação e registo da dor nas escalas instituídas no Serviço de Urgência Geral</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre a dor</p> <p>Criação de dossier temático sobre a dor;</p> <p>Construção de slides;</p> <p>Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora;</p> <p>Procede às alterações caso necessário;</p> <p>Marcação da sessão de formação;</p> <p>Elaboração de um plano de sessão;</p> <p>Divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros;</p> <p>Realização da formação;</p> <p>Avaliação da formação.</p>	<p>Enf.^a F. S.</p> <p>Enf.^a T. L.</p> <p>Enf.^a N.P., P. M. e D. P.</p> <p>Equipa de enfermagem do SUG</p>	<p>Suporte bibliográfico</p> <p>Material informático</p> <p>Sala de reuniões do Serviço de Urgência Geral</p>	<p>120h</p>	<p>Dossier temático da Dor;</p> <p>Conjunto de slides;</p> <p>Cartaz de divulgação da ação de formação</p> <p>Plano de sessão</p>
---	--	--	---	-------------	---

<p>Construção de protocolos farmacológicos/não farmacológicos para alívio da Dor</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre protocolos;</p> <p>Reunião de serviço com a Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência e Diretor do Serviço de Urgência a fim de criar grupo de trabalho responsável pela realização do protocolo farmacológico;</p> <p>Reunião com Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência, Enf.^a Orientadora e Enfermeiro do grupo de trabalho da Dor do Serviço de Urgência para realização do protocolo não farmacológico;</p> <p>Elaboração dos protocolos;</p> <p>Discussão com o grupo de trabalho;</p> <p>Procede às alterações, caso necessário;</p> <p>Pedido de autorização à Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência e Diretor do Serviço de Urgência para implementar os protocolos;</p> <p>Implementação dos protocolos;</p>	<p>Enf.^a F. S.</p> <p>Enf.^a T. L.</p> <p>Grupo de trabalho da dor do SU</p> <p>Enf.^a N.P., P. M. e D. P.</p> <p>Diretor Serviço de Urgência</p>	<p>Suporte bibliográfico</p> <p>Material informático</p>	<p>160h</p>	<p>Protocolos farmacológicos/ Protocolos não farmacológicos</p>
--	---	--	--	-------------	---

<p>Elaborar folheto para a Equipa de Enfermagem relacionado com as Intervenções não farmacológicas no alívio da Dor</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre as intervenções não farmacológicas no alívio da dor e sobre normas de elaboração de folhetos;</p> <p>Elaboração de folheto;</p> <p>Apresentação do folheto à Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf.^a Orientadora e ao Enfermeiro do grupo de trabalho da Dor do Serviço de Urgência;</p> <p>Procede às alterações, caso necessário;</p> <p>Procede a pedido de autorização ao Conselho de Administração para implementação do folheto;</p> <p>Procede à impressão do folheto;</p> <p>Implementação do folheto</p>	<p>Enf.^a F. S.</p> <p>Enf.^a T. L.</p> <p>Grupo de trabalho da dor do serviço</p> <p>Enf.^a N.P., P.M. e D.P.</p>	<p>Suporte bibliográfico</p> <p>Material informático</p>	<p>60h</p>	<p>Folheto</p>
---	--	--	--	------------	----------------

Reunião com Enf. ^a Coordenadora do Serviço de Urgência, Enf. ^a Orientadora e Enfermeiro do grupo de trabalho da Dor do Serviço de Urgência para realização do protocolo não farmacológico										
Elaboração dos protocolos										
Discussão com o grupo de trabalho										
Proceder às alterações, caso necessário										
Pedir autorização à Enf. ^a Coordenadora do Serviço de Urgência e Diretor do Serviço de Urgência para implementar os protocolos										
Implementar os protocolos										

Orçamento:

Recursos Humanos: Não se preveem gastos suplementares

Recursos Materiais: Não se preveem gastos suplementares

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Dificuldade em concretizar todas as atividades em tempo útil 

elaboração do cronograma;

definição de atividades realizáveis para possibilitar o cumprimento das atividades previstas

Pouca motivação da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral para participar em novos projetos 

Dar a conhecer os objetivos do projeto em conversas informais;

Ouvir e aceitar sugestões dos enfermeiros sobre a implementação do projeto.

Data ___ / ___ / _____

Assinatura: _____

Docente: _____

APÊNDICE VIII

(DOSSIER TEMÁTICO DA DOR)

DOSSIER TEMÁTICO

DOR 5º SINAL VITAL



Elaborado por Sandra Contreiras
Enf.^a Orientadora Teresa Lourenço
Prof. Elsa Monteiro

Junho, 2012

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	1
1 - CIRCULARES NORMATIVAS	4
1.1 - Circular Normativa N.º 09/DGCG de 14/06/2003 , sobre a dor como 5.º sinal vital – registo sistemático da dor	5
1.2 - Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008 , sobre o Programa Nacional de Controlo da Dor	10
2 – ORIENTAÇÕES TÉCNICAS	27
2.1 - Orientação N.º 15/2010 de 15/12/2010 , sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa	28
3 - PROCEDIMENTO GERAL – AVALIAÇÃO DA DOR DO CENTRO HOSPITALAR DA MARGEM SUL DO TEJO	46
4 - DOR - GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA DA ORDEM DOS ENFERMEIROS	98
5 – ARTIGOS CIENTÍFICOS	143
5.1 – Artigo 1 “Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens”	144
5.2 – Artigo 2 “O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital”	156
5.3 – Artigo 3 “A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral”	164
5.4 – Artigo 4 “A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)”	173
6 – ACÇÃO DE FORMAÇÃO – DOR 5º SINAL VITAL	181

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que estamos a frequentar no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço, no decorrer do Estágio no Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, que incide na área temática da Dor.

No geral, as boas práticas resultam da aplicação de linhas orientadoras fundamentadas pela evidência científica, com o intuito de obterem as melhores soluções na resolução de problemas específicos de saúde. Sendo o controlo da dor, um direito que assiste às pessoas e um dever dos profissionais de saúde.

A Direcção-Geral da Saúde estabelece a dor como 5.º sinal vital, determinando que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, pois o sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes.

Para além disso, estratégias de educação, formação e ensino são essenciais para o desenvolvimento dessas boas práticas (OE, 2008).

Como tal, achamos ser pertinente a realização deste dossier temático como forma de auxiliar os profissionais de saúde com a bibliografia existente nesta área temática.

1. CIRCULARES NORMATIVAS



IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: DGS

TÍTULO: “A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor”

EDIÇÃO:

EDITORA:

CIDADE: Lisboa

DATA: 2003

ISBN:

PÁG.:

PALAVRAS-CHAVE: Dor, avaliação da dor, registo da intensidade da dor, escalas de avaliação da dor

RESUMO: A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a “Dor como o 5º sinal vital”.

Como tal, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde, o registo sistemático da intensidade da dor, a utilização para mensuração da intensidade da dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces” e a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da dor.

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: DGS

TÍTULO: “Programa Nacional de Controlo da Dor”

EDIÇÃO: **EDITORIA:**

CIDADE: Lisboa **DATA:** 2008

ISBN: **PÁG.:**

PALAVRAS-CHAVE: Programa Nacional de Controlo da Dor, dor, importância da dor, controlo da dor

RESUMO: A Direcção-Geral de Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, emite o novo Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDOR).

O Programa pretende normalizar uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população que sofre de dor aguda ou de dor crónica, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento.

A importância da dor enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica, particularmente no que se refere à dor aguda, está bem patente no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral.

O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. De facto, o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, de acordo com a proposta apresentada pela International Association for the Study of Pain (IASP).

2. ORIENTAÇÕES TÉCNICAS



IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: DGS

TÍTULO: Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa

EDIÇÃO:

EDITORIA:

CIDADE: Lisboa

DATA: 2010

ISBN:

PÁG.:

PALAVRAS-CHAVE: Dor crónica no idoso, avaliação da dor, tratamento da dor

RESUMO: Atendendo a que, como experiência subjetiva, não há testes objetivos para medir a dor, a sua presença e a intensidade devem ser avaliadas e medidas pelo que o doente exprime.

A avaliação da dor no idoso pelas escalas de autoavaliação, se não forem detetadas dificuldades de comunicação, é complementada por uma história clínica detalhada, um exame objetivo rigoroso, uma história terapêutica correta e uma avaliação bio-psico-social. O tratamento da dor crónica da pessoa idosa assume particular importância em qualquer contexto, no domicílio, em internamento ou institucionalizado.

**3. PROCEDIMENTO GERAL –
AVALIAÇÃO DA DOR DO CENTRO
HOSPITALAR DA MARGEM SUL
DO TEJO**



4. DOR - GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA DA ORDEM DOS ENFERMEIROS



IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: MATEUS, Ana Maria Lopes et al

TÍTULO: DOR – Guia Orientador de Boa Prática

EDIÇÃO: Ordem dos Enfermeiros

EDITORA:

CIDADE: Lisboa

DATA: 2008

ISBN: 978-972-99646-9-5

PÁG.:

PALAVRAS-CHAVE: Valorização da dor, avaliação da dor, controlo da dor

RESUMO: Este guia pretende assinalar a importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor como elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

Partindo do princípio que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas – e em concreto às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor – tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, avaliando os resultados.

A prestação de cuidados à pessoa com dor inclui a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções ser documentadas.

5. ARTIGOS CIENTÍFICOS



IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: CIENA, Adriano Polican et al

TÍTULO: Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens

EDIÇÃO: Semina: Ciências Biológicas e da Saúde

CIDADE: Londrina

DATA: Jul./Dez. 2008

ISSN: 1676-5435

PÁG.: 201-212

PALAVRAS-CHAVE: Dor, Medição da dor, Idoso

RESUMO: Dor é definida como uma desagradável experiência sensorial e emocional associada a um dano atual ou potencial do tecido, ou descrita em termos deste dano, recebendo a denominação de "5º sinal vital". Objetivou-se, neste estudo, avaliar a influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração de dor em idosos e adultos jovens internados no Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Foi avaliada a dor de dois grupos de pacientes, idosos (GI) e adultos jovens (GII), contendo 100 indivíduos cada grupo, do período de Abril a Julho de 2006, que foram selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. A avaliação da dor foi realizada através das escalas: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Visual Numérica (EVN) e Escala de Fácies (EF). Os resultados apontaram forte nível de concordância entre as escalas no grupo GII, apresentando significância estatística ($p < 0,05$) nas três classificações de dores, porém no grupo GI observou-se fraca concordância entre as escalas ($p < 0,05$) da EVN na classificação da dor leve. Conclui-se que os resultados demonstraram a existência de influência da intensidade de dor sobre as respostas das escalas no grupo GI, porém no grupo GII não se observou influência da intensidade da dor sobre as respostas.

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: FONTES, Kátia Biagio; JAQUES, André Estevam

TÍTULO: O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital

EDIÇÃO: Ciência Cuidado em Saúde

CIDADE: Paraná

DATA: 2007

ISSN: 1677-3861

PÁG.: 481-487

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação da dor, Enfermagem, Papel do profissional de enfermagem

RESUMO: A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor preconizaram a avaliação e registo sistemático da dor, concomitante com os outros sinais vitais, instituindo a dor como o 5º sinal vital. Porém, a dor continua sendo subtratada e subnotificada, pois poucos profissionais de saúde possuem conhecimento sobre este tema. O objetivo do presente estudo foi investigar sobre o papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor. Consistiu-se de uma revisão bibliográfica de artigos de periódicos, realizada nas bases de dados MedLine por meio da PubMed e LILACS através da Bireme. Obteve-se uma amostra de nove artigos de periódicos, foram consideradas outras referências encontradas por meio de busca inicial. Da análise dos resultados, concluiu-se que a enfermagem, como integrante da equipe multidisciplinar, pode influenciar todo trabalho em equipe, portanto, o adequado preparo destes profissionais torna-se indispensável para que se alcance sucesso na administração da dor.

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA Rosane Teresinha

TÍTULO: A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral

EDIÇÃO: Revista Texto & Contexto Enfermagem

CIDADE: Florianópolis

DATA: Abr-Jun 2010

ISSN: 0104-0707

PÁG.: 283-290

PALAVRAS-CHAVE: Dor, Avaliação em enfermagem, Assistência ao paciente

RESUMO: Pesquisa descritiva, que objetivou descrever as impressões dos enfermeiros sobre o uso de uma escala visual analógica de avaliação da dor em adultos. Os dados foram colhidos por meio de um questionário aplicado a 14 enfermeiros de um hospital e analisados mediante análise temática, resultando em seis categorias: a avaliação da dor e sua importância; a avaliação da dor para humanização do cuidado; a escala da dor medindo subjetividade; a aplicação da escala orientando a tomada de decisões e a evolução do cuidado e a dor como quinto sinal vital. O uso da escala possibilitou que os enfermeiros percebessem a dor como o quinto sinal vital, permitiu-lhes acompanhar a eficácia do cuidado e humanizá-lo. Pode-se inferir que a avaliação da dor por meio de uma escala facilita a tomada de decisões do enfermeiro, favorecendo o cuidado atento às necessidades do paciente.

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: SAÇA, Camila Simões et al

TÍTULO: A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

EDIÇÃO: *Journal of the Health Sciences Institute* - Revista do Instituto de Ciências da Saúde

CIDADE: São Paulo **DATA:** Fev. 2010

ISSN: 0104-1894 **PÁG.:** 35-41

PALAVRAS-CHAVE: Dor; Medição da dor; Enfermagem; Papel do profissional de enfermagem; Recursos humanos de enfermagem no hospital

RESUMO: Objetivo – Classificar a dor como 5º sinal vital sugere que sua avaliação seja automática, como outros sinais vitais. Sendo necessário que a equipe de enfermagem seja conhecedora de sua responsabilidade frente ao doente com dor, avaliando, fazendo intervenções adequadas. O objetivo do estudo foi verificar se a dor é abordada sistematicamente como 5º sinal vital. Método – Trata-se de pesquisa do tipo descritiva, exploratória, correlacional com abordagem quantitativa na unidade de clínica médica de um hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), de uma cidade do interior de São Paulo. Os sujeitos foram 50 doentes e 50 membros da equipe de enfermagem que concordaram em participar na pesquisa. Foram utilizados quatro instrumentos para colheita de dados, dois para os doentes e dois para a equipe de enfermagem. Resultados – Os resultados apontaram uma população predominante do sexo masculino com internamento em clínica cirúrgica, evidenciou-se que eles consideram que são prontamente atendidos quando estão com dor, porém nunca foram avaliados sistematicamente. A equipe de enfermagem teve predominância pelo sexo feminino, auxiliares e técnicos de enfermagem, com média de tempo de formado de 5 anos, relatam

que atendem prontamente o doente com dor, o método mais utilizado para a avaliação da dor é o relato verbal, somente 52% a avalia juntamente com os SSVV. Conclusões – As instituições devem treinar e/ou criar comissões para o controle da dor, mostrando a importância de sua verificação junto com os SSVV diversas vezes ao dia, evitando o sofrimento do paciente.



6. ACÇÃO DE FORMAÇÃO – DOR 5º SINAL VITAL



APÊNDICE IX

(DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO – “A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL”)

AÇÃO DE FORMAÇÃO

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

DATA: 18/06/12

HORA: 14h

LOCAL: Sala do Serviço de Urgência Geral

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros

FORMADOR: Enf.^a Sandra Contreiras – Estudante do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica

TEMA

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL

OBJETIVOS:

- Sensibilizar os enfermeiros do SU do Centro Hospitalar para a importância da avaliação e registo do 5º Sinal Vital - A Dor como indicador da qualidade dos cuidados

INSCRIÇÃO	

APÊNDICE X

(PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO – “A
IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR COMO 5º
SINAL VITAL”)

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

PLANO DE SESSÃO

Curso	1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Módulo	Estágio III
Tema da Sessão	A importância da avaliação e registo da dor como 5º sinal vital
Professora Orientadora	Elsa Monteiro
Enfermeira Orientadora	Teresa Lourenço
Formadora	Sandra Contreiras
População Alvo	Enfermeiros do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar

Data	18JUN12
Local	Sala do Serviço de Urgência Geral
Duração	60 Minutos (1 hora)

Objetivo Geral	Sensibilizar os enfermeiros do SU do Centro Hospitalar para a importância da avaliação e registo do 5º Sinal Vital - A Dor como indicador da qualidade dos cuidados.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">- Divulgar o Projeto de Intervenção em Serviço;- Apresentar os resultados das auditorias da avaliação e registo da dor do Serviço de Urgência deste Centro Hospitalar referentes ao ano de 2011;- Transmitir conhecimentos sobre a avaliação e registo sistemático da dor;- Apresentar o folheto relacionado com as intervenções não farmacológicas no alívio da dor.

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos Didáticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação da sessão	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
	Objetivos da sessão	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
Desenvolvimento	Divulgação do Projeto de Intervenção em Serviço	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	10 min
	Apresentação dos resultados do questionário	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	8 min
	Definição da dor	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	2 min
	Classificação temporal da dor	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	2 min
	Classificação fisiopatológica da dor	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	2 min
	Papel do enfermeiro no controlo da dor	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Escalas de avaliação da intensidade da dor	Expositivo Participativo	Portátil Power Point Data Show	5 min

	Intervenções não farmacológicas para alívio da dor	Expositivo Participativo	Portátil Power Point Data Show	10 min
Conclusão	Síntese dos aspetos mais significativos Esclarecimento de dúvidas	Expositivo Participativo	Portátil Power Point Data Show	10 min

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos Didáticos	Tempo (min)
Avaliação da Sessão	Distribuição Folha Avaliação da Sessão	-	Folhas de Avaliação	30 s
	Preenchimento Folhas Avaliação da Sessão	Escala de Likert	Folhas de Avaliação Esferográficas	3 min
	Recolha das Folhas de Avaliação da sessão	-	-	30 s

APÊNDICE XI

(DIAPOSITIVOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO – “A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL”)



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

DOR
5º SINAL VITAL

Elaborado por Sandra Condeiras
Enf. Orientadora Teresa Lourenço
Prof. Elsa Monteiro

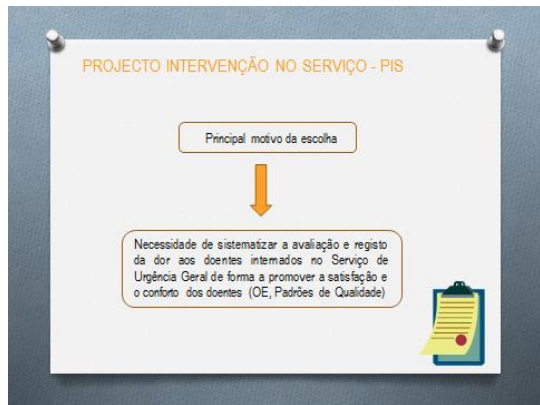
Junho, 2012

OBJECTIVO GERAL

- ✓ Sensibilizar os enfermeiros do SU do CH para a importância da avaliação e registo do 5º Sinal Vital - A Dor como indicador da qualidade dos cuidados

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Divulgar o Projecto de Intervenção em Serviço;
- ✓ Apresentar os resultados das auditorias da avaliação e registo da dor do Serviço de Urgência referentes ao ano de 2011;
- ✓ Transmitir conhecimentos sobre a avaliação e registo sistemático da dor;
- ✓ Apresentar o panfleto relacionado com as intervenções não farmacológicas no alívio da dor.



PROJECTO INTERVENÇÃO NO SERVIÇO - PIS

A avaliação e registo sistemático da dor como 5º sinal vital



Necessidade em desenvolver, disseminar e implementar projectos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem



PROJECTO INTERVENÇÃO NO SERVIÇO - PIS

Centro Hospitalar



Projecto teve inicio em 2005



Processo de acreditação de qualidade deste hospital pela JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)

PROJECTO INTERVENÇÃO NO SERVIÇO - PIS

Direcção de Enfermagem



grupos de trabalho constituídos por enfermeiros



desenvolver projectos dos cuidados de enfermagem



"Dor - como 5º sinal vital"



PROJECTO INTERVENÇÃO NO SERVIÇO - PIS

Serviço Urgência Geral



Percentagem de conformidade dos registos de avaliação da dor de 70%

2010
31,5%

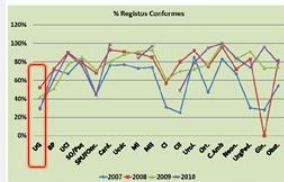
Após Auditorias
(entre os auditores internos de dor do Centro Hospitalar Barcelos Hospital - Unidade do Barcelos)

2011
51,6%



PROJECTO INTERVENÇÃO NO SERVIÇO - PIS

Gráfico 1: Taxa de conformidade dos registos



PROJECTO INTERVENÇÃO NO SERVIÇO - PIS

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA



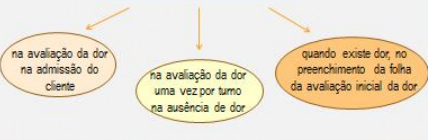
"Pouca adesão por parte da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar à avaliação/registo sistemático das escalas de avaliação da dor"

PROJECTO INTERVENÇÃO NO SERVIÇO - PIS

Maior não conformidade nos registos



incide principalmente em três itens



PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

FERRAMENTAS DE DIAGNÓSTICO



QUESTIONÁRIO




no sentido de auscultar a equipa de enfermagem relativamente à não aderência por parte dos mesmos à avaliação e registo da dor

Amostra final - 47 enfermeiros

PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

RESULTADOS OBTIDOS




- o Formação na área da Dor - 74%
- o Formação há mais de 3 anos - 71%
- o Escalas adequadas - 53% // Escalas não adequadas - 47%
- o Doloplus menos adequada - 82%

PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

RESULTADOS OBTIDOS

Factores que podem contribuir para a não avaliação da dor na admissão




Fator	Muito Importante	Fooco Importante	Importante	Muito Importante	Bastante Importante
Subsurgência de trabalho	82%	15%	3%	0%	0%
Desmotivação	6%	15%	40%	23%	16%
Não realizada a avaliação	14%	23%	23%	23%	17%
Falta de formação na área	11%	14%	24%	24%	27%

PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

RESULTADOS OBTIDOS

Factores que podem contribuir para a não avaliação da dor uma vez por turno




Fator	Muito Importante	Fooco Importante	Importante	Muito Importante	Bastante Importante
Subsurgência de trabalho	82%	15%	3%	0%	0%
Desmotivação	6%	15%	40%	23%	16%
Não realizada a avaliação	14%	23%	23%	23%	17%
Falta de formação na área	11%	14%	24%	24%	27%

PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

RESULTADOS OBTIDOS

Factores que podem contribuir para o não preenchimento da folha de avaliação inicial da dor, quando há dor

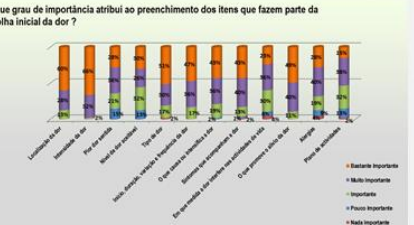


Fator	Muito Importante	Fooco Importante	Importante	Muito Importante	Bastante Importante
Subsurgência de trabalho	82%	15%	3%	0%	0%
Desmotivação	6%	15%	40%	23%	16%
Não realizada a avaliação	14%	23%	23%	23%	17%
Falta de formação na área	11%	14%	24%	24%	27%
Falta de registo documentado no computador	11%	14%	24%	24%	27%

PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

RESULTADOS OBTIDOS

Que grau de importância atribuí ao preenchimento dos itens que fazem parte da folha inicial da dor ?




Item	Muito Importante	Fooco Importante	Importante	Muito Importante	Bastante Importante
Localidade da dor	100%	0%	0%	0%	0%
Intensidade da dor	100%	0%	0%	0%	0%
Por que dói	100%	0%	0%	0%	0%
Medicamentos usados	100%	0%	0%	0%	0%
Tempo de início	100%	0%	0%	0%	0%
Como se sente a dor (pontada, queimação, etc.)	100%	0%	0%	0%	0%
Quanto tempo dura a dor	100%	0%	0%	0%	0%
Quanto tempo dura a dor	100%	0%	0%	0%	0%
Quanto tempo dura a dor	100%	0%	0%	0%	0%
Quanto tempo dura a dor	100%	0%	0%	0%	0%
Quanto tempo dura a dor	100%	0%	0%	0%	0%
Quanto tempo dura a dor	100%	0%	0%	0%	0%

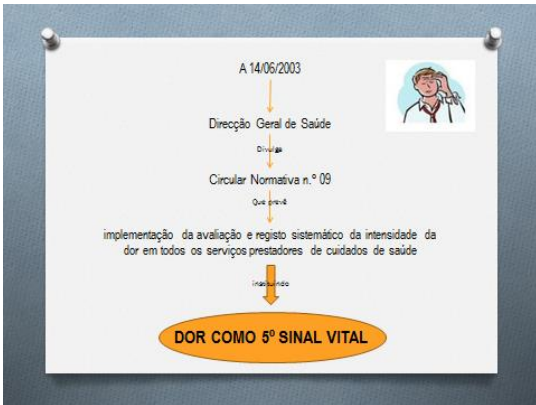
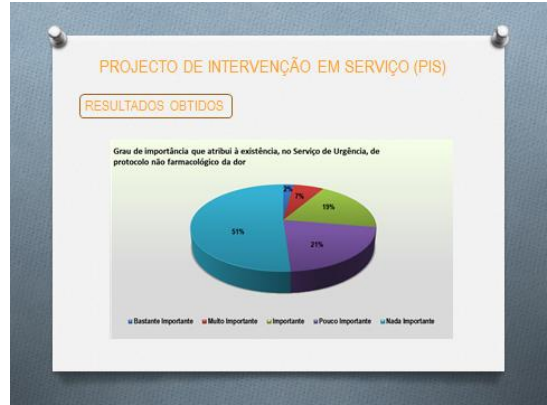
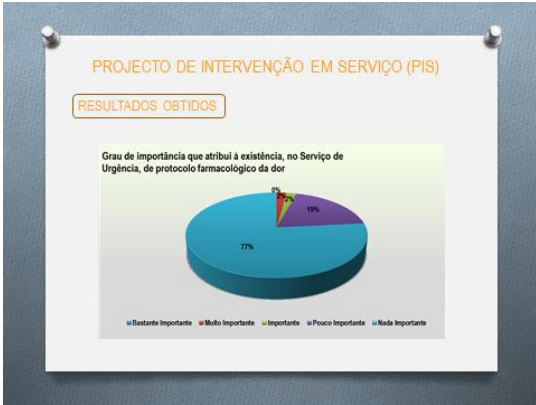
PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

RESULTADOS OBTIDOS

Conhece o manual de boas práticas sobre a dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros?



Resposta	Porcentagem
Sim	43%
Não	57%



DEFINIÇÃO

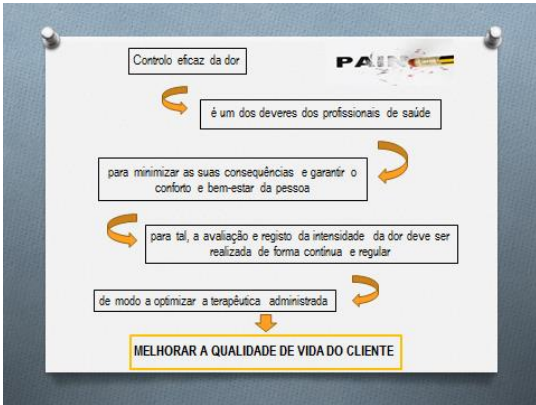
A dor é:

"uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão".

(International Association for the Study of Pain – IASP, 1994, p.291-292)

"sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento"

(Conselho Internacional de Enfermeiros – CIPE/ICNP, 2005, p. 60)



O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) refere que a dor deve ser classificada de acordo com a temporalidade e a fisiopatologia da mesma.

A sua classificação possibilita a aquisição de informações importantes sobre a sua origem e realizar o plano terapêutico adequado ao tipo de dor.

CLASSIFICAÇÃO TEMPORAL DA DOR

DOR AGUDA

A Ordem dos Enfermeiros (2008) define a dor aguda como um tipo de dor de "início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal".

Normalmente este tipo de dor é um episódio transitório que avisa a pessoa de que alguma coisa está mal.



DOR CRÔNICA

A dor crônica é descrita pela Ordem dos Enfermeiros (2008) como "uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos".



CLASSIFICAÇÃO FISIOPATOLÓGICA DA DOR

No que concerne aos mecanismos geradores de dor e de acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) a dor pode ser classificada em:

- nociceptiva
- neuropática
- psicogénica



DOR NOCICEPTIVA

A dor nociceptiva é "devida a uma lesão tecidual contínua, estando o Sistema Nervoso Central íntegro"

(Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001)

DOR NEUROPÁTICA

A dor neuropática deve-se a um compromisso neurológico, sem lesão tecidual activa

(Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001)

DOR PSICOGÉNICA

A dor psicogénica é um tipo de dor sem lesão tecidual activa de origem psicossocial

(Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001)

PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DA DOR

Partindo do princípio que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas, em particular pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, é da competência do enfermeiro avaliar, diagnosticar, planejar e executar as intervenções necessárias para alcançar esse objectivo.

(OE, 2008)



PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DA DOR

Recomenda-se para a prática profissional as seguintes acções:

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o auto relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;

OE, 2008

PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DA DOR

- Avaliar a dor de forma regular e sistemática pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com protocolos instituídos;
- Colher dados sobre a história de dor;
- Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais;

OE, 2008

PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DA DOR

- Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto avaliação, considerando a ordem de prioridade;
- Assegurar a compreensão das escalas de auto relato pela pessoa/cuidador principal/família, após ensino;
- Avaliar a dor nas crianças pré verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de hetero avaliação;

OE, 2008

PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLO DA DOR

- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, excepto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;
- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção

OE, 2008

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR

Escala Visual Analógica

Consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima". Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha e o local assinalado pela pessoa, obtendo-se a classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Sem Dor	_____	Dor Máxima
---------	-------	------------

(PDS, 2003)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR

Escala de Avaliação Numérica

Aplicada a qualquer pessoa que identifique a dimensão dos números. Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima";

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

(PDS, 2003)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR

Escala Qualitativa

Solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjectivos: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" ou "Dor Máxima". Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

(PDS, 2003)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR

Escala de Faces

Para crianças com mais de 4 anos de idade. É solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mimica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação "Sem Dor" e a expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima". Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.



(DGS, 2003)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR

Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Cerros ou soborçulhas franzidas; olhos em queda; intervencido, desatencioso	Temor fragoroso do queixo; mandíbulas cerradas
Postura	Normal ou relaxada	Inquietas, agitação, tensas	Chutando ou estocando
Atividade	Quieta, ou posição normal, movendo-se facilmente	Contraindo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Construção rígida ou movimentos básicos
Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Cerros ou choramingos; queixos acesionais	Choro contínuo, grita ou soluço; queixa com frequência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por brinquedos, abraços ou conversa; ansiosas; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

(DGS, 2010)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR

Escala DOLOPLUS - idosos com alterações cognitivas

REFERENCIAL SUBJETIVA	0	1	2	3	4	5
1. Comportamento						
Comportamento normal	0	1	2	3	4	5
Comportamento anormal	5	4	3	2	1	0
2. Posição						
Posição normal	0	1	2	3	4	5
Posição anormal	5	4	3	2	1	0
3. Expressão facial						
Expressão normal	0	1	2	3	4	5
Expressão anormal	5	4	3	2	1	0
4. Sons						
Sons normais	0	1	2	3	4	5
Sons anormais	5	4	3	2	1	0
5. Sono						
Sono normal	0	1	2	3	4	5
Sono anormal	5	4	3	2	1	0

(DGS, 2010)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR

Escala DOLOPLUS - idosos com alterações cognitivas

REFERENCIAL PROMOTORA	0	1	2	3	4	5
6. Vigília						
Vigília normal	0	1	2	3	4	5
Vigília anormal	5	4	3	2	1	0
7. Movimento						
Movimento normal	0	1	2	3	4	5
Movimento anormal	5	4	3	2	1	0
REFERENCIAL PROSOCIAL						
8. Comunicação						
Comunicação normal	0	1	2	3	4	5
Comunicação anormal	5	4	3	2	1	0
9. Vida social						
Vida social normal	0	1	2	3	4	5
Vida social anormal	5	4	3	2	1	0
10. Alterações de comportamento						
Alterações de comportamento normal	0	1	2	3	4	5
Alterações de comportamento anormal	5	4	3	2	1	0

(DGS, 2010)

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR

Quando se associa intervenções farmacológicas e não farmacológicas (como o relaxamento, a massagem, a distração, a aplicação de calor e do frio, entre outras) o controlo da dor torna-se mais eficaz.

As intervenções não farmacológicas são, na sua maioria, de baixo custo, de fácil utilização e podem ser ensinadas aos doentes e cuidadores, e aplicadas tanto em meio hospitalar como no domicílio.

(Portal da saúde, 2005)



INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR

INTERVENÇÃO	DEFINIÇÃO	OBJETIVOS
RELAXAMENTO COM IMAGINAÇÃO	Diminuição de tensão muscular através de relaxamento, visualização e meditação.	Aliviar a dor nos estados de bem-estar; diminuir a tensão, depressão e dor relacionada com enxaletas.
DISTRAÇÃO	Estímulos para desviar e exercício de dor.	Diminuir e prevenir a dor.
APLICAÇÃO DE FRIO	Aplicação de frio.	Diminuir a inflamação.
APLICAÇÃO DE CALOR	Aplicação de calor.	Promover o relaxamento muscular.
EXERCÍCIO	Atividade que promova o alongamento e fortalecimento dos músculos e a melhoria da circulação sanguínea e do metabolismo.	Promover o relaxamento muscular e o alongamento dos tendões e músculos; melhorar a circulação sanguínea e o metabolismo; controlar a função associada com a dor enxaletas.
IMOBILIZAÇÃO	Restrição e limitação de movimentos.	Minimizar a dor e a tensão muscular; Alívio da dor com restabelecimento de postura e posição de futuras dores.
MASSAGEM	Ativação de pontos e pressão nos pontos.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
TOQUE TERAPÊUTICO	Processo intencional de reorganização do campo energético através da estimulação tátil e energética.	Promover o relaxamento muscular e o alongamento dos tendões e músculos; melhorar a circulação sanguínea e o metabolismo; controlar a função associada com a dor enxaletas.
CONFORTO	Sensação de tranquilidade física e bem-estar.	Promover o sono e a segurança através do contacto pele a pele; melhorar o relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros fatores que possam desencadear a dor.

(D.E, 2008)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR (APED) – Enfermagem. Revista Dor @: Vol. 15, nº1, 2007. ISSN 0872-4814

CARDOSO, Alice – Manual de tratamento da dor crónica. Lisboa: Edições Lidel, 1999, ISBN 972-757-056-9

CLARK, L. A.- Facilitar o Alívio da Dor. In: SORENSEN, Karen Creason; LUCKMANN, Joan - Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. Lusodidacta. 1998, p.1169-1205

CONIAM, S.W.; DIAMOND, A.W. – Controlo da dor. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN 972-97250-6-3.

CRISTINA, Irene dos Santos [et al.] – Enfermeiro perante a dor: cuidar com qualidade. *Enfermagem em Foco*. Lisboa. ISSN 0871-8008. Ano VIII – Especial, nº 31, Jul. 1998, p. 21-25.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIAMOND, A.W.; CONIAM S.W. – Controlo da dor crónica. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. 189 p. ISBN 972-8449-09-7

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

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

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Orientação técnica: Controlo da dor crónica na pessoa idosa, 2010

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Orientação técnica: Avaliação da dor na criança, 2010)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE, série I, número 1, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5

PORTAL DA SAÚDE – Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal>

APÊNDICE XII

(RESUMO DE BOLSO DAS REGRAS DE AVALIAÇÃO DA DOR E
INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA
DOR)

REGRAS AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR

- Admissão
- 1x/turno na ausência de dor
- 2/2h sempre que se observe:
 - manifestação desconforto
 - sinais ou sintomas de dor
 - administração de analgésicos ou estratégias de alívio da dor
- 6/6h durante 24h (após 1 avaliação sem dor)
- alta
- pós-operatório:
 - 1ª avaliação ao chegar ao serviço
 - 4/4h nas primeiras 8h
 - 6/6h nas 24h seguintes (quando sem dor)
- **DOLOPLUS** - avaliação 1x/dia
- **FLACC** - avaliação 1x/turno

INTERVENÇÃO	DEFINIÇÃO	OBJECTIVOS
RELAXAMENTO COM IMAGINAÇÃO	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, depressão e dor relacionada com a inactividade.
DISTRACÇÃO	Estratégias para desviar a atenção da dor.	Diminuir a atenção prestada à dor.
APLICAÇÃO DE FRIO	Aplicação de frio;	Diminuir a inflamação.
APLICAÇÃO DE CALOR	Aplicação de calor.	Promover o relaxamento muscular.
EXERCÍCIO	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inactividade.	Promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Minimizar a atrofia, desmineralização.
IMOBILIZAÇÃO	Restrição e limitação de movimentos.	Alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores. Manter o alinhamento apropriado para a reparação pós-lesão.
MASSAGEM	Acto de massajar e pressionar partes do corpo.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
TOQUE TERAPÊUTICO	Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.
CONFORTO	Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.

APÊNDICE XIII

(PROTOCOLO NÃO FARMACOLÓGICO NO ALÍVIO DA DOR)

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR

OBJETIVO

- Uniformizar as intervenções não farmacológicas no alívio da dor;
- Melhorar a qualidade de vida do doente.

DEFINIÇÃO

Descreve as intervenções não farmacológicas no alívio da dor e quais são as mais adequadas a cada doente, tendo em conta as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível (OE, 2008, p.18).

INDICAÇÃO

Todos os doentes com dor internados no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR

INTERVENÇÃO	DEFINIÇÃO	OBJECTIVOS
RELAXAMENTO COM IMAGINAÇÃO	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, depressão e dor relacionada com a inatividade.
DISTRAÇÃO	Estratégias para desviar a atenção da dor.	Diminuir a atenção prestada à dor.
APLICAÇÃO DE FRIO	Aplicação de frio;	Diminuir a inflamação.
APLICAÇÃO DE CALOR	Aplicação de calor.	Promover o relaxamento muscular.
EXERCÍCIO	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inatividade.	Promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Minimizar a atrofia, desmineralização. Alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores.
IMOBILIZAÇÃO	Restrição e limitação de movimentos.	Manter o alinhamento apropriado para a reparação pós-lesão.
MASSAGEM	Ato de massajar e pressionar partes do corpo.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
TOQUE TERAPÊUTICO	Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contato pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.
CONFORTO	Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.	Promover o apoio e a segurança através do contato pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.

(OE, 2008)

REGISTO

Registar sempre em notas de evolução de enfermagem quando e qual a intervenção não farmacológica realizada e o resultado obtido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Orientação técnica: Controlo da dor crónica na pessoa idosa, 2010)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE, série I, número 1, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5

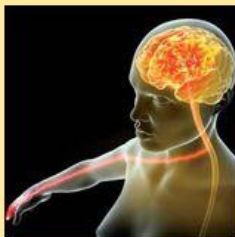


APÊNDICE XIV

(FOLHETO – INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO
ALÍVIO DA DOR)

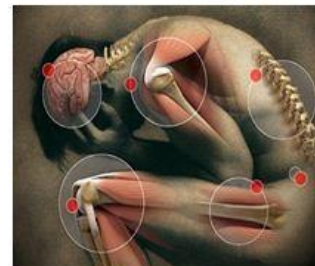
A importância da valorização, da avaliação e do alívio da **DOR** são elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

OE, 2008



Elaborado por Sandra Conreiras, estudante do 1.º Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, orientada pela Enfermeira Especialista Teresa Lourenço e pela Professora Elsa Monteiro, Maio 2012

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR (APED) – Enfermagem. Revista Dor@: Vol 15, n.º1, 2007. ISSN 0872-4814

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE série I, número 1, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*, como "uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão".

IASP, 1994

Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada.

Todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde.

DGS, 2008

Quando se associa intervenções farmacológicas e não farmacológicas (como o relaxamento, a massagem, a distração, a aplicação de calor e do frio, entre outras) o controlo da dor torna-se mais eficaz. As intervenções não farmacológicas são, na sua maioria, de baixo custo, de fácil utilização e podem ser ensinadas aos doentes e cuidadores, e aplicadas tanto em meio hospitalar como no domicílio.

INTERVENÇÃO	DEFINIÇÃO	OBJECTIVOS
RELAXAMENTO COM IMAGINAÇÃO	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, depressão e dor relacionada com a incapacidade.
DISTRAÇÃO	Estratégias para desviar a atenção da dor.	Diminuir a atenção prestada à dor.
APLICAÇÃO DE FRIO	Aplicação de frio;	Diminuir a inflamação.
APLICAÇÃO DE CALOR	Aplicação de calor.	Promover o relaxamento muscular.
EXERCÍCIO	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inactividade.	Promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Minimizar a atrofia, desmineralização. Alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores.
IMOBILIZAÇÃO	Restrição e limitação de movimentos.	Manter o alinhamento apropriado para a reparação pós-lesão.
MASSAGEM	Ação de massajar e pressionar partes do corpo.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
TOQUE TERAPÉUTICO	Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.
CONFORTO	Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.

Adaptado OE, 2008

APÊNDICE XV

(CRONOGRAMA FINAL DO PIS)

APÊNDICE XVI

(TRABALHO SUPERVISÃO DE CUIDADOS)



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular - Enfermagem Médico-Cirúrgica II

SUPERVISÃO DE CUIDADOS

Alice Figueira

Anabela Pires

M^a Teresa Cordeiro

Mónica Veríssimo

Sandra Contreiras

JULHO

2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular – Enfermagem Médico-Cirúrgica II

SUPERVISÃO DE CUIDADOS

Alice Figueira

Anabela Pires

M^a Teresa Cordeiro

Mónica Veríssimo

Sandra Contreiras

Docentes:

Prof. Doutora Alice Ruivo

Prof. Doutora Lurdes Martins

Prof. Doutor Sérgio Deodato

Julho

2012

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1 – SUPERVISÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM	7
1.1 – PROCESSO DE ENFERMAGEM	13
2 – DOENTE TERMINAL	19
2.1 – DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA	27
2.2 – DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS	27
2.2.1 – Vômito atual	27
2.2.2 – Hipoglicemia atual	32
2.2.3 – Morte com dignidade comprometida	34
CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
BILIOGRÁFICAS	38
ELETRÓNICAS	40

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo do processo de supervisão clínica de Nicklin	10
Quadro 2 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para vômito atual	28
Quadro 3 - Terapêutica medicamentosa dos vômitos	32
Quadro 4 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para hipoglicemia atual	32
Quadro 5 - Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para morte com dignidade comprometida	35



INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Supervisão de Cuidados, foi proposto a análise de uma situação problemática vivenciada em contexto do estágio III, à luz do processo de enfermagem, enquadrando-a teoricamente de acordo com um modelo conceitual de enfermagem e utilizando a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE) para a elaboração de diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, que permitam a tomada de decisão clínica, para além de uma análise reflexiva que leve à decisão ética em enfermagem.

Neste trabalho será descrita uma situação vivenciada, em contexto de estágio, pelo grupo. A escolha prendeu-se com o facto de ser uma cliente em estadio terminal que recusava opióides para analgesia e desencadeava episódios de vômitos e hipoglicémias, sendo dada indicação médica para não administração de glicose hipertónica, acabando por falecer no corredor do serviço. Tal situação põe-nos perante problemas ético deontológicos de natureza complexa que exigem reflexão que conduza à decisão autónoma de enfermagem do ponto de vista ético.

A supervisão clínica no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, segundo Abreu (2004:1) *“refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado”*. O processo de tomada de decisão constitui um processo fulcral para a realização da supervisão de cuidados de enfermagem. O enfermeiro perante as situações da prática clínica deve estar munido de competências que lhe permitam tomar a decisão mais adequada. Para tal, é exigido competência, reflexão, autonomia e responsabilidade.

O enfermeiro especialista tem um conjunto de competências que permitem a realização da supervisão clínica em enfermagem, nomeadamente no que concerne às competências comuns A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional, C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às

situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, e D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, descritas no Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros.

Sendo assim, ao realizarmos este trabalho temos como objetivos:

- Identificar uma situação complexa do ponto de vista ético deontológico na prática dos cuidados de enfermagem.
- Adquirir competências que orientem a tomada de decisão na supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.
- Definir diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, segundo a CIPE, relacionados com o problema definido.
- Elaborar uma reflexão crítica acerca da situação problemática que conduza à decisão autónoma de enfermagem.

O trabalho será dividido em duas partes, a primeira em que se define supervisão de cuidados em enfermagem, processo de enfermagem e modelo concetual adotado. Na segunda parte, aborda-se a temática do cliente terminal descrevendo-se a situação problemática, os diagnósticos de enfermagem identificados, intervenções de enfermagem e resultados esperados. Por fim, far-se-á uma reflexão acerca do trabalho realizado.

1 – SUPERVISÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

A supervisão clínica em enfermagem (SCE) começou a estruturar-se no mundo ocidental com Florence Nightingale. Nos Estados Unidos da América (EUA), o crescimento da SCE foi exponencial, originado pela evolução académica e estatutária da profissão, da evolução dos sistemas de cuidados de saúde e dos modelos de gestão e por uma maior exigência dos clientes relativamente aos cuidados de enfermagem. Nos países do Norte da Europa verificou-se um desenvolvimento semelhante, embora com alguns anos de atraso relativamente aos EUA, principalmente após a transição do ensino de enfermagem para a universidade, que possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos e das ciências de enfermagem, proporcionando a reflexão da teoria na prática e o desenvolvimento da profissão (Abreu, 2004).

Na área da enfermagem psiquiátrica, o tema era discutido desde 1943. Em 1982 foi definido um primeiro modelo de intervenção, com a implementação do *Registered Mental Health Nurse Syllabus*. Em termos conceituais, Hildegard Peplau foi uma das autoras que tentou introduzir de forma mais consistente a temática da supervisão clínica em enfermagem (Ibid, 2004).

No início dos anos 90, no Reino Unido, a SCE surge da reflexão profunda sobre os contextos de saúde, profissões na área da saúde, segurança dos cuidados de saúde e qualidade de assistência (Smith 1998, cit. por Abreu 2007). Foi a partir daqui, que a SCE teve a sua implementação definitiva, tendo sido aceite como refere Bishop (1994) como uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos enfermeiros e promover a segurança dos clientes (Ibid, 2004).

Ainda segundo o autor referenciado anteriormente e citando o Departamento de Saúde do Reino Unido (1993), a SCE é um processo formal de suporte e aprendizagem que permite a alunos ou enfermeiros, um desenvolvimento integrado de competências, o assumir a responsabilidade pela prática desenvolvida e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente em situações de reconhecida complexidade. A SCE surge relacionada com, o investimento na qualidade das práticas, segurança pessoal e da equipa, através de uma atenção aos processos relacionais e de afirmação pessoal, identificação com o conteúdo do trabalho e a satisfação profissional, espírito crítico, análise das práticas e decisões informadas e disponibilidade psicológica para estabelecer

relações de ajuda.

O termo supervisão, no início, estava associado à ideia de inspeção e revisão do trabalho dos funcionários, mediante políticas e procedimentos pré-definidos e em que o supervisor procurava apenas identificar os procedimentos mal executados. O supervisor planeava o trabalho, tomava decisões e tinha autoridade para fazer com que os trabalhadores obedecessem sem questionar. Esta forma autocrática de supervisão, manteve-se muitos anos na enfermagem, despromovendo a iniciativa e produtividade das pessoas. Gradualmente, o conceito de supervisão foi evoluindo, o trabalho, os contextos e a formação foram mudando as mentalidades e, atualmente, predomina a ideia que o interesse da supervisão reside na ajuda ao trabalhador para que realize melhor o seu trabalho. Este intervém ativamente na definição das metas do seu trabalho e no planeamento de estratégias para as alcançar (Garrido,2004).

Como seria previsível a supervisão na enfermagem também evoluiu e Kron (1983:113), afirma que, *“baseado no trabalho em equipa é possível verificarem-se hoje grupos de pessoas pensando, planeando e trabalhando conjuntamente com supervisão eficaz, proporcionando melhores cuidados de enfermagem do que os experientes há alguns anos”*.

Encontrar um conceito satisfatório de supervisão não é tarefa fácil, limitando-se muitos autores a identificar as qualidades exigidas ao supervisor ou os resultados que se esperam de um processo eficaz de supervisão (Ibid,2004).

A supervisão clínica em enfermagem é um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa práticas clínicas e um supervisor clínico de enfermagem. Este relacionamento envolve, o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática e permitirá consequentemente, aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica. Para Holloway (1995), articular as várias etapas: refletir, entender, concetualizar e aplicar é a tarefa do supervisor; este é o tradutor da teoria e da pesquisa para a prática.

Um documento do *United Kingdom Central Council*, “Visão para o Futuro” (1993), referido e analisado por Cutcliffe (2001), descreve a supervisão clínica como um processo formal de sustentação profissional e de aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver conhecimentos e competências. Transmite a noção de responsabilidade

profissional e de proteção dos clientes, contribuindo para aumentar a segurança da prática em situações clínicas complexas. Estimula a expansão da prática clínica e deve ser vista como meio de incentivo para a autoavaliação encorajadora e habilidades analíticas e reflexivas (Garrido,2004).

Em 1996 a United Kingdom Central Council, descreve a supervisão clínica como forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das ações profissionais.

Existem vários modelos de supervisão que se distinguem de acordo com a sua filosofia e pressupostos teóricos e cada um tem os seus próprios valores.

Munson (2002) refere que, os profissionais podem discutir a supervisão a partir de várias perspetivas, dando ênfase às seguintes:

1. *Perspetiva de personalidade*: envolve as características e os traços que os participantes trazem para a situação de supervisão e como estes influenciam a atividade da prática e a relação de supervisão.

2. *Perspetiva de situação*: relaciona-se com as situações específicas e os problemas que os participantes encontram no processo de supervisão. O foco de interesse está nas situações e problemas e na forma de lidar com eles.

3. *Perspetiva organizacional*: ênfase colocada na função ou na organização e na forma como a supervisão ajuda a implementação das metas e objetivos organizacionais.

4. *Perspetiva de interação*: baseia-se na interação entre o supervisor e o supervisionado. A ênfase está centrada no modo como os participantes interagem e como a interação é variada para ajustar o conteúdo específico da supervisão. Os diversos atores do processo de supervisão devem acordar qual o modelo de supervisão que melhor responde às suas necessidades. Mas, para promover um modelo de reflexão sobre as práticas, a supervisão clínica deveria desempenhar três funções fundamentais:

- a) Proporcionar apoio ao enfermeiro na sua prática clínica (restaurativo);
- b) Promover desenvolvimento pessoal e profissional (educativo);
- c) Promover cuidados de enfermagem de qualidade (normativo).

O trabalho dos enfermeiros tem uma multiplicidade de atuações e áreas de prática especializada, pelo que um modelo único de supervisão não abrangerá todos os profissionais. Visto isto, nas últimas décadas surgiram vários modelos de supervisão clínica em enfermagem, um dos modelos de supervisão clínica mais importantes foi

proposto por Proctor (1986) – o “*supervision alliance model*”. Esta autora, enfatiza o facto da supervisão clínica envolver mais pessoas, além do supervisor e supervisado (Garrido, 2004).

Abreu (2004) refere que, na generalidade dos modelos podemos identificar dois pressupostos fundamentais:

- O reconhecimento da maturidade da profissão, na medida em que consegue olhar-se criticamente, num claro sinal de exigência e responsabilidade;
- O reconhecimento de que os profissionais e os alunos são vítimas de situações potencialmente agressivas para a sua integridade psicológica. Este mesmo autor é responsável pela adaptação e divulgação entre nós do modelo de Nicklin (1997), apresentando-o como um modelo de SCE que, para além de possuir um enquadramento concetual consistente, está profundamente direcionado para a prática clínica na globalidade e não apenas para as dimensões emocionais.

Para Nicklin, a supervisão clínica em enfermagem, deve proporcionar resposta a diversos aspetos relacionados com a gestão, formação e suporte emocional, desenvolvendo-se em seis etapas, que podemos analisar no quadro seguinte.

PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA	
Objetivo	Apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afetivas e relacionais).
Identificação do problema	Clarificação das áreas dos problemas identificados.
Contextualização	Definição de objetivos de intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional.
Planeamento	Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes.
Implementação	Implementação das ações planeadas.
Avaliação	Avaliação dos resultados e do processo de supervisão.

Quadro 1 – Modelo do processo de supervisão clínica de Nicklin

Fonte: Abreu (2004), adaptado de Nicklin (1997)

A maioria dos modelos de supervisão dá especial atenção às características do supervisor, mas nem sempre estas são tidas em consideração (Sloan, 1998). Catmur (1995)

salienta, a nível das características do supervisor, as capacidades de comunicação, competências de ajuda e conhecimentos especializados. Butterworth e Faugier (1992) referem que os supervisores clínicos devem disponibilizar-se também para serem supervisionados, possuir uma preparação específica para desenvolverem o processo, possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas e serem escolhidos pelos supervisionados. Salientam ainda a necessidade dos supervisores saberem utilizar resultados das pesquisas para fazerem evoluir o processo de supervisão (Abreu,2004).

Os objetivos fundamentais da supervisão clínica em enfermagem contemplam a formação e desenvolvimento de competências profissionais assim como a melhoria da qualidade dos cuidados dispensados aos clientes.

Thomas e Reid (1995) alertam que não devem ser negligenciadas as dificuldades que a operacionalização da supervisão clínica pode trazer e identificaram três dificuldades principais:

- a) Falta de pessoal treinado para levar a cabo essa tarefa
- b) Falta de estrutura de supervisão que, frequentemente, fazem o supervisionado questionar o papel do supervisor;
- c) Em serviços que apresentam elevada mobilidade, com aumento de admissões e de carga de trabalho, a supervisão é, habitualmente, a primeira atividade a ser renunciada e a última a ser reinstalada.

Como forma de minimizar estes problemas as instituições, muitas vezes, apontam como solução a entrega da supervisão clínica das práticas aos enfermeiros responsáveis pelos serviços ou unidades de saúde. Esta decisão tem mais inconvenientes que vantagens e será sempre uma má solução. Como refere a *United Kingdom Central Council* (1996), o supervisor clínico deve ter a confiança de quem necessita ser apoiado nas práticas, não devendo ser designado pela organização (Garrido, 2004).

Em Portugal, a supervisão clínica em enfermagem começa a surgir como uma matéria importante que leva à reflexão dos enfermeiros, apresentando-se como um meio através do qual os enfermeiros podem analisar, suportar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais.

A supervisão clínica entre nós, como refere Abreu (2004), surge no contexto da discussão sobre qualidade, reflexão sobre formação clínica, aprendizagem experiencial e supervisão das práticas clínicas e poderá constituir uma verdadeira revolução de

mentalidades.

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

Os enfermeiros têm um papel preponderante na diminuição do risco, promovendo a segurança do cliente como garante de cuidados de enfermagem de qualidade. Segundo Nunes (2006:6) *“todos os passos na intervenção de enfermagem junto de um cliente envolvem a possibilidade de erro (...). Uma clara identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, (...) desde a comunicação e a relação interpessoal em que os cuidados de enfermagem se fundam, aos aspetos processuais e técnicos do seu exercício”*

A segurança do cliente é inerente ao exercício da profissão de enfermagem, legislado no Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem, no Código Deontológico dos Enfermeiros e no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Sendo assim, deverão ser tomadas medidas para que este risco seja diminuído, reduzindo as causas do aparecimento dos mesmos, seja na melhoria de procedimentos, na avaliação dos cuidados, na comunicação, nas condições humanas e materiais.

Consideramos que a prevenção está implícita na supervisão clínica, na gestão de risco e na segurança dos clientes e é inerente aos cuidados de enfermagem. Ao longo deste trabalho pretendemos demonstrar a responsabilidade do enfermeiro especialista na melhoria dos cuidados de enfermagem, pois a supervisão clínica está bastante enraizada nos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista enunciadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, Competências do domínio da gestão dos cuidados, Competências do domínio das aprendizagens profissionais), como já foram referidas anteriormente, assim como nas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Pretendemos, assim refletir acerca de uma situação com que fomos confrontados, analisando quais os aspetos a melhorar e promover a excelência dos

cuidados a prestar como enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica. Tal como refere Deodato (2010:7) *“a Supervisão de Cuidados, em ligação à aprendizagem em ambiente clínico, pode desempenhar um papel complementar no desenvolvimento de competências do estudante. Permitindo a reflexão e a discussão em pequeno grupo, favorece a análise sobre o vivido, ao mesmo tempo que possibilita a mobilização de conhecimentos, constituindo assim uma experiência formativa significativa.”*

Desta forma é nosso propósito atingir o estágio de peritos que suportam a ação na experiência e na percepção intuitiva das situações como um todo, prestando cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação, como menciona Benner (2001).

1.1 – PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de enfermagem é um processo de resolução de problemas, de forma sistemática, contínua e dinâmica, centrado na pessoa. É um conjunto de etapas e ações planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas.

Para Doenges e Moorhouse (1992) é um método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planear e prestar cuidados ao cliente.

Segundo Soresen (1998) é o método científico adaptado às condições, muitas vezes imprevisíveis, da vida humana e aplicado aos seres humanos quando têm necessidades não satisfeitas.

São objetivos do processo de enfermagem a manutenção da saúde, prevenção da doença, promoção da recuperação, restabelecimento do bem-estar e plena atividade e apoio na morte serena.

O processo de enfermagem é uma metodologia com cinco etapas (Colheita de dados, Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação) interligadas entre si e nunca totalmente concluída pois na fase seguinte pode ser necessário voltar atrás e reformular. A avaliação da forma como a pessoa atingiu os resultados esperados conduz, não só a uma continuação da recolha de dados, mas também à redefinição dos problemas e ao planeamento de novas intervenções.

Etapas do processo de enfermagem:

1. **Colheita de dados:** consiste na obtenção de informações úteis e pertinentes

sobre a pessoa, de forma a definir o problema passando à fase seguinte. Embora associada à fase inicial da relação, esta é uma fase em permanente atualização, dada a possível integração de novos dados em cada interação do enfermeiro com a pessoa.

2. **Diagnóstico:** um diagnóstico de enfermagem é segundo Soresen (1998) uma decisão clínica acerca das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/estilos de vida reais ou potenciais. É formulado de acordo com a seleção, organização e análise dos dados recolhidos. Podem ser definidos de acordo com alguns padrões como a CIPE ou a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

3. **Planeamento:** Inicia-se após a identificação dos diagnósticos, de acordo com os conhecimentos existentes, a bibliografia atual, informações pertinentes mas fundamentalmente com a vontade e a decisão da pessoa envolvida.

O planeamento com o cliente, ou seja, a inclusão da pessoa neste processo é relativamente recente e foi segundo Nunes (2011) um grande passo na área da ética pois enaltece o respeito pelo outro.

4. **Implementação:** consiste na prestação de cuidados de enfermagem de acordo com o planeado, contudo pode ser preciso replanear, pois podem ter-se alterado algumas condições e já não fazer sentido o inicialmente planeado.

Esta fase inclui a prestação direta de cuidados, a supervisão de cuidados delegados, o ensino, a orientação, a identificação das necessidades de encaminhamento e o cumprimento de prescrições de outros prestadores de cuidados de saúde.

5. **Avaliação:** consiste na observação e apreciação da eficácia e eficiência dos resultados esperados, de forma a decidir uma eventual adequação dos diagnósticos e das intervenções definidas. É por isso um processo contínuo.

O processo de enfermagem enquanto método de resolução de problemas não inclui uma base teórica subjacente à prática de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, pois é apenas uma sequência de etapas através das quais se pretende alcançar um determinado fim. É por isso importante encontrar um enquadramento concetual que identifique essa base teórica, só possível nos vários modelos teóricos de enfermagem.

Assim, na área dos cuidados de enfermagem, tem que se considerar uma concetualização teórica, pois é através de um modelo teórico que os cuidados de enfermagem são orientados, funcionando também como fio condutor para a tomada de decisão. Pearson et al. (1992:12) referem que “ *O modelo de enfermagem, sobre o qual*

assente o exercício contém as teorias e os conceitos desse exercício e teorias e conceitos refletem as filosofias, os valores e as crenças sobre a natureza humana e o que a enfermagem pretende realizar”.

Consideramos que a seleção de um modelo teórico de enfermagem e aplicação do processo de enfermagem como metodologia de trabalho, apoiada nessa teoria, corresponde a um contributo importante para o enriquecimento da qualidade dos cuidados prestados, visto que a definição do modelo sobre o qual assenta o exercício da enfermagem numa situação específica, vai afetar diretamente a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente. Os modelos teóricos de enfermagem delimitam o campo específico de atuação dos enfermeiros, dando importância às suas intervenções autónomas e levam a que haja consistência e continuidade nos cuidados prestados.

Poder-se-á dizer, que a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem passa pela utilização de uma metodologia de trabalho ou processo de enfermagem, associada a um modelo teórico. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001) definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, levando à melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos e à reflexão do exercício profissional dos enfermeiros. Foram, então, definidos os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional com base no enquadramento concetual de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem. Existem 6 categorias de enunciados descritivos relacionados com satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

Em 2011 a OE aprova o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Saúde Especializados em Pessoa em Situação Crítica, em que se define Pessoa em Situação de Doença Crítica e ou Falência Orgânica, Situação de Catástrofe ou Emergência Multi Vitima, Prevenção e Controlo da Infeção Associado aos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação crítica. Nos enunciados descritivos para além dos referidos anteriormente surge um sétimo que se prende com a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

As instituições de saúde devem implementar e consolidar os enunciados descritivos de forma a desenvolverem projetos e definirem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes indicadores permitem a reflexão acerca da prática dos enfermeiros em contextos de trabalho, contribuindo para a melhoria da qualidade e para a prestação de

cuidados de enfermagem de excelência. Mas, para se conseguir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem deverá existir um quadro de referência para o exercício profissional.

Neste contexto, escolhemos como fio condutor e base teórica para os cuidados de enfermagem definidos neste trabalho, o modelo conceitual de Kolcaba.

Katharine Kolcaba nasceu em Cheveland, Ohio em 1944. Em 1965 obteve o diploma de enfermagem pela St. Luke's Hospital School of Nursing em Cheveland. Em 1987 licenciou-se em enfermagem, recebendo o título de especialista em Gerontologia em 1997. O conforto foi ao longo do tempo, estudado por várias teóricas de enfermagem, onde se visibilizou o seu conceito, ainda assim, a sua conceptualização e operacionalização surgiram a partir da década de 90 do século XX com Katharina Kolcaba, onde desenvolveu a **Teoria do Conforto**, baseada em três tipos de raciocínio lógicos: indução, dedução e abdução. De acordo com Kolcaba (2002:89), conforto é *“a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental. (...))”*.

No dicionário da língua portuguesa, a palavra conforto significa um derivado regressivo de confortar, prestar auxílio, apoio numa aflição, numa infelicidade; ato ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo. A literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem. De facto, a prática de enfermagem esteve, ao longo dos anos fortemente ligada à noção de conforto, sendo o enfermeiro aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo. Porém, o seu significado tem tido várias interpretações, fruto da evolução histórica, política e social da sociedade e com a evolução técnico-científica das ciências da saúde e da enfermagem em particular.

A teoria de Kolcaba, assenta no termo conforto, frequentemente empregado nos cuidados de enfermagem. Segundo Kolcaba, o conforto é uma experiência imediata, sendo fortalecida essencialmente pelas suas necessidades: **alívio, tranquilidade e transcendência**, dentro de quatro contextos: **físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental**. Assim, este fenómeno associa-se à enfermagem, sendo resultantes do cuidado profissional, proporcionado por meio de intervenções denominadas medidas de conforto

para a satisfação das necessidades humanas básicas. Os clientes sentem necessidade de conforto em situações alvo de cuidado. Kolcaba considera o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem, sendo um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas de qualquer indivíduo, alívio, tranquilidade e transcendência.

O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade é o estado de calma ou satisfação, necessário para um desempenho eficiente; a transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Kolcaba centra a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo cliente após a intervenção de enfermagem. Esta intervenção é vista, à luz da teoria de Kolcaba como uma forma de arte de enfermagem, em que as intervenções ou cuidados de conforto requerem um processo de ações confortantes ganhos pelos clientes. O aumento desse conforto é o resultado desse processo de conforto.

Para Kolcaba a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. Não obstante de todos estes princípios, que são basilares e fundamentais da sua teoria, Kolcaba reconhece que a arte de enfermagem é a aplicação individual de cada profissional dos princípios científicos e humanísticos nos contextos específicos do cuidar. Consideramos importante referir que a teoria apresentada assenta num paradigma existencial, pois o conforto aparece como um estado presente além da consciência, reconhecido apenas quando o doente já viveu um estado de desconforto, constituindo uma experiência pré-reflexiva, sendo, muitas vezes difícil de descrever.

Contextualizando a teoria do conforto, seguem-se os conceitos meta paradigmáticos defendidos por Kolcaba (2002):

- ✓ **Enfermagem** é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a apreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base. A apreciação e a reapreciação podem ser intuitivas e/ou subjetivas, tal como quando uma enfermeira pergunta se o doente está confortável, (...). A apreciação pode obter-se através da administração de escalas visuais analógicas, ou de questionários tradicionais, ambos os quais Kolcaba desenvolveu.
 - ✓ **Doente** é quem recebe os cuidados, podem ser indivíduos, famílias, instituições
-

ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde.

- ✓ **Ambiente** é qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela enfermeira ou pelos entes queridos para melhorar o conforto.
- ✓ **Saúde** é o funcionamento ótimo, conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade.

Katharine Kolcaba aborda o conforto como o *coração* da sua teoria, tendo como objetivo major proporcionar conforto aos doentes nas vertentes física, psico-espiritual, sociocultural e ambiental.



2 – DOENTE TERMINAL

Os avanços da Medicina ao longo do século XX foram inúmeros. A ocorrência da morte após um período curto de doença foi sendo combatida com sucesso, e o fenómeno da cura foi-se impondo no contexto da maioria das doenças agudas. Todos os progressos científicos e sociais alcançados impuseram um aumento da longevidade, dando origem a um outro fenómeno no mundo ocidentalizado: o da emergência das doenças crónicas não transmissíveis, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada. No entanto, o facto de se passar a viver mais tempo não implicou que se passe a morrer melhor.

A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças, a sofisticação dos meios utilizados, levou, de algum modo, a sociedade a acreditar numa cultura de negação da morte, onde se inserem os profissionais de saúde. A morte passou a ser negada e considerada como uma frustração e falhanço para estes profissionais ao acreditarem no crescente tecnicismo e tecnologia avançada. De qualquer forma, hoje, em pleno século XXI, e apesar de todos os progressos da medicina, a morte continua a ser uma certeza para cada ser humano (Neto, 2006).

A redução do número de famílias alargadas, a industrialização e a entrada da mulher no mercado de trabalho laboral, têm ao longo do tempo condicionado bastante o tipo de apoio aos doentes crónicos. O aumento crescente das doenças crónicas e o período relativamente prolongado da perda de autonomia que lhes está associado, teve implicações nas famílias e no sistema de saúde, que assume, atualmente a grande maioria dos cuidados aos doentes com doença crónica. Foi precisamente como reação a esta tendência, que surgiu, a partir de 1968, o movimento dos cuidados paliativos. Em Portugal, os cuidados paliativos, são uma atividade recente, tendo as primeiras iniciativas surgido apenas no início dos anos 90 do século passado (SNS, PNCP, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), cuidados paliativos são considerados “*como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais*”.

Os cuidados paliativos (CP) segundo Neto (2006:25) definem-se ainda por “*cuidados ativos e interdisciplinares, integrando o controlo de sintomas, o apoio à família e a comunicação adequada. Este tipo de cuidados centra-se nas necessidades (e não nos diagnósticos) deste tipo de doentes e famílias, pelo que, muito para além dos doentes oncológicos, outros grupos há que beneficiam em muito da aplicação dos princípios da palição*”. A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspectivada como um direito humano, sendo a sua viabilização aplicada pelas áreas do controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. A doença terminal tem normalmente associados um conjunto de problemas não só físicos, mas também de outra índole – o sofrimento.

O sofrimento não é um sintoma nem um diagnóstico, mas uma experiência humana muito complexa. A intensidade desse sofrimento é medida nos tempos do próprio doente à luz dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças, enfim, de uma multiplicidade de fatores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa a ao mesmo tempo única para cada indivíduo que o experimenta. O objetivo dos cuidados paliativos assenta na prevenção de sintomas indesejáveis, trata-los adequadamente, diminuindo o sofrimento do doente e não o aumentando, no respeito inquestionável pela vida humana. Este pressuposto deve estar sempre presente no complexo processo de tomada de decisão clínica nos doentes em fim de vida (Ibid,2006).

De acordo com Eurag (2004 cit. por Neto 2006), a filosofia dos CP tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspectivada como um direito humano, nomeadamente na Comunidade Europeia. No entanto, se existe já legislação importante sobre esta matéria, o certo é que nos deparamos com grandes assimetrias na acessibilidade a este tipo de cuidados, quer entre os diferentes países, quer num mesmo país, de região para região.

No ano de 2005, o estudo *Palliative Care Facts in Europe* demonstrava que os recursos existentes em Portugal eram escassos e sem um modelo de organização homogéneo, nem instrumentos normalizados na sua gestão (SNS, PNCP, 2011).

A disponibilidade da oferta nessa altura em Portugal para prestação de Cuidados Paliativos era de 4 Unidades de Internamento (intra-hospitalares e IPSS), 3 Equipas domiciliárias e 2 Equipas Intra-Hospitalares, que davam resposta quase exclusiva aos clientes com proveniência dos serviços do Instituto Português de Oncologia do Porto. Na

avaliação em 2008, o mesmo estudo, demonstrava que, apesar do início tardio da organização de cuidados paliativos em Portugal comparativamente a outros países da Europa, apresentava um desenvolvimento acelerado e um modelo de organização homogéneo de implementação fruto de recursos humanos bem formados e de legislação e modelo financeiro favoráveis, subindo o número de camas por milhão de habitantes de 5,05 para 20, o que corresponde a um aumento de 296%.

Apesar desta ascensão dos CP, o envelhecimento da população portuguesa é um fenómeno crescente, pois de acordo com os dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística sobre a mortalidade no período 2009/2011 em Portugal, o valor da esperança média de vida à nascença foi estimado em 79,45 anos para ambos os sexos, sendo de 76,43 para os homens e cerca de e 82,30 para as mulheres, sendo que 60% a 75% da população morrerá depois de um período de doença crónica progressiva, que poderá incluir uma situação de doença avançada ou terminal. Perante este fator podemos dizer que, embora existam em Portugal um número crescente de unidades de CP, nem toda a população tem acesso a estes. Todo o processo paliativo é muito moroso, muitos clientes padecem de doença prolongada, não permitindo muitas vezes vagas em tempo útil para outros clientes, o que obriga a que os cuidados sejam prestados, muitas vezes, por familiares.

Uma das maiores preocupações de um cliente terminal é o controlo da dor aguda ou crónica que debilita a pessoa até esta já não conseguir executar as suas tarefas diárias. Muitas vezes, o cliente pode estar a sofrer desnecessariamente, o que pode ter um efeito negativo na sua luta pela vida. Ter qualidade de vida até ao final de uma doença terminal é fulcral, por isso, é necessário averiguar e experimentar quais os medicamentos e/ou tratamentos que possam controlar a dor.

A importância da valorização, da avaliação e do alívio da DOR são elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A 14/06/2003, a Direção Geral de Saúde divulga a Circular Normativa n.º 09 que prevê a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, instituindo a dor como 5º sinal vital.

O controlo eficaz da dor é um dos deveres dos profissionais de saúde, de forma a minimizar as suas consequências e garantir o conforto e bem-estar da pessoa, para tal, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser realizada de forma contínua e regular à

semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida do cliente.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo-se no seu estado físico e psicossocial. A dor é, sem dúvida, uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolve vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida. Portanto, a avaliação da dor constitui uma premissa na prática do enfermeiro, procurando um cuidado individualizado e dirigindo-se à causa desencadeante da dor a fim de aliviá-la.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP, 1994), como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”.

Para efeito de classificação médica a dor é dividida em duas categorias: as agudas, que têm duração limitada e causa geralmente conhecida, e as crônicas, que duram mais de três meses e têm causa desconhecida ou mal definida. Esta última categoria de dor aparece quando o mecanismo de dor não funciona adequadamente ou doenças associadas a ele tornam-se crônicas.

A dor é um fenómeno fisiológico essencial para a conservação da integridade física de um indivíduo, enquanto sintoma funciona habitualmente como sinal de alarme de uma lesão ou disfunção orgânica particularmente no que se refere à dor aguda. Cumprida esta função vital, a dor não representa qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. Pelo contrário, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o aparecimento de outras patologias do foro orgânico e psicológico, podendo conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso e evoluir para a cronicidade (Metzger et al, 2002).

Na prática profissional quotidiana, deve-se aceitar que a dor é aquilo que a pessoa diz que sente, no entanto, por vezes é mal interpretada por parte dos profissionais de saúde, na medida em que não é valorizada corretamente. A queixa de dor deve ser sempre

valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta. A melhor forma de avaliar a dor é confiando nas palavras e no comportamento do cliente, aceitando que a dor existe. Uma das estratégias a adotar é então a utilização sistemática de instrumentos de avaliação, que permitem evitar os erros de interpretação.

O enfermeiro, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, toma como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado (OE, 2001).

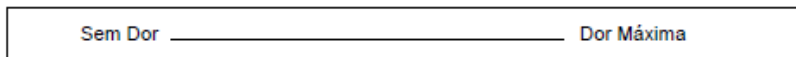
Torna-se então premente recomendar para a prática profissional as seguintes ações (OE, 2008):

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
 - Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
 - Privilegiar o auto relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;
 - Avaliar a dor de forma regular e sistemática pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com protocolos instituídos;
 - Colher dados sobre a história de dor;
 - Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais;
 - Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto avaliação, considerando a ordem de prioridade;
 - Assegurar a compreensão das escalas de auto relato pela pessoa/cuidador principal/família, após ensino;
 - Avaliar a dor nas crianças pré verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação;
 - Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
 - Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;
 - Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da
-

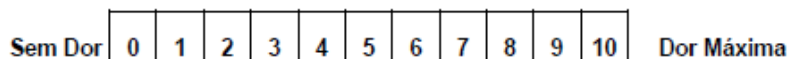
equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

De forma a atender estes critérios o enfermeiro dispõe de um vasto leque de escalas de avaliação da intensidade da dor que se adequam às diversas necessidades da população (DGS, 2003 e OE, 2008):

Escala Visual Analógica – Qualquer idade > 6 anos de idade. Consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha e o local assinalado pela pessoa, obtendo-se a classificação numérica que será assinalada na folha de registo.



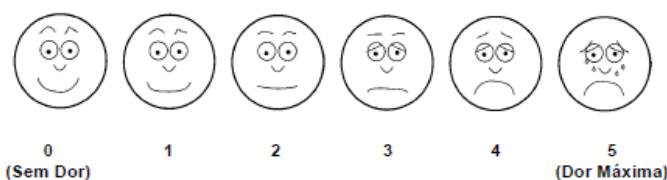
Escala de Avaliação Numérica – Aplicada a qualquer pessoa que identifique a dimensão dos números. Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima”;



Escala Qualitativa - solicita-se ao cliente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.



Escala de Faces – para crianças com mais de 4 anos de idade. É solicitado ao cliente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.



Escala FLACC (*Face, Legs,*

Activity, Cry, Consolability) – aplicada a crianças

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor freqüente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com freqüência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranqüilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Escala DOLOPLUS – idosos com alterações cognitivas

REPERCUSSÃO SOMÁTICA						
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas		0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação		1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais		2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas		3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica		0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional		1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz		2	2	2	2
	. posição antálgica permanente ineficaz		3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção		0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados		1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados		2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação		3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual		0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação		1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação		2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)		3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual		0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer		1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)		2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar		3	3	3	3

REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3

REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o individuo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o individuo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3

Não são apenas os profissionais de saúde que exercem funções no âmbito do controlo da dor, também as instituições de saúde têm a responsabilidade de elaborar ou adotar normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor, implementar sistemas de documentação que suportem uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da dor, promover o acesso a programas de formação sobre dor, definir indicadores de qualidade e implementar sistemas de auditoria para avaliação da qualidade no controlo da dor (OE, 2008). Partindo do princípio que a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas, em particular pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, é da competência do enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para alcançar esse objetivo. Inclusivamente, os enfermeiros são considerados profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, tendo todas as condições para promover e intervir no controlo da dor eficazmente (OE, 2008).

Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano

terapêutico, quando o alívio da dor é inadequado (OE, Parecer 120/2007).

Segundo Gameiro (2000), as intervenções preconizadas para o alívio do sofrimento dos clientes correspondem de um modo geral aos elementos do —Processo de Cuidar de Swanson (1991), segundo este, o cuidador deverá fazer uma apreciação cuidadosa da situação, procurar conhecer o doente evitando ideias preconcebidas, demonstrar disponibilidade, promover conforto, preservar a dignidade, valorizar os sentimentos do outro, oferecer otimismo e promover a esperança.

2.1 – DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Cliente do sexo feminino, raça negra, 30 anos, com antecedentes pessoais de neoplasia gástrica com metastização óssea e carcinomatose peritoneal. Recorreu ao Serviço de Urgência por dores abdominais e vômitos. Encontrava-se em estado terminal, deitada numa maca no corredor do Serviço de Urgência. Apesar da dor referia não querer a administração de morfina, por lhe provocar mal-estar. Como tal, foi-lhe administrado outro analgésico para minimizar a dor. Durante o internamento apresentou episódios de vômitos e hipoglicémia, em que a medicina deu indicação para não administração de glicose hipertónica, para perceber a tolerância desta à hipoglicemia, porque tinha alta clínica. A doente acabou por falecer no corredor, sozinha. O que podemos fazer para evitar estas situações?

2.2 – DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS

2.2.1 – Vômito atual

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado
Vômito atual	Monitorizar glicémia capilar. Supervisionar refeição. Vigiar tolerância à dieta. Vigiar desidratação.	Vômito diminuído

	Vigiar náusea. Vigiar reflexo de deglutição. Vigiar vômito. Gerir ingestão de líquidos. Interromper a ingestão de alimentos. Providenciar saco de vômito. Elevar cabeceira da cama. Referir vômito ao médico. Trocar artigos de cama. Confortar a pessoa. Facilitar repouso. Ensinar a pessoa sobre os posicionamentos durante a refeição.	
--	---	--

Quadro 2 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para vômito atual.

Vômito ou êmese é a expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal (Brum et al, 2011).

As náuseas e vômitos podem ser extremamente debilitantes para o doente terminal e estão entre os sintomas que mais afetam a qualidade de vida destes doentes. Os principais órgãos envolvidos na origem destes sintomas são o trato gastrointestinal e o cérebro, através dos quimiorreceptores, do córtex cerebral, do aparelho vestibular e do centro do vômito, através de mediadores como a serotonina, a dopamina, a acetilcolina e a histamina, (Roque, 2010).

Segundo Abrunhosa (2000) as náuseas e os vômitos estão frequentemente presentes em doentes com cancro terminal e podem, resultar de um conjunto de fatores, entre os quais destacamos:

- Gastrointestinais:

Má higiene oral e infeções da cavidade oral (candidíase, herpes).

Alterações do paladar relacionadas com a quimioterapia.

Obstruções esofágicas.

Estase gástrica (ascite, hepatomegalia, opióides e anticolinérgicos).

Gastrite (AINES, refluxo biliar).

Obstrução intestinal.

Hiperalimentação (quando o doente tem uma sonda nasogástrica ou uma gastrostomia).

- Hipertensão intracraniana:

Metástases cerebrais, edema cerebral.

- Metabólicas:

Uremia, híper -calcemia, toxinas tumorais.

- Induzido por fármacos:

Antibióticos, digoxina, AINES, morfina, anti convulsivantes.

- Quimioterapia.
- Radioterapia.

A avaliação contínua e sistemática do vômito permite o conhecimento da evolução do quadro do doente, sendo por isso, fundamental o seu registo. A avaliação compreende o conhecimento da frequência, duração, intensidade, aspeto, volume, causas ou agentes de agravamento, desconforto físico e emocional, (Brum et al , 2011).

A aplicação de instrumentos padronizados que ajudem a sistematizar a avaliação dos vômitos se bem desenvolvidos e validados, podem facilitar a avaliação pelo cliente e possibilitam a uniformização dos registos e o tratamento dos mesmos, uma escala capaz de avaliar o início e a intensidade dos vômitos pode-se constituir como uma mais-valia, através da sua avaliação é possível planear as intervenções de enfermagem e o tratamento do cliente com vista à obtenção do maior conforto possível e deve incluir:

- ✓ Condições fisiopatológicas como a aceitação alimentar, frequência com que sucedem, fatores desencadeantes ou de agravamento, coloração e aspeto, presença ou não de sinais prodrómicos.
- ✓ Medicamentos que possam provocar náuseas.
- ✓ Frequência da alimentação, ingestão de líquidos e sólidos.
- ✓ Aspetos emocionais como preocupações e sentimentos.
- ✓ Exame físico que deve incluir a investigação de sinais de desidratação, alterações da cavidade bucal e oro faringe, distensão abdominal, ascite (Ibid,2011).

O tratamento sem medicamentos dos vômitos baseia-se essencialmente na

manutenção de uma boa higiene oral com lavagem regular dos dentes, desinfecção das próteses dentárias e uso de desinfetantes locais e cuidados alimentares adequados. A secura da boca que ocorre em 80% dos doentes e contribui para o agravamento das náuseas e vômitos, pode ser minimizada pela administração de cubos de gelo, gelo picado ou utilização de humidificadores e nebulizadores que permitem evitar a hidratação terminal por perfusão (a boca tem uma capacidade de absorção considerável), (Abrunhosa, 2000).

É essencial questionar o cliente a respeito de seu desejo de se alimentar, sensação de fraqueza, eventual dificuldade mecânica para deglutir, presença de sede e/ou fome, reação a determinados alimentos e odores, e agentes desencadeantes do sintoma.

O plano de cuidados de enfermagem deve incluir ainda a manutenção de um ambiente agradável, calmo e livre de odores, a administração de antieméticos prescritos deve ser feita 40 minutos antes das refeições e a medicação para controle da dor deve ser administrada em horário adequado, (Ibid, 2011).

As refeições devem ser fracionadas, na temperatura ambiente e os alimentos devem ser de fácil digestão, pode-se oferecer sumos frescos no intervalo das refeições. As medidas dietéticas devem ser adequadas às necessidades do doente, às suas preferências e aos seus hábitos alimentares, (Brum et al, 2011).

O cliente não se deve deitar logo após as refeições, deve permanecer com a cabeça elevada durante 1 ou 2 horas depois da ingestão de alimentos, devem-se evitar alimentos fritos, com gorduras, condimentados, salgados, ácidos, açucarados ou com odor intenso, assim como a oferta de líquidos durante às refeições, no entanto deve-se priorizar a ingestão de oito a dez copos de líquidos nos seus intervalos, de forma a evitar a desidratação, esta ação minimiza a pressão no estômago reduzindo a ocorrência de refluxo. Algumas opções de líquidos são os chás e caldos claros e sumos; gelatinas, gengibre e lascas de gelo também se constituem como boas escolhas, o café, chá forte e refrigerantes à base de colas, devem ser evitados, (Ibid, 2011).

O gengibre é um antiemético natural, combinado a preparações não ácidas e associado a ingredientes neutros e refrescantes, apresenta efeito direto no trato gastrointestinal através de suas propriedades aromáticas, carminativas e absorventes, aumentando a absorção de toxinas e ácidos, o tônus e a motilidade intestinal, (Ibid , 2011).

De acordo com a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (2011), refeições com elevado teor proteico, tiveram efeito positivo na redução das náuseas e vômitos, uma

das justificações para este facto seria a redução das disritmias gástricas.

Nos casos de vômito ininterrupto é aconselhável suspender qualquer comida ou bebida até à sua cessação, a alimentação deve ser iniciada após 30 a 60 m com pequenas quantidades de líquidos claros, em casos de estase gástrica e nos decorrentes de obstrução intestinal é indicada a nutrição entérica, (Ibid, 2011).

A terapêutica médica do vômito depende do diagnóstico correto da causa, da procura de uma causa reversível (ex: hiper calcemia), da escolha adequada do antiemético e da via de administração (subcutânea ou retal se a via oral não está acessível). (Abrunhosa, 2000).

O conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos possibilita o tratamento com medicamentos que atuem em recetores específicos, estimulados ou inibidos de acordo cm as diferentes etiologias das náuseas e/ou vômitos, (Ibid, 2011).

A medicação utilizada pode ser dividida em três categorias: Os antieméticos, os pró-cinéticos e outras medicações utilizadas em casos especiais. Os agentes antieméticos são fármacos que atuam primariamente no sistema nervoso central, como os anti-histamínicos, anticolinérgicos os antidopaminérgicos, os antagonistas 5-HT3 e os antagonistas da neurocinina 1 (NK1), (Brum et al, 2011).

Os pró-cinéticos têm ação predominantemente periférica, como os agonistas 5-HT4, agentes antidopaminérgicos periféricos e os análogos da somatostatina De entre medicamentos utilizados em situações especiais, é possível referir a utilização de benzodiazepinas no tratamento da náusea antecipatória, os licocorticoides na prevenção da náusea e vômito aguda pós quimioterapia e a possível utilização dos agentes canabinoides. Olanzapina é uma medicação antipsicótica que pode ser utilizada junto com inibidores 5-HT3 e corticoides com o objetivo de melhorar os resultados da profilaxia da NVQT, (Ibid, 2011).

Terapêutica medicamentosa dos vômitos	
FÁRMACO	INDICAÇÃO
Anticolinérgicos: <ul style="list-style-type: none">• Bromidrato de escopolamina• Butilescopolamina	Excesso de secreções <ul style="list-style-type: none">• Obstrução intestinal• Hipertensão intracraniana• Irritação peritoneal

Fenotiazinas <ul style="list-style-type: none"> • Clorpromazina • Levomepromazina 	<ul style="list-style-type: none"> • Causas metabólicas, opiáceos • Obstrução intestinal
Butirofenonas <ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritação peritoneal, obstrução intestinal, • Causas metabólicas, opiáceos • Causas farmacológicas (opiáceos, anticonvulsivos)
Anti- histamínicos H1 <ul style="list-style-type: none"> • Prometazina • Hidroxizina 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritação peritoneal • Obstrução intestinal • Hipertensão intracraniana • Causas vestibulares
Gastrocinéticos <ul style="list-style-type: none"> • Domperidona • Metoclopramida 	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia, opiáceos • Estase gástrica
Antagonistas 5HT3 <ul style="list-style-type: none"> • Ondansetron 	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Radioterapia
Outras <ul style="list-style-type: none"> • Corticoides- dexametasona 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão intracraniana • Quimioterapia, radioterapia
<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade, medo, agitação
<ul style="list-style-type: none"> • Ibuprofen 	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia
<ul style="list-style-type: none"> • Inibidores H2, misoprostol, omeprazole 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastrite induzida por AINES
<ul style="list-style-type: none"> • Bifosfonatos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipercalcemia

Quadro 3 – Terapêutica medicamentosa dos vômitos

2.2.2 – Hipoglicemia atual

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado
Hipoglicemia atual	<ul style="list-style-type: none"> . Avaliar entrada e saída de líquidos . Monitorizar glicemia capilar . Vigiar débito urinário . Vigiar ingestão de líquidos . Vigiar sinais de hipoglicemia . Gerir terapêutica . Referir hipoglicemia ao médico 	Hipoglicemia nenhuma

Quadro 4 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para hipoglicemia atual

A hipoglicemia pode ser definida como um nível inferior ao nível normal de glicose no fornecimento sanguíneo, esta pode provocar uma variedade de sinais e sintomas, mas os principais surgem a partir de um fornecimento inadequado de glicose ao cérebro, causando depressão do sistema nervoso central e comprometimento da sua função (neuroglicopenia).

A hipoglicemia indica que o grau de utilização da glicose por parte dos tecidos é superior à sua disponibilidade plasmática, isto é, a saída de glicose do plasma é superior à sua entrada. Tal pode resultar de um excessivo consumo de glicose (devido ao exercício físico ou a um aumento das perdas externas), ou pode resultar de um inadequado aporte de glicose (produção endógena insuficiente ou inanição).

De uma forma geral estes dois mecanismos (aumento da saída e diminuição de entrada) atuam em consonância para produzir a síndrome hipoglicêmica, (Vale, 2010).

O nível de glicose no sangue para definir hipoglicemia pode variar de acordo com os indivíduos e as circunstâncias, mas podemos considerar para um adulto a manutenção dos níveis acima de 70 mg/ dl como normal e hipoglicemia abaixo de 60 mg / dl, (Ibid, 2010).

A hipoglicemia é motivada por uma perturbação no equilíbrio entre insulina e secretagogos, hidratos de carbono e atividade física. As formas mais comuns de hipoglicemia surgem como uma complicação do tratamento da diabetes mellitus com insulina ou antidiabéticos orais, a hipoglicemia é menos comum em pessoas não diabéticas mas pode acontecer por múltiplas causas, entre elas contam-se o excesso de insulina produzida, deficiências hormonais, fome prolongada e certos tumores, (Ibid, 2010).

Nos clientes com neoplasias malignas, verificam-se anormalidades importantes no metabolismo dos hidratos de carbono, a célula cancerosa utiliza preferencialmente a glicose como substrato energético, dez a cinquenta vezes mais, comparativamente às células normais, o que indica que a presença do tumor aumenta o consumo de glicose, o tumor torna-se o maior consumidor de glicose, enquanto o doente é estimulado de diversas formas a fabricá-la, (Silva, 2006).

De entre as alterações metabólicas destacam-se o catabolismo intenso das reservas de carboidratos, os desajustes metabólicos têm sido observados em etapas avançadas do processo neoplásico assim como na disseminação metastática, quer a intolerância à glicose resultante do aumento da resistência à insulina e a libertação inadequada de insulina tem sido descritos e ocorrem em 60% dos doentes com tumores malignos, (Ibid, 2006).

Devido ao elevado consumo de glicose, a gliconeogénese e o ciclo de Cori encontram-se em níveis aumentados para a conversão do lactato e outras substâncias em glicose objetivando a manutenção glicémica, este processo provoca ao cliente, um prejuízo energético de 300 kcal/ dia, (Silva, 2006).

O nível de glicose abaixo do valor normal recorrente e persistente tem como efeito um aumento nos números de transportadores de glicose na barreira hematoencefálica, de forma a manter o nível de glicose no líquido cefalorraquidiano tão perto da normalidade quanto possível, é por este motivo que os clientes com hipoglicemias recorrentes conseguem manter a consciência, mesmo com níveis de glicose sanguínea mais baixos, sem terem sintomas adrenérgicos significativos, (Vale, 2010).

Os sintomas de hipoglicemia podem ser divididos em dois grupos: os sintomas neuroglicopénicos e sintomas autonómicos. O primeiro grupo de sintomas resulta da privação de glicose no Sistema Nervoso Central, e inclui entre outras, alterações comportamentais (sensação de calor, fraqueza, confusão e dificuldade de concentração, astenia, lipotimia, dificuldade em falar, visão distorcida). No caso de se verificar uma hipoglicemia prolongada, poder-se-ão verificar convulsões, danos cerebrais irreparáveis e até morte.

Os sintomas autonómicos são o resultado da ativação do sistema nervoso autónomo (ativação simpática-adrenal), resultante da hipoglicemia e incluem sudorese, fome, parestesias, tremor, palpitações, ansiedade e nervosismo, (Ibid, 2010).

Podemos reverter a hipoglicemia rapidamente, restabelecendo o nível de açúcar no sangue pela administração de glicose hipertónica ou hidratos de carbono de ação rápida.

A glicemia deve ser controlada com tiras reativas, se abaixo de 60 mg/dl, o tratamento num doente consciente pode passar pela administração de 15 gr de hidratos de carbono de ação rápida, 100 ml de sumo natural sem adição de açúcar ou três rebuçados; em meio hospitalar administra-se por via endovenosa duas fórmulas de glicose hipertónica. Após 5 minutos a glicemia deve ser novamente avaliada, se permanecer nos 60 mg/ml ou inferior a este valor deve-se administrar novamente glicose até à reposição da normalidade e após esta deve-se tentar a ingestão de hidratos de carbono de ação lenta, para ajudar a repor as reservas de glicogénio. Em doentes inconscientes a administração de oral de glicose não deve ser tentada, para além da administração de dextrose, pode-se aplicar 1 mg de glucagon por via subcutânea, levando o fígado a libertar a sua reserva de glicogénio,

(Ibid, 2010).

O regime nutricional é uma parte importante da terapia, o cliente deve ter ensino sobre nutrição e planos de refeição flexível e adaptados à sua condição, os problemas alimentares não são simples para o cliente, mas a sua gestão determina o sucesso do tratamento, o enfermeiro pode fornecer informação nutricional básica e supervisionar a administração de alimentos.

2.2.3 – Morte com dignidade comprometida

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado
Morte com dignidade comprometida	<ul style="list-style-type: none">. Monitorizar frequência cardíaca. Monitorizar tensão arterial. Vigiar atividade psicomotora. Vigiar respiração. Gerir ambiente físico. Gerir terapêutica. Executar técnicas de relaxamento. Facilitar serviços religiosos. Motivar comunicação de emoções. Motivar comunicação de pensamentos. Promover escuta ativa	Dignidade parcial na morte

Quadro 5 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para morte com dignidade comprometida

Etimologicamente, o termo dignidade deriva do latim *Dignitate*, e tem a ver com o merecer consideração, estima, o ser tratado com respeito, que é devido a todas as pessoas, que terão de ser fim e não meio, sempre e em todas as circunstâncias.

Os enfermeiros cuidam de pessoas, que na maioria das vezes, se encontram vulneráveis e que, com frequência se apresentam relativa ou totalmente dependentes para realizar as suas atividades de vida diária autonomamente.

Os cuidados de enfermagem ao doente terminal inserem-se numa área complexa, na medida em que, muitas vezes, os profissionais de saúde são confrontados com os seus próprios sentimentos no que se refere à morte. Por se prestar cuidados ao longo do ciclo vital, proteger e respeitar a dignidade da pessoa surge como um princípio fundamental para a enfermagem.

No Código Deontológico dos Enfermeiros, o artigo 86.º - Do direito pela intimidade, o enfermeiro assume o dever de: a) respeitar a intimidade de pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na tarefa que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

No artigo 87.º - Do respeito pelo doente terminal, é referido que “*o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.*” Assim “*é dever do enfermeiro assegurar o direito primordial da pessoa a morrer com dignidade, princípio consagrado em todas as cartas de direitos dos doentes.*”

Também o artigo 81.º - Dos valores humanos, o enfermeiro assume o dever de: “*a) cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida*”. No artigo 89.º - Da humanização dos cuidados o enfermeiro assume o dever de: “*a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.*”

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (art.4, 1.), a enfermagem “*tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.*”

Segundo Pacheco (2002) os direitos do doente terminal em “*alguns aspetos não são devidamente tidos em linha de conta, nomeadamente a importância de cuidar quando já não é possível curar*”, e “*morrer com dignidade é, sobretudo, morrer no tempo certo –*

sem antecipação ou adiamento da morte – e da forma certa – sem dor, sem sofrimento e acompanhado”.

Os desafios éticos que se colocam perante o cliente em fase terminal estão relacionados com os últimos momentos de vida, pois ainda temos clientes que morrem com dor e sozinhos. Para ajudar os clientes em fase terminal devemos promover-lhes um atendimento humano, personalizado e com respeito pelas suas escolhas, procurando promover uma morte digna.

Segundo Bailey (2001) torna-se importante cultivar o respeito pela morte, pois com frequência é mal compreendida e aceite. Também Machado e Figueiredo (2002) referem que os clientes, numa situação de morte, não devem ser expostos a quem não tem perfil humanitário e que é indispensável nestes momentos, facultar um ambiente confortável onde o profissional de saúde esteja disponível para dar apoio emocional ao cliente e familiares respeitando-os em toda a sua dignidade. Os enfermeiros assumem um papel de extrema relevância, na medida que são os profissionais que mais tempo permanecem junto dos clientes e familiares, assim, devem promover um ambiente calmo e tranquilo mostrando disponibilidade, para poderem contribuir, não só, para o alívio do sofrimento físico, mas também, para o alívio do sofrimento espiritual, que por vezes, é esquecido.

CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho proporcionou-nos uma análise da temática do cliente terminal, baseada no processo de enfermagem, com enquadramento teórico num modelo conceitual de enfermagem e utilizando a CIPE, permitindo assim adquirirmos e desenvolvermos conhecimentos relativamente à evolução do conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem, a nível Nacional e Internacional.

Foi de extrema importância a aquisição de saberes nas dimensões ética, jurídica e deontológica da supervisão de cuidados em enfermagem, uma vez que é uma ferramenta essencial dos cuidados e na decisão ética de enfermagem que visa promover a excelência dos cuidados de enfermagem.

A relação de ajuda aliada à tomada de decisão do enfermeiro, à evidência científica para a prática de enfermagem e às competências do enfermeiro especialista, obrigou-nos a mobilizar conhecimentos que permitiram construir o trabalho nos moldes apresentados. Do enfermeiro especialista espera-se um desempenho adequado na supervisão de cuidados, analisando com regularidade a praxis para minimizar o risco de complicações, promover práticas seguras e a melhoria contínua da qualidade, sendo a realização deste trabalho um particular exemplo.

O modelo teórico adotado foi o de Katharine Kolcaba, com a sua teoria do conforto. Esta premissa encaixa na perfeição nas características do caso apresentado, pois o conforto surge como pedra basilar nos cuidados ao cliente terminal.

Consideramos os objetivos inicialmente propostos atingidos. Porém, o caso não foi resolvido uma vez que a cliente faleceu. Ainda assim, os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos durante a reflexão do caso serão certamente fulcrais para a resolução de casos futuros de natureza idêntica.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

ABIVEN, M. – **Para Uma Morte Mais Humana - Experiência De Uma Unidade Hospitalar De Cuidados Paliativos**. Loures. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001, ISBN 972-8383-25-8.

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

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

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR (APED) – Enfermagem. **Revista Dor** ®: Vol.15, nº1, 2007. ISSN 0872-4814.

BAILEY, A. A. – **Morte: a grande aventura**. 2ª Edição. Niterói: Fundação Cultural Avatar, 2001.

MACHADO, W.; FIGUEIREDO, N. – Cuidar e ser cuidado: a dimensão subjetiva de uma experiência quase-morte. **Revista Enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, ISSN: 0104- 3552, Nº3 (set./dez. 2002), p.153-159.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra. Quarteto Editora, Dezembro 2001, ISBN 972-8535-97-X.

DEODATO, S. – Supervisão de Cuidados: Uma Estratégia Curricular Em Enfermagem. **Revista Percursos**. Setúbal. ISSN1646-5067. Nº 18 (out./dez. 2010), p. 3-7.

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. – **Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interativo**. Lisboa, Lusodidacta. 1994. ISBN 972-

95399/4/4.

GAMEIRO, M. – **Sufrimento na doença**. Coimbra. Quarteto Editora. 2000. ISBN 972-8535-06-6.

HOLLOWAY, E. – **Clinical Supervision: a systems approach**. USA: **Sage Publications**, 1995.

KOLCABA, K. – **Confort theory and practice. A vision for holistic health care and research**. New York: 2002, Springer

KRON, T. – **Liderazgo y administracion en enfermeria**. 5ª Edição. México: Nueva Editorial Interamericana, 1983.

METZGER, C. [et al] – **Cuidados de enfermagem e dor: Avaliação da dor, Modalidades de Tratamento e Psicologia do doente**. Loures: Lusociência, 2002.

MUNSON, C. – **Handbook of Clinical Social Work Supervision**. 3rd Edition. Binghamton: The Haworth Press, 2002.

NETO,I; BARBOSA, A. – **Manual de Cuidados Paliativos**, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006, ISBN 978-972-9349-21-8

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2**. Lusodidacta, 2011, ISBN 978- 92-95094-35-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro**. Lisboa: Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**. Cadernos OE, série I, número 1, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de**

Enfermagem. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos. Lisboa. 2001.

PACHECO, S.- **Cuidar A Pessoa Em Fase Terminal: Perspetiva Ética.**1ª Edição. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.,2002,ISBN 972-8383-30-4.

PEARSON, A.; VAUGHAN,B. - **Modelos Para o Exercício de Enfermagem.**1ª Edição. Lisboa. Grafilarte - Artes Gráficas, Lda., 1986.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. – **Modelos para o Exercício de Enfermagem.** Londres: Heinmann Nursing, 1992.

PORTUGAL. Direção Geral de saúde – **Circular Normativa: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor,** 2003.

PORTUGAL. Direção Geral de saúde – **Circular Normativa: Programa Nacional de Controlo da Dor,** 2008.

REGULAMENTO nº 122/2011 “**D.R., 2ªsérie**”, nº35 (18-2-2011) 8648-8653. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

SORENSEN & LUCKMAN - **Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica.** 1ª Edição Lisboa. Lusodidacta, 1998.

TOMEY; A. M.; ALLIGOOD, M. R. - **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ª Edição. Loures. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda,2004, ISBN:972-8383-74-6.

ELECTRÓNICAS

ABREU, W. C. – Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Informação e Promover a Qualidade. **Lusomed** [Em linha]. 2004. [Consult. 06 jun. 2012]. Disponível em: <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>.

ABRUNHOSA, M. – **Manual de Medicina Geral e Familiar** – Parte II – 2.9 – Cuidados

Paliativos. Promoção e proteção da saúde nas diferentes fases de vida – Doente terminal. [Em linha]. 2000. [Consult. 22 jun. 2012]. Disponível em: http://csgois.web.interacesso.pt/MGFVOO1MASTER/paginas/001_indice.html.

BRUM, C.; STEFANI, S. – Uso de Antieméticos. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**. 2011;3(3).ISSN 1984 – 087X, p.5-25. [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/img/din/file/RBCP7.pdf>.

GARRIDO, A. – **A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros**. Dissertação para Mestre em Supervisão [Em linha], 2004. Universidade de Aveiro. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1464/1/2008000333.pdf>

NUNES, L. – **Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente** [Em linha]. 2006. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica** [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consult.30 abril.2012]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. [Em linha]. Lisboa. [Consult. 16 jun. 2012]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B06316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde – **Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos**.2011 [Em linha]. [Consult. 16 jun. 2012]. Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf

REGULAMENTO DO EXERCICIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS. [Em

linha]. [Consult. 10 jun. 2012]. Disponível em www.ordemdosenfermeiros.pt.

ROQUE, C. – **Agonia – Últimos Momentos de um Doente Terminal**. Dissertação para Mestrado Integrado em Medicina. [Em linha], 2010. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18763/1/Carolina%20Roque%20-%20Agonia%20-%20ultimos%20momentos%20de%20um%20doente%20term.pdf>.

SILVA, M. – Síndrome da Anorexia e Caquexia em Portadores de Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2006; 52(1). ISSN 2176 – 9745, p.63. [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao3.pdf.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING – **Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and health Visiting** [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em <http://www.clinicalsupervision.com/clinsup.htm>.

VALE, B. – **Hipoglicemias. Causas, diagnóstico e abordagem terapêutica**. Dissertação para Mestrado Integrado em Medicina [Em linha], 2010. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52846/2/Hipoglicemias.pdf>

APÊNDICE XVII

(PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS - PAC)

K1			
OBJETIVO GERAL			
Otimizar os registos de enfermagem do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo			
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	UNIDADES DE COMPETÊNCIA
Formar e treinar a equipa de enfermagem relativamente à importância da avaliação e registo da dor nas escalas instituídas no Serviço de Urgência Geral	<p>Pesquisa bibliográfica sobre a dor</p> <p>Criação de dossier temático sobre a dor;</p> <p>Construção de slides;</p> <p>Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora;</p> <p>Procede às alterações caso necessário;</p> <p>Marcação da sessão de formação;</p> <p>Elaboração de um plano de sessão;</p> <p>Divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros;</p> <p>Realização da formação;</p> <p>Avaliação da formação</p>	<p>Dossier temático da Dor;</p> <p>Conjunto de slides;</p> <p>Cartaz de divulgação da ação de formação</p> <p>Plano de sessão</p>	<p>K 1.2</p> <p>K 1.3</p>
Elaborar protocolos farmacológicos/ não farmacológicos para alívio da Dor	<p>Pesquisa bibliográfica sobre protocolos;</p> <p>Reunião de serviço com a Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência e Diretor do Serviço de Urgência a fim de criar grupo de trabalho responsável pela realização do protocolo farmacológico;</p> <p>Reunião com Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência, Enf.^a Orientadora e Enfermeiro do grupo de trabalho da Dor do Serviço de Urgência para realização do protocolo não farmacológico;</p> <p>Elaboração dos protocolos;</p> <p>Discussão com o grupo de trabalho;</p> <p>Procede às alterações, caso necessário;</p> <p>Pedido de autorização à Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência e Diretor do Serviço de Urgência para implementar os protocolos;</p> <p>Implementação dos protocolos;</p>	<p>Protocolos farmacológicos/ não farmacológicos</p>	<p>K 1.2</p> <p>K 1.3</p>

<p>Elaborar folheto para a Equipa de Enfermagem relacionado com as Intervenções não farmacológicas no alívio da Dor</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre as intervenções não farmacológicas no alívio da Dor e sobre normas de elaboração de folhetos;</p> <p>Elaboração de folheto;</p> <p>Apresentação do folheto à Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf.^a Orientadora e ao Enfermeiro do grupo de trabalho da Dor do Serviço de Urgência;</p> <p>Procede às alterações, caso necessário;</p> <p>Procede a pedido de autorização ao Conselho de Administração para implementação do folheto;</p> <p>Procede à impressão do folheto;</p> <p>Implementação do folheto</p>	<p>Folheto</p>	<p>K 1.2 K 1.3</p>
---	--	----------------	------------------------

K2			
OBJETIVO GERAL			
Adquirir competências para uma resposta eficaz a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	UNIDADES DE COMPETÊNCIA
<p>Criar dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Centro Hospitalar, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre matérias perigosas, planos de emergência interno e externo, fichas de segurança e urgências toxicológicas;</p> <p>Realização de estágio no Gabinete de Gestão de Risco do Centro Hospitalar;</p> <p>Criação do dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos;</p> <p>Apresentação do dossier temático à Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf.^a Orientadora e ao Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco;</p> <p>Procede às alterações, caso necessário;</p> <p>Divulgação do dossier temático em suporte informático</p>	<p>Relatório de estágio;</p> <p>Dossier temático</p>	<p>K 2.1 K 2.2 K 2.3</p>
<p>Formar e treinar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência relativamente aos produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Centro Hospitalar, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre matérias perigosas, urgências toxicológicas;</p> <p>Construção de slides;</p> <p>Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora;</p> <p>Procede às alterações caso necessário;</p> <p>Marcação da sessão de formação;</p> <p>Elaboração de um plano de sessão;</p> <p>Divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros;</p> <p>Realização da formação;</p> <p>Avaliação da formação</p>	<p>Conjunto de slides;</p> <p>Cartaz de divulgação da ação de formação</p> <p>Plano de sessão</p>	<p>K 2.1 K 2.2 K 2.3</p>

K3			
OBJETIVO GERAL			
Adquirir e aprofundar conhecimentos que permitam uma adequada intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	UNIDADES DE COMPETÊNCIA
Elaborar Póster relacionado com a lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação Não Invasiva	Realização estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Centro Hospitalar; Elaboração do póster; Apresentação do póster à Enf. ^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf. ^a Orientadora e à Enf. ^a da CCIH Procede às alterações, caso necessário; Procede a pedido de autorização à Enfermeira coordenadora para implementação do póster; Impressão do Póster Divulgação do Póster	Relatório de estágio; Póster;	K 3.1 K 3.2
Formar as assistentes operacionais relativamente à lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação não invasiva	Pesquisa bibliográfica sobre prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, descontaminação de materiais; Realização estágio na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Centro Hospitalar; Construção de slides; Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora; Procede às alterações caso necessário; Marcação da sessão de formação; Elaboração de um plano de sessão; Divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros; Realização da formação; Avaliação da formação	Relatório de estágio; Conjunto de slides; Cartaz de divulgação da ação de formação; Plano de sessão;	K 3.1 K 3.2

APÊNDICE XVIII

(CRONOGRAMA INICIAL DO PAC)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES INICIAL DO PAC

OBJETIVO	ATIVIDADES	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Criar dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Centro Hospitalar, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas	Pesquisa bibliográfica sobre matérias perigosas, planos de emergência interno e externo, fichas de segurança e urgências toxicológicas					
	Realização de estágio no Gabinete de Gestão de Risco do Centro Hospitalar					
	Criação do dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos					
	Apresentação do dossier temático à Enf. ^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf. ^a Orientadora e ao Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco					
	Procede às alterações caso necessário					
	Divulgação do dossier temático em suporte informático					

<p>Formar e treinar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência relativamente aos produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Centro Hospitalar, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre matérias perigosas, urgências toxicológicas</p>					
	<p>Construção de slides</p>					
	<p>Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora</p>					
	<p>Proceder às alterações, caso necessário</p>					
	<p>Marcação da sessão de formação</p>					
	<p>Elaboração de um plano de sessão</p>					
	<p>Divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros</p>					
	<p>Realização da formação</p>					
	<p>Avaliação da formação</p>					

Formar as assistentes operacionais relativamente à lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação não invasiva	Pesquisa bibliográfica sobre prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, descontaminação de materiais					
	Realização estágio na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Centro Hospitalar					
	Construção de slides					
	Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora					
	Procede às alterações caso necessário					
	Marcação da sessão de formação					
	Elaboração de um plano de sessão					
	Divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros					
	Realização da formação					
	Avaliação da formação					

Elaborar Póster relacionado com a lavagem, desinfecção e montagem das máscaras de Ventilação Não Invasiva	Realização estágio na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Centro Hospitalar;					
	Elaboração do póster					
	Apresentação do póster à Enf. ^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf. ^a Orientadora e à Enf. ^a da CCIH					
	Procede às alterações, caso necessário;					
	Procede a pedido de autorização à Enfermeira coordenadora para implementação do póster;					
	Impressão do Póster					
	Divulgação do Póster					

APÊNDICE XIX

(RELATÓRIO ESTÁGIO DO GABINETE DE GESTÃO DE RISCO)

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
GABINETE DE GESTÃO DO RISCO E SEGURANÇA
DO DOENTE**



Elaborado por Sandra Contreiras
Enf.^a Orientadora Teresa Lourenço
Prof. Elsa Monteiro

Junho 2012

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	3
1 - CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE DE GESTÃO DO RISCO E SEGURANÇA DO DOENTE DO CENTRO HOSPITALAR	4
2 - DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	8
3 - CONCLUSÃO	9
4 - REFERÊNCIAS	10



0 - INTRODUÇÃO

Durante a elaboração do Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC) realizámos um estágio opcional no Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, que decorreu entre 19 de Março a 30 de Março e 16 Abril a 02 de Maio, com um total de 42 horas, sob a orientação do Enf.º José Filipe Nunes.

Como objetivos para a realização deste estágio delineámos a necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos na área da gestão de risco, principalmente na área da catástrofe, incidindo no que se refere ao plano de emergência interno, bem como conhecer as funções dos profissionais que exercem nesta área, na instituição onde desempenhamos as nossas funções. O interesse por nós apresentado na realização deste estágio surge pela certeza da aquisição de conhecimentos e saberes necessários para a concretização do Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC).

O relatório divide-se em três partes. A primeira descreve o Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco (SGQR), onde está inserido o Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente do Centro Hospitalar. A segunda parte encarrega-se de descrever as atividades desenvolvidas, e por último a conclusão, espaço onde pretendemos fazer uma reflexão final.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO GABINETE DE GESTÃO DO RISCO E SEGURANÇA DO DOENTE DO CENTRO HOSPITALAR

Conforme está descrito no portal interno do Centro Hospitalar, o Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco (SGQR) tem como **Missão** principal, promover e coordenar atividades de melhoria contínua da qualidade e de gestão do risco, assim como os programas de acreditação e certificação. Adicionalmente o SGQR colabora com o grupo SIGO nas atividades do Sistema Integrado de Gestão por Objetivos.

É constituído pela Dra. Carla Tomás, que é a responsável, o Enf.º José Filipe Nunes, o Eng.º João Didelet e pelo Enf.º Pedro Espada Santos.

O Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco (SGQR) do Centro Hospitalar tem coordenado o respetivo programa de acreditação. Com este programa procuramos melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente, garantir um ambiente seguro e trabalhar continuamente de forma a reduzir os riscos para todos os doentes e profissionais.

Este Serviço é constituído por três núcleos, designadamente o Núcleo de Auditorias Internas, o Núcleo de Apoio ao SIGO e o Núcleo de Gestão Documental. O Serviço articula-se ainda com duas unidades tecnicamente autónomas: **o Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente e o Gabinete de Gestão do Risco.**

A gestão do programa de acreditação pela JCI é da responsabilidade do SGQR e implica:

- A articulação com as entidades acreditadoras;
- O apoio aos serviços no planeamento e implementação das ações corretivas decorrentes das auditorias;
- A preparação da visita das entidades acreditadoras.

Núcleo de Gestão Documental

O Núcleo de Gestão Documental terá sob a sua responsabilidade a:

- Reestruturação do sistema de Gestão Documental;
 - Adaptação e atualização dos documentos produzidos pelo Hospital;
 - Promoção da elaboração de novos documentos da qualidade;
 - Divulgação de políticas e procedimentos;
-

- Constituição e controlo dos Manuais Locais da Qualidade.

Núcleo de Apoio ao SIGO

O Núcleo de Apoio ao SIGO terá sob a sua responsabilidade a:

- Colaborar, anualmente, na contratualização dos objetivos com os responsáveis dos serviços de suporte;
- Monitorizar, mensalmente, os resultados obtidos;
- Elaboração de relatórios mensais de avaliação dos serviços;
- Efetuar a avaliação de satisfação dos utentes;
- Efetuar a avaliação de satisfação dos doentes internos;

Núcleo de Auditorias Internas

O Núcleo de Auditorias Internas terá sob a sua responsabilidade a:

- Elaboração e realização do Programa Anual de Auditorias Internas, em articulação com o Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente, o Gabinete de Gestão do Risco e outras entidades;
- Promoção de formação na área de auditoria interna, em articulação com o Centro de Educação e Formação (CEF).

Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente

As atividades a desenvolver pelo Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente são:

- Identificação e avaliação continuada de riscos clínicos, seus fatores causais e proposta de medidas preventivas;
 - Gestão do sistema de relato de incidentes, sua investigação e seguimento;
 - Análise de reclamações e de queixas que permite a identificação precoce de riscos;
 - Colaborar na implementação do Plano de Catástrofe Externa;
 - Realização de auditorias clínicas;
 - Promoção de formação na área de gestão do risco clínico e da auditoria clínica em articulação com o CEF.
-

Gabinete de Gestão do Risco

As atividades a desenvolver pelo Gabinete de Gestão do Risco são:

- Identificação e avaliação do risco geral, seus fatores causais e proposta de medidas preventivas;
- Implementação de um sistema de relato de incidentes, sua investigação e seguimento;
- Análise de reclamações e de queixas que permite a identificação precoce de riscos não clínicos;
- Implementação do Plano de Emergência Interno;
- Promoção de formação na área de gestão do risco geral em articulação com o CEF.

As atividades desenvolvidas por este serviço são:

- Formação em auditorias internas e criação da bolsa de auditores internos;
 - Realização de inquérito de satisfação aos utentes;
 - Realização de inquérito de satisfação aos doentes internos;
 - Apoio aos serviços com sistemas de gestão da qualidade implementados ou em fase de implementação pela norma EN NP ISO 9001/2008;
 - Acompanhamento de grupos de trabalho do programa de acreditação pela JCI;
 - Realização de auditorias internas nas áreas do risco e transversais ao Centro Hospitalar;
 - Implementação do programa de vigilância de quedas a doentes internados;
 - Implementação de um sistema de relato de incidentes na área de gestão do risco;
 - Realização de conferências:
 - a) “O risco clínico nos hospitais” pelo Prof. Dr. José Fragata;
 - b) “Os custos da não-qualidade” pelo Dr. Paulo Larcher;
 - c) O projeto de acreditação do Hospital Padre Américo de Penafiel;
 - d) Participação na Conferência “Resultados do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE a 17 de Maio de 2011 - Auditório do Hospital de Nossa Senhora do Rosário;
 - e) Participação no 2º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente – apresentação de poster “Patient Safety – Think Different”;
 - f) Realização de Simulacro de Incêndio “Operação Outono” no Edifício da Unidade Funcional de Consultas Externas.
-

2 - DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o período de estágio no Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente do Centro Hospitalar procurámos, dentro do curto período, desenvolver atividades profícuas ao desenvolvimento do PAC.

O Enf.º José Filipe proporcionou-nos a oportunidade de realizar pesquisa bibliográfica e ter acesso a documentos que foram essenciais para a realização dos trabalhos para concretizar os objetivos delineados no PAC, nomeadamente o plano de emergência interna do hospital, que se encontra a ser reformulado.

Deu-nos também a conhecer a plataforma de Registo de Incidentes, que é um sistema de notificação para identificação de riscos e implementação de ações que visam diminuir/eliminar as causas chave. As ações são na essência informação de retorno aos profissionais e podem assumir a forma de alteração de procedimentos, recomendações de boas práticas e definição de medidas de segurança. Tendo como objetivo diminuir a ocorrência de eventos adversos, que representam custos significativos e eventuais danos na imagem/credibilidade do Centro Hospitalar.

E proporcionou-nos a oportunidade de o acompanhar a uma formação sobre esta plataforma, ao serviço de Medicina do nosso hospital.

3 - CONCLUSÃO

Neste relatório pensamos que conseguimos apresentar uma visão global do desempenho de uma equipa de profissionais de saúde que tem por missão cuidar dos doentes de uma forma segura, tendo a gestão dos riscos como suporte para a prestação dos cuidados.

Na generalidade todas as atividades desenvolvidas foram de muito interesse.

Consideramos o estágio realizado como uma mais-valia para a consolidação de saberes, que na nossa perspetiva irão contribuir para uma prática mais refletida e traduzida nas boas práticas.

Esta partilha de saberes e experiências permitiu desenvolver capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas (K2) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que se reporta à resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

Consideramos ter atingido os objetivos propostos inicialmente para a concretização deste relatório.

4 - REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Documentos vários do Gabinete de Gestão do Risco do Centro Hospitalar;

Apontamentos realizados, mediante as informações concedidas durante o estágio.

ELECTRÓNICAS

Gestão da Qualidade e do Risco – Quem somos e o que fazemos. [Acedido a 02.06.2012].
Disponível em: http://www.chbm.min-saude.pt/Servicos/Assessoria_Tecnica/Gestao_Qualidade_Risco/Quem_somos_e_o_que_fazemos.htm

APÊNDICE XX

(DOSSIER TEMÁTICO “MATÉRIAS PERIGOSAS – CUIDADOS A
TER”)

DOSSIER TEMÁTICO

MATÉRIAS PERIGOSAS (Cuidados a ter)



Elaborado por Sandra Contreiras
Enf.^a Orientadora Teresa Lourenço
Prof. Elsa Monteiro

Junho, 2012

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	3
1 – GLOSSÁRIO	5
2 – URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS	8
3 – EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL	11
4 – PLANO EMERGÊNCIA EXTERNO	12
5 – FICHAS DE SEGURANÇA	18
5.1 - FICHA DE SEGURANÇA DO AMONÍACO	19
5.2 - FICHA DE SEGURANÇA DO ACETATO DE VINILO	24
5.3 - FICHA DE SEGURANÇA DO ACRILONITRILLO.....	28
5.4 - FICHA DE SEGURANÇA DO GASÓLEO.....	33
5.5 - FICHA DE SEGURANÇA DO FUEL ÓLEO.....	38
5.6 - FICHA DE SEGURANÇA DO PETRÓLEO	43
5.7 - FICHA DE SEGURANÇA DO CLORO	48
5.8 - FICHA DE SEGURANÇA DO ÁCIDO CLORÍDRICO	57
5.9 - FICHA DE SEGURANÇA DA SODA CAÚSTICA	63
5.10 - FICHA DE SEGURANÇA DO OXIGÉNIO LÍQUIDO	72
5.11 - FICHA DE SEGURANÇA DO MONÓXIDO DE CARBONO.....	78
6 – REFERÊNCIAS	84

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que estamos a frequentar no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, e no decorrer do Estágio Opcional no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo elaborámos este documento de forma a proporcionar à equipa de enfermagem um recurso onde tirar dúvidas, caso elas surjam, relacionadas com esta temática.

De acordo com Vaz e Catita (2000, p. 14), o enfermeiro prestador de cuidados de urgência necessita de determinadas características, que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos, mas também com “ (...) a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou de morte para o doente”.

Aos enfermeiros da urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade (Nunes, 2008)

Nos Serviços de Urgência, os profissionais de saúde são quase todos os dias confrontados com vítimas de acidentes com matérias perigosas, que podem ir de um simples acidente doméstico com um detergente a um acidente industrial grave, onde estão envolvidos produtos químicos de elevado grau de toxicidade.

Na área envolvente ao Centro Hospitalar situa-se um Complexo Industrial que é constituído por as quatro empresas existentes sujeitas a “Notificação de Segurança”, que são a CPB (Companhia Petroquímica do Barreiro, Lda.), a FISIFE (Fibras Sintéticas de Portugal, SARL), a AP (Amoníaco de Portugal, SA) e a TANQUIPOR (Movimentação e Armazenagem de Líquidos, Lda.). Todas estas empresas estão envolvidas por áreas densamente povoadas (Plano Emergência Externo da Câmara Municipal do Barreiro, 2010, p. 2).

As substâncias perigosas manuseadas, produzidas e armazenadas nas unidades

industriais são fatores de risco de origem tecnológica que merecem uma atenção especial. Estes riscos estão associados a possível liberação de substâncias com características perigosas, nomeadamente, acrilonitrilo, dimetilamina, acetato de vinilo, amoníaco, entre outras, explosão e incêndios, face aos cenários descritos e apresentados pelas empresas anteriormente referidas, nos seus Planos de Emergência Interna (PEI), no entanto, é comum que os hospitais de destino (onde está incluído o Centro Hospitalar) das vítimas resultantes de acidentes nessas instalações, não têm uma informação detalhada da natureza das matérias perigosas envolvidas (Plano Emergência Externo da Câmara Municipal do Barreiro, 2010, p. 3).

As matérias perigosas e os seus riscos para a saúde não são do conhecimento geral da maioria dos profissionais de saúde, os do Serviço de Urgência deste Centro Hospitalar não são exceção, pois a formação sobre como atuar perante uma pessoa contaminada com matérias perigosas é diminuta. No entanto, temos as situações com os pesticidas, que vão sendo de alguma forma recorrentes neste Serviço de Urgência (visto ter uma vasta área rural na sua abrangência), pelo que os profissionais de uma forma geral estão mais familiarizados com os procedimentos a realizar neste tipo de situações.

1 – GLOSSÁRIO

ACIDENTE GRAVE - é acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente.

(Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2009)

ACIDENTE QUÍMICO OU INDUSTRIAL - Libertação ou derrame não planeado de substâncias químicas perigosas durante a produção, o transporte ou o manuseamento das mesmas.

(Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2009)

ACIDENTE TECNOLÓGICO - Ocorrência súbita e não planeada causada pela atividade humana, que origina danos graves no Homem e no ambiente. Pode-se tratar de um acidente químico ou nuclear.

(Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2009)

AGENTES TÓXICOS – São substâncias químicas, naturais ou sintéticas, com efeitos nocivos no ser humano.

(Criddle, 2001)

CALAMIDADE - estado que pode ser declarado mediante a presença de determinados pressupostos em função da gravidade e extensão dos danos causados por Acidentes Graves ou Catástrofes e da necessidade de respostas excepcionais para prevenir, reagir ou repor a normalidade das condições de vida em determinada região ou na totalidade do território nacional.

(Lei de Bases da Proteção Civil, 1996)

CATÁSTROFE - é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.

(Lei de Bases da Proteção Civil, 1996)

DESCONTAMINAÇÃO - A descontaminação deve ser realizada com o objetivo de reduzir lesões cutâneas ou a absorção através da pele, minimizar o risco de inalação ou ingestão do contaminante, proteger a equipe de atendimento e controlar a contaminação de materiais e equipamentos.

(Júnior)

INTOXICAÇÃO - toda e qualquer exposição de um indivíduo (por ingestão, injeção ou inalação) a uma substância ou a um conjunto de substâncias associadas com um potencial significativo para provocar lesões. O composto tóxico será um agente químico que, introduzido no organismo, altera elementos bioquímicos fundamentais à vida.

(Castro, 2008)

INTOXICAÇÕES ACIDENTAIS - ocorrem sempre que um indivíduo experiencia, sem intenção, mais do que um simples efeito de uma substância e que pode ser resultado de uma alteração da tolerância do indivíduo à substância em causa ou então devido ao facto de a preparação conter mais substância ativa do que a esperada; em última instância quando o indivíduo não tem noção dos riscos que corre por exposição à(s) substância(as).

(Silva, 2009)

INTOXICAÇÃO AGUDA - assume-se como uma exposição de curta duração de uma ou várias doses num intervalo de tempo inferior a 24h, com absorção rápida do agente tóxico e com uma clínica de rápida ascensão onde a morte e recuperação ocorrem num curto espaço de tempo.

(Castro, 2008)

MATÉRIAS PERIGOSAS – são as substâncias ou preparações que devido à sua inflamabilidade, ecotoxicidade, corrosividade ou radioatividade, por meio de derrame, emissão, incêndio ou explosão podem provocar situações com efeitos negativos para o Homem e para o Ambiente.

(Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2009)

PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNO – organiza a resposta do Hospital face a uma catástrofe/emergência exterior à sua organização.

(Cunha da Cruz, 2005)

RISCOS DERIVADOS DO DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO - todos os riscos resultantes da ação humana em interação com o desenvolvimento tecnológico, designadamente todos os incêndios, independente da sua origem e localização, acidentes com veículos de transporte de passageiros, de mercadorias ou envolvendo elevado número de veículos sejam eles de circulação subterrânea, marítima ou aérea. Inclui-se ainda colapso de edifícios e acidentes industriais com matérias perigosas nos locais de laboração e durante o transporte.

(Alves e Redondo, 1999)

RISCOS DE ORIGEM NATURAL - entendem-se riscos relacionados com as intempéries, nomeadamente cheias, inundações, estados de seca, quaisquer situações meteorológicas extremas e fenómenos relacionados com sismos (maremotos, vulcões, terramotos, etc.).

(Alves e Redondo, 1999)

2 – URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

Segundo Criddle (2001, p. 685) os agentes tóxicos são substâncias químicas, naturais ou sintéticas, com efeitos nocivos no ser humano. As toxinas entram no organismo por ingestão, inalação, injeção, exposição ocular ou contacto cutâneo. A quantidade de toxinas necessária para produzir sintomas varia consideravelmente em função das substâncias. A exposição pode ser acidental ou voluntária, e pode estar relacionada com atividade recreativa ou profissional. O tratamento do doente com intoxicação implica suporte hemodinâmico contínuo, avaliação pormenorizada do potencial de toxicose, intervenções no sentido de minimizar a absorção de toxinas e promover a excreção e terapia específica para a substância em questão.

AVALIAÇÃO DO DOENTE

Devido às inúmeras substâncias potencialmente tóxicas, torna-se, muitas vezes, uma tarefa difícil saber qual ou quais os agentes envolvidos numa urgência toxicológica.

O Centro de Informação Antivenenos (CIAV) dispõe de profissionais e de um serviço e atendimento permanente, aptos a dar informações sobre as diversas substâncias, sua toxicidade e tratamento do doente.

Os sintomas da exposição a tóxicos podem ser subtis ou drásticos, variando consoante o agente causador, a dose e a extensão da exposição.

Pelo que torna-se necessário obter a história detalhada junto do doente, da família ou dos profissionais de cuidados pré-hospitalares. As informações essenciais nestes casos são:

- ✓ Saber qual a substância;
 - ✓ Tempo de Exposição;
 - ✓ Se foi exposição aguda ou crónica
 - ✓ Qual a quantidade de toxinas
 - ✓ Avaliar sinais e sintomas
-

- ✓ Se foi intencional ou acidental

CUIDADOS AO DOENTE

Criddle (2001, p. 685) refere que os primeiros cuidados a prestar à pessoa que apresenta urgência toxicológica são a estabilização das vias aéreas, da respiração e da circulação.

As intervenções passam por medidas tão simples como posicionar o doente, administrar oxigénio e fluidos orais. Em exposições mais graves pode ser necessário entubação endotraqueal, ventilação mecânica e medicamentos vasoativos.

Para além de se garantir a segurança do doente e proporcionar apoio psicológico, o tratamento centra-se na redução da absorção de toxinas, aumento da eliminação da substância e intervenções específicas para a toxina em presença.

Para a **redução da absorção** de toxinas as alternativas existentes são a lavagem gástrica, administração de carvão ativado, descontaminação cutânea e irrigação ocular. As intervenções específicas dependem do estado do doente e da toxina em questão.

- Lavagem Gástrica – é usada nas situações em que seja necessário esvaziamento gástrico. Produz melhores resultados quando realizada tão rapidamente quanto possível após a ingestão de toxinas. A lavagem está contraindicada em doentes com ingestão de cáusticos.
 - Carvão Ativado – parece ser a intervenção terapêutica mais importante no tratamento de grande parte das ingestões de tóxicos. Administrado oralmente ou por sonda nasogástrica absorve imediatamente a maioria dos tóxicos, à exceção de metais pesados e álcoois tóxicos. Náuseas, vômitos, oclusão intestinal são os efeitos secundários do carvão.
-

- Descontaminação Cutânea – está indicada em situações de exposição da pele a qualquer toxina. Deve-se retirar toda a roupa e objetos contaminados, logo que possível, e lavar as zonas de contacto, durante 10 – 15 minutos, com grandes quantidades de água. As pessoas com exposição cutânea a substâncias tóxicas também representam um risco para terceiros, pelo que os profissionais de saúde devem usar o equipamento de proteção individual (luvas, batas, óculos e máscaras) para evitar exposição secundária.
- Descontaminação Ocular – implica lavagem ocular abundante, com grandes quantidades de solução salina normal. Em caso de substâncias cáusticas é necessária lavagem prolongada.

As técnicas para **aumentar a eliminação** de toxinas compreendem a administração de purgantes, irrigação total do intestino, repetição de dose de carvão ativado, diurese forçada, hemodiálise e hemoperfusão.

A **administração de antídoto** é limitada, pois apenas um número reduzido de tóxicos possuem antídotos específicos, tais como:

ANTÍDOTO	TÓXICO
Oxigénio	Monóxido de Carbono
Naloxona	Opiáceos
Atropina	Organofosforados
Obidoxima	Organofosforados
N- Acetilcisteína	Acetaminofeno
Flumazenil	Benzodiazepinas

ORGANOFOSFORADOS

Segundo Criddle (2001, p. 698) os organofosforados são o principal constituinte ativo de centenas de inseticidas. A toxicidade varia consoante a composição química.

Os organofosforados podem ser ingeridos, inalados ou absorvidos por via tópica. Algumas vezes, pode verificar-se contaminação maciça devido a ingestão de produtos não lavados ou contaminação aérea durante a pulverização de cultivo.

Os sintomas variam entre ligeiros e graves e, normalmente, manifestam-se num espaço de 12 horas após o contacto. Alguns organofosforados podem não provocar distúrbios significativos durante 24 a 36 horas.

Os efeitos incluem fadiga, fraqueza, visão enevoadada, tonturas, cefaleias, delírio, convulsões e coma. O doente apresenta-se enfraquecido, com tremor, fasciculações e incapacidade de estar em pé. Os efeitos a nível gastrointestinal compreendem náuseas, vómitos, anorexia, cólicas abdominais e diarreia.

O intoxicado por organofosforados corre sério risco de contaminar terceiros, nomeadamente, os profissionais de saúde, pelo que deve-se realizar a ressuscitação e a descontaminação em zona isolada e bem ventilada. E os profissionais de saúde que estiverem em contacto com o intoxicado necessitam de proteção total, incluindo bata, máscara, óculos e luvas (estas devem ser especiais de descontaminação, se não estiverem disponíveis, deve-se usar dois pares de luvas).

A roupa do intoxicado deve ser tratada como contaminada. O vómito, o material da lavagem gástrica, bem como as fezes, devem ser cuidadosamente manuseados e eliminados para evitar contaminação posterior.

3 – EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Segundo Sousa (2010, p. 35) os Equipamentos de Proteção Individual (EPIS) são essenciais para a proteção entre o Profissional de Saúde e o contacto com a matéria perigosa e consequente contaminação.

O mesmo autor refere que este tipo de equipamento é obrigatório para todo o pessoal de que alguma forma corra o risco de entrar em contacto com o agente contaminante que já se encontra numa vítima a tratar ou presente em material a manusear. Protegendo de acordo com as respetivas situações da absorção, inalação ou do contacto físico com o agente. As medidas universais de proteção utilizadas, habitualmente no hospital, como a utilização de luvas de látex, batas descartáveis de plástico e máscaras cirúrgicas são a adequada proteção para quase todos os agentes biológicos e radioativos, mas são inadequados para o manuseamento de matérias químicas.

O nível de Equipamento de Proteção Individual pode ir desde a máxima proteção com aparelhos respiratórios de pressão positiva e encapsulamento total do corpo num fato até à mínima proteção, como a simples utilização de luvas e máscara.

Os Equipamentos de Proteção Individual contêm um elevado número de possíveis combinações que contemplam vários modelos e níveis de proteção de aparelhos de proteção respiratória e de vestuário de proteção.

Segundo Green (2010, p. 131), a roupa protetora está dividida em quatro categorias:

1. A proteção de nível A fornece o nível mais alto de proteção cutânea e respiratória. O utilizador está totalmente isolado num ambiente quimicamente impermeável, com uma máscara respiratória autolimitada (ARAL). A proteção de nível A não se destina ao uso por prestadores de cuidados de saúde de 1ª linha.
 2. A proteção de nível B inclui um fato de proteção contra salpicos e uma ARAL. É o nível mínimo de proteção que a Occupational Safety and Health Administration exige para a polícia local, bombeiros, especialistas de cuidados de emergência e prestadores de cuidados de 1ª linha. Dá o mesmo grau de proteção respiratória com o nível A, mas menos proteção cutânea e ocular.
 3. A proteção de nível C envolve o uso de um respirador com purificador de ar para a face inteira ou apenas metade, que é usado depois de a contaminação ser identificada.
-

4. A proteção de nível D é o nível de proteção mais baixo. Não fornece proteção respiratória e apenas uma proteção cutânea mínima. O utilizador evita o contaminante, mas não toma nenhuma precaução para além da roupa de trabalho normal e sapatos de segurança.



4 – PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNO

FACTORES DE RISCO INERENTES AO CONCELHO

1 – Riscos de Origem Natural

- Sismos

2 – Riscos de Origem Tecnológica

- Acidentes industriais

» acidente químico com emissão de gás, vapor ou partículas tóxicas

» explosão / incêndio industrial

- Acidentes graves de tráfego (inclui transporte de mercadorias perigosas)

» acidentes rodoviários

- Incêndios urbanos

3 – Riscos de origem social

- Terrorismo

NÍVEIS DE RESPOSTA EM CATÁSTROFE

A atuação de todos os serviços implicados desenvolve-se em 3 níveis:

Nível I: resposta com os meios imediatos e habitualmente disponíveis

Nível II: resposta com os recursos do Hospital, ativáveis em situações de emergência

Nível III: resposta com os recursos mobilizáveis em situações de grande emergência

Consideram-se duas situações de emergência:

» Transporte para o Serviço de Urgência de 1-2 ou mais vítimas no espaço de 60 minutos gravemente traumatizados ou doentes.

» Situações de emergências que resultem de vários acontecimentos e uma vez combinados ultrapassem a capacidade normal de atendimento do Hospital (por ex. 20 vítimas por intoxicação).



NÍVEIS	Nível I	Nível II	Nível III
Situação	<p>Chegada de 1 a 2 vítimas muito graves, ao SU, no espaço de 60 minutos</p> <p>Chegada ao SU de 20 ou mais vítimas Não Urgentes, no espaço de 60 minutos</p>	Chegada de 2 a 4 vítimas muito graves	Chegada de mais de 4 vítimas muito graves
Actuação	Resposta com os meios imediata e habitualmente disponíveis	Resposta com os recursos do Hospital, activáveis em situações de emergência	Resposta com os recursos mobilizáveis em situações de grande emergência

ORGANIZAÇÃO DA EMERGÊNCIA

O Plano de Catástrofe Externo implica a criação de uma estrutura orgânica adequada para operar eficazmente em situação de catástrofe.

Este organograma vigora apenas durante o período em que decorre uma Situação de Catástrofe, sobrepondo-se à estrutura organizacional da Unidade Hospitalar, em funcionamento normal.

A estrutura adotada é composta por:

» Gabinete de Crise

Liderado pelo Diretor de Emergência (Diretor Clínico / Diretor Serviço Urgência) assessorado por:

- Relações Públicas
- Responsável de ligação às Autoridades Oficiais

Apoiado por:

- Direção de Logística

- Segurança / Comunicações / Transportes / Aprovisionamento/ Gestão

Hoteleira

Apoiado por:

- Direção de Planeamento

- Direção Técnica do Hospital

- Gabinete de Informação

- Direção do Centro de Operações (Diretor do Serviço de Urgência)

Responsável pelos seguintes Núcleos de Atividade:

- Áreas de Tratamento

» Zona de TRIAGEM (diretor S.U.)

» Zona VERMELHA

» Zona AMARELA (Chefe de Equipa)

» Zona VERDE

» Zona CINZENTA/PRETA

» Equipa de Identificação/Altas

- Áreas de Internamento/Cirurgia

» Bloco Operatório

» Unidade de Cuidados Intensivos

» Serviço Materno-Infantil

» Equipa de Identificação/Altas

- Áreas de Apoio à ação Médica

» Laboratório de Patologia Clínica

» Imagiologia

» Farmácia

» Esterilização

» Laboratório de Anatomia Patológica/Casa Mortuária

- Áreas de Apoio a Familiares

» Gabinete de Informação a Familiares

» Gabinete de Apoio Psicológico

As zonas de apoio não médico que devem ser tidas em consideração são as seguintes:

- Gabinete de Crise
- Sala para Meios de Comunicação
- Sala para Autoridades Oficiais
- Armazém de Catástrofes
- Gabinete de Informação
- Zona de Apoio a Familiares

PROCEDIMENTO DE ACTIVAÇÃO SEQUENCIAL DO PLANO

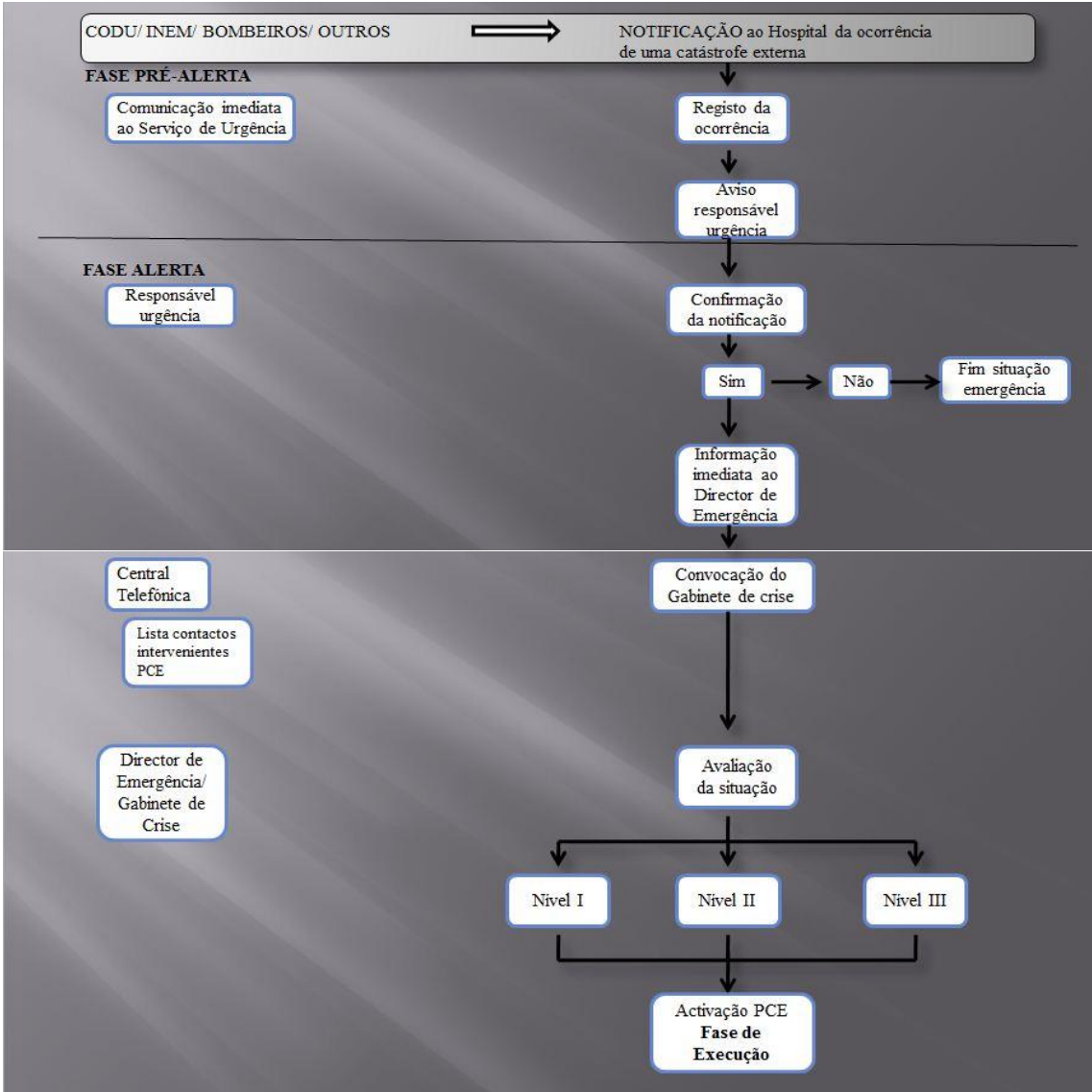
A ativação do Plano de Catástrofe Externo (PCE) implica uma modificação substancial no regime de exploração normal do Hospital do Barreiro. Por esta razão, a ativação do PCE deverá ser feita sequencialmente, de forma a:

- definir de forma clara as pessoas responsáveis pela ativação e execução dos procedimentos. Desta forma pretende-se evitar ativações desnecessárias do PCE.

- otimizar o tempo de resposta perante a situação de catástrofe, mediante a adequada coordenação dos recursos materiais e humanos disponíveis no Hospital.

O PCE divide-se em três fases de atuação:

- Fase de pré-alerta
 - Fase de alerta
 - Decisão de ativação do PCE
-



LOCALIZAÇÃO DOS NÚCLEOS BÁSICOS DE ACTIVIDADE:

	ZONA	NÍVEL I	NÍVEL II	NÍVEL III
	Triagem	Urgências - Entrada		
VERMELHO	Suporte Avançado de Vida	Urgências • Sala de Reanimação • UIPA	• Serviço de Observações • Unidade de Cuidados Intensivos	
AMARELO	Tratamento Urgente	Urgências • Balcões do SU • Salas de tratamento		
VERDE	Tratamento não Urgente	Consultas Externas • salas de espera das consultas externas	Consultas Externas • corredor das consultas externas • gabinetes de consulta • salas de tratamento	
PRETO	Irreversíveis / Falecidos	Hospital de dia de Psiquiatria • Corredor / Gabinetes desocupados	Morgue	

LOCALIZAÇÃO DOS NÚCLEOS BÁSICOS DE APOIO:

ZONA	LOCAL
Gabinete de Crise	Sala de Reuniões na Administração
Armazém de Catástrofes	Serviço de Urgência
Gabinete de Informação	Serviços Informáticos
Área de Apoio a Familiares	Auditório
Sala para Comunicação Social	Sala de Espera da Radioterapia
Sala para Autoridades Oficiais	Sala de Secretariado do Conselho de Administração/ Sala de Reuniões disponível no Conselho de Administração

5 - FICHAS DE SEGURANÇA



6 - REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A.G., REDONDO, J.A. – Plano de Emergência Hospitalar. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 1999.

CASTRO, A. - Quantificação de Club Drugs em Amostras Biológicas em Toxicologia Forense. Departamento de Química, Vol. Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro, 2008.

DIÁRIO DA REPÚBLICA – I Série - A – Lei 27/2006 de 3 de Julho.

MONAHAN, F. D. et al – Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8ª Ed., Vol. I, Lusodidacta, Loures, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2

Plano de Emergência Interno do Hospital Nossa Senhora do Rosário, Março, 2011

SHEEHY, S. – Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática. 4ª ed., Lusociência, Loures, 2001, ISBN 972-8383-16-9.

SILVA, P. – Perfil Epidemiológico de Internamentos por intoxicação aguda nos HUC: 2000-2007. Departamento de Biologia, Vol. Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro, 2009.

SOUSA, R. - Acidentes com matérias perigosas no contexto do Hospital de S. Bernardo – Setúbal, Vol. Mestrado. Universidade do Porto, Porto, 2010

VAZ, C. e CATITA, P. - Cuidar no serviço de urgência. Nursing, nº148, Setembro, 2000, p. 14-17

ELECTRÓNICAS

ANPC, Autoridade Nacional de Proteção Civil., disponível em: www.proteccaocivil.pt
(Consultado em 02.06.2012)

ANPC, Autoridade Nacional de Proteção Civil. *Riscos Naturais e Tecnológicos.*,
disponível em: <http://www.proteccaocivil.pt/PrevencaoProteccao/Pages/Apresentacao.aspx>
(Consultado em 02.06.2012)

<http://www.prociv.pt/PrevencaoProteccao/RiscosTecnologicos/TransporteMercadoriasPerigosas/Pages/Oquesao.aspx> (Consultado em 02.06.2012)

<http://www.prociv.pt/InformacaoPublica/Pages/Apresentacao.aspx> (Consultado em 08.06.2012)

http://www.prociv.pt/GLOSSARIO/Documents/GLOSSARIO-31_Mar_09.pdf
(Consultado em 08.06.2012)

<http://www.cm-barreiro.pt/pt/conteudos/Gabinete+de+proteccao+civil/Planos+Emergencia/Plano+de+Emergencia+Externo/> (Consultado em 02.06.2012)

APÊNDICE XXI

(AÇÃO FORMAÇÃO “MATÉRIAS PERIGOSAS E URGÊNCIAS
TOXICOLÓGICAS – CUIDADOS A TER”)

IPS Instituto Português de Saúde
 1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-QUIRÚRGICA

MATÉRIAS PERIGOSAS E URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS (Cuidados a ter)




Elaborado por Sandra Contreiras
 Enfª Orientadora Teresa Lourenço
 Prof. Elsa Monteiro

Junho, 2012

OBJECTIVOS

- ✓ Dar a conhecer à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência quais os produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Barreiro, respectivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas



Aos enfermeiros da urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.


(Nunes, 2008, p. 12)

Os acidentes com produtos perigosos podem acontecer nos diversos meios onde são fabricados ou manipulados, nas grandes indústrias e pólos petroquímicos, no ambiente doméstico e durante seu transporte e podem ocasionar múltiplas vítimas.

(Teixeira Jr., p. 1)

Nos Serviços de Urgência, os profissionais de saúde são quase todos os dias confrontados com vítimas de acidentes com matérias perigosas, que podem ir de um simples acidente doméstico com um detergente a um acidente industrial grave, onde estão envolvidos produtos químicos de elevado grau de toxicidade.

(Sousa, 2010, p. 5)




Na área envolvente ao Centro Hospitalar Barreiro Montijo – Unidade do Barreiro situa-se o Complexo Industrial do Barreiro que é constituído por as quatro empresas existentes sujeitas a "Notificação de Segurança", que são:

- CPB (Companhia Petroquímica do Barreiro, Lda.)
- FISPE (Fibras Sintéticas de Portugal, SARL)
- AP (Amoníaco de Portugal, SA)
- TANQUIPOR (Movimentação e Armazenagem de Líquidos, Lda.).

Todas estas empresas estão envolvidas por áreas densamente povoadas

(Plano Emergência Externo da Câmara Municipal do Barreiro, 2010, p. 2)




As substâncias perigosas manuseadas, produzidas e armazenadas nas unidades industriais são factores de risco de origem tecnológica que merecem uma atenção especial.

Estes riscos estão associados a:

- possível libertação de substâncias com características perigosas, nomeadamente, acrilonitrilo, dimetilamina, acetato de vinilo, amoníaco, entre outras
- explosão
- Incêndios


(Plano Emergência Externo da Câmara Municipal do Barreiro, 2010)



As principais substâncias com características perigosas, utilizadas nas fábricas envolventes à Unidade do Barreiro do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE são:

- acrilonitrilo
- dimetilamina
- acetato de vinilo
- amoníaco

(Plano Emergência Externo da Câmara Municipal do Barreiro, 2010)




Conceitos Básicos

ACIDENTE GRAVE - é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, susceptível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente.

(Autoridade Nacional de Protecção Civil, 2009)

ACIDENTE QUÍMICO OU INDUSTRIAL - Libertação ou derrame não planeado de substâncias químicas perigosas durante a produção, o transporte ou o manuseamento das mesmas.

(Autoridade Nacional de Protecção Civil, 2009)




Conceitos Básicos

ACIDENTE TECNOLÓGICO - Ocorrência súbita e não planeada causada pela actividade humana, que origina danos graves no Homem e no ambiente. Pode-se tratar de um acidente químico ou nuclear.

(Autoridade Nacional de Protecção Civil, 2009)

AGENTES TOXICOS - São substâncias químicas, naturais ou sintéticas, com efeitos nocivos no ser humano.

(Criddle, 2001)



Conceitos Básicos

CALAMIDADE - estado que pode ser declarado mediante a presença de determinados pressupostos em função da gravidade e extensão dos danos causados por Acidentes Graves ou Catastrofes e da necessidade de respostas excepcionais para prevenir, reagir ou repor a normalidade das condições de vida em determinada região ou na totalidade do território nacional.

(Lei de Bases da Protecção Civil, 1996)

CATASTROFE - é o acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.

(Lei de Bases da Protecção Civil, 1996)



Conceitos Básicos

DESCONTAMINAÇÃO - A descontaminação deve ser realizada com o objectivo de reduzir lesões cutâneas ou a absorção através da pele, minimizar o risco de inalação ou ingestão do contaminante, proteger a equipe de atendimento e controlar a contaminação de materiais e equipamentos.

(Junior)

INTOXICAÇÃO - toda e qualquer exposição de um indivíduo (por ingestão, injeção ou inalação) a uma substância ou a um conjunto de substâncias associadas com um potencial significante para provocar lesões. O composto tóxico será um agente químico que, introduzido no organismo, altera elementos bioquímicos fundamentais à vida.

(Castro, 2008)



URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

Os agentes tóxicos são substâncias químicas, naturais ou sintéticas, com efeitos nocivos no ser humano.

As toxinas entram no organismo por:

- ingestão
- inalação
- injeção
- exposição ocular
- contacto cutâneo

(Criddle, 2001)



URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

A quantidade de toxinas necessária para produzir sintomas varia consideravelmente em função das substâncias.

A exposição pode ser acidental ou voluntária, e pode estar relacionada com actividade recreativa ou profissional.

O tratamento do cliente com intoxicação implica suporte hemodinâmico contínuo, avaliação pomenorizada do potencial de toxicose, intervenções no sentido de minimizar a absorção de toxinas e promover a excreção e terapia específica para a substância em questão.

(Criddle, 2001)



URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

AVALIAÇÃO DO CLIENTE

Devido às inúmeras substâncias potencialmente tóxicas, torna-se, muitas vezes, uma tarefa difícil saber qual ou quais os agentes envolvidos numa urgência toxicológica.

O Centro de Informação Antivenenos (CIAV) dispõe de profissionais e de um serviço e atendimento permanente, aptos a dar informações sobre as diversas substâncias, sua toxicidade e tratamento do cliente.

Os sintomas da exposição a tóxicos podem ser subtis ou drásticos, variando consoante o agente causador, a dose e a extensão da exposição.

(Criddle, 2001)



URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

É muito importante obter a história detalhada junto do cliente, da família ou dos profissionais de cuidados pré-hospitalares.

As informações fundamentais são:

- ✓ Saber qual a substância
- ✓ Tempo de Exposição
- ✓ Se foi exposição aguda ou crónica
- ✓ Qual a quantidade de toxinas
- ✓ Avaliar sinais e sintomas
- ✓ Se foi intencional ou acidental

(Criddle, 2001)



URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

CUIDADOS AO CLIENTE

Os primeiros cuidados a prestar à pessoa que apresenta urgência toxicológica são a estabilização das vias aéreas, da respiração e da circulação.

Em exposições mais graves pode ser necessário entubação endotraqueal, ventilação mecânica e medicamentos vasoactivos.

(Criddle, 2001)



URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

Para além de se garantir a segurança do cliente e proporcionar apoio psicológico, o tratamento centra-se na redução da absorção de toxinas, aumento da eliminação da substância e intervenções específicas para a toxina em presença.

Para a redução da absorção de toxinas as alternativas existentes são:

- lavagem gástrica
- administração de carvão activado
- descontaminação cutânea
- irrigação ocular.

As intervenções específicas dependem do estado do cliente e da toxina em questão.

(Criddle, 2001)



URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

- **Lavagem Gástrica** – é usada nas situações em que seja necessário esvaziamento gástrico. Produz melhores resultados quando realizada tão rapidamente quanto possível após a ingestão de toxinas. A lavagem está contra-indicada em clientes com ingestão de cáusticos.
- **Carvão Activado** – parece ser a intervenção terapêutica mais importante no tratamento de grande parte das ingestões de tóxicos. Administrado oralmente ou por sonda nasogástrica absorve imediatamente a maioria dos tóxicos, à excepção de metais pesados e álcoois tóxicos. Náuseas, vômitos, oclusão intestinal são os efeitos secundários do carvão.

(Criddle, 2001)



URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

- **Descontaminação Cutânea** – está indicada em situações de exposição da pele a qualquer toxina. Deve-se retirar toda a roupa e objectos contaminados, logo que possível, e lavar as zonas de contacto, durante 10 – 15 minutos, com grandes quantidades de água. As pessoas com exposição cutânea a substâncias tóxicas também representam um risco para terceiros, pelo que os profissionais de saúde devem usar o equipamento de protecção individual (luvas, batas, óculos e máscaras com viseira) para evitar exposição secundária.
- **Descontaminação Ocular** – implica lavagem ocular abundante, com grandes quantidades de solução salina normal. Em caso de substâncias cáusticas é necessária lavagem prolongada.

(Criddle, 2001)



URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

As técnicas para **aumentar a eliminação** de toxinas compreendem a administração de purgantes, irrigação total do intestino, repetição de dose de carvão activado, diurese forçada, hemodiálise e hemoperfusão.

A **administração de antídoto** é limitada, pois apenas um número reduzido de tóxicos possuem antídotos específicos, tais como:

TÓXICO	ANTÍDOTO
Monóxido de carbono	Oxigénio
Opóideos	Naloxona
Organofosforados	Atropina
Organofosforados	Oxidazima
Xanteno	N. Acetilcisteína
Benzociclopentadieno	Flumazenil

(Criddle, 2001)



URGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

ORGANOFOSFORADOS

Organofosforados são os agentes mais conhecidos dos Serviços de Emergência e Urgência, a sua vasta utilização em pesticidas faz com que estes estejam facilmente disponíveis a grande número de pessoas, nomeadamente no meio rural, podendo assim serem utilizados várias vezes em tentativas de autoagressão o que faz com que estas vítimas recorram ao serviço de urgência.

Os organofosforados são o principal constituinte ativo de centenas de inseticidas. A toxicidade varia consoante a composição química.

Criddle (2001, p. 898)



ORGANOFOSFORADOS

VIAS DE ABSORÇÃO

Absorção fácil, favorecida pelo calor, humidade ambiente e sudorese

- o Respiratória
- o Cutânea
- o Ocular
- o Digestiva

Júnior (1999)



ORGANOFOSFORADOS

DIAGNÓSTICO

- História de contacto (exposição ou ingestão)
- Cheiro *sui generis*
- Quadro laboratorial
- Manifestações clínicas

Júnior (1999)



ORGANOFOSFORADOS

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Dependem de alguns factores:

- o Organofosforado em causa
- o Quantidade de tóxico envolvido
- o Condição física do doente (estatura/peso do doente)

Júnior (1999)



ORGANOFOSFORADOS

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Efeitos Muscarínicos:

- Desconforto (opressão) torácico
- Dispneia
- Aumento das secreções brônquicas
- Náuseas/Vômitos
- Visão turva
- Diarreia / incontinência fecal
- Hipotensão

Júnior (1999)




ORGANOFOSFORADOS

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Efeitos Muscarínicos:

- Bradicardia
- Polaquúria
- Sialorreia
- Diaforese
- Miose
- Aumento da secreção lacrimal

Júnior (1999)




ORGANOFOSFORADOS

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Efeitos Nicotínicos:

- o Palidez
- o Fraqueza muscular
- o Hipotensão
- o Fasciculações / Convulsões
- o Paralisia flácida
- o Depressão e paragem respiratória

Júnior (1999)




ORGANOFOSFORADOS

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Efeitos a nível do SNC:

- o Ansiedade
- o Cefaleias
- o Alterações da linguagem e do estado de consciência (confusão)
- o Convulsões
- o Coma
- o Depressão respiratória

Júnior (1999)



ORGANOFOSFORADOS


TRATAMENTO

As ligações organofosforados-colinesterases não fazem reversão espontânea

Após 24 a 48 horas de ligação contínua, as moléculas da colinesterase são destruídas

A regeneração total da colinesterase pode levar semanas ou mesmo meses

Júnior (1999)



ORGANOFOSFORADOS


TRATAMENTO

O tratamento consiste sobretudo em medidas de apoio:
(Terapia de antídoto, para contrariar efeitos dos organofosforados)

- Drogas de eleição:
 - Atropina – atua sobre o síndrome muscarínico
 - Obidoxima – regenerador da colinesterase

(Administradas em perfusão contínua, em simultâneo e iniciadas precocemente aumentam a sua eficácia)

Júnior (1999)




ORGANOFOSFORADOS

TRATAMENTO

A dose de atropina é ajustada até evidência de sinais de atropinização:

- Midriase
- Fotofobia
- Pele seca, quente e ruborizada
- Diminuição acentuada das secreções brônquicas
- Taquicardia

Júnior (1999)




ORGANOFOSFORADOS

TRATAMENTO




- ✓ EOT e eventual ventilação mecânica
- ✓ Medicação de acordo com evolução da situação
 - Antibióticos
 - Antipiréticos
 - Anti convulsivantes
 - Sedativos
 - Outros


Júnior (1999)



ORGANOFOSFORADOS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

-  Diferenciados
-  Estabelecimento de prioridades
-  Colheita de dados correta e adequada



ORGANOFOSFORADOS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O doente intoxicado por organofosforados corre sério risco de contaminar terceiros por via cutânea e/ou respiratória

Todos os profissionais em contacto com o intoxicado necessitam de PROTECÇÃO TOTAL:

- Máscara
- Óculos
- Barrete
- Bata
- Avental
- Luvas



ORGANOFOSFORADOS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

⇒ Manutenção das funções vitais

⇒ Remoção do tóxico

⇒ Administração de terapêutica vagolítica (Ex: atropina)



ORGANOFOSFORADOS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

MANUTENÇÃO DAS FUNÇÕES VITAIS

⇒ Manter vias aéreas permeáveis:

- Aspiração de secreções
- Colocar tubo de mayo (SOS)
- Colocar utente em posição lateral de segurança
- Administrar oxigénio
- Avaliar frequentemente sinais vitais
- Observar e registar estado geral do utente



ORGANOFOSFORADOS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

REMOÇÃO DO TÓXICO

Cliente consciente:

- Indução do vômito
- Lavagem gástrica para completar o esvaziamento gástrico

Cliente em coma:

- Recorre-se logo à entubação nasogástrica, aspiração do conteúdo gástrico e lavagem gástrica
- Após a lavagem deve-se administrar carvão ativado

NOTA: Em ambos os casos deve-se lavar a pele do utente com água e sabão neutro, dar laxantes, fazer balanço hídrico, colher sangue para análise segundo prescrição...



ORGANOFOSFORADOS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA VAGOLÍTICA

Administrar atropina segundo prescrição

Observar estado geral do utente

Estar atento aos sinais de atropinização (miíriase, pele seca e ruborizada, taquicardia, ausência de secreções).

NOTA: Estes sinais devem ser mantidos para evitar novas reintoxicações



REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A.G., REDONDO, J.A. – Plano de Emergência Hospitalar. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 1999.

CASTRO, A. - Quantificação de Club Drugs em Amostras Biológicas em Toxicologia Forense. Departamento de Química, Vol. Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro, 2008.

DIÁRIO DA REPÚBLICA – I Série - A – Lei 27/2006 de 3 de Julho.

MONAHAN, F. D. et al – Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica. 6ª Ed., Vol. I. Lusodidacta, Loures, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2

Plano de Emergência Interno do Hospital Nossa Senhora do Rosário, Março, 2011



REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

SHEEHY, S. – Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática. 4ª ed., Lusociência, Loures, 2001, ISBN 972-8383-16-9.

SILVA, P. – Perfil Epidemiológico de internamentos por intoxicação aguda nos HUC. 2000-2007. Departamento de Biologia, Vol. Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro, 2009.

SOUSA, R. – Acidentes com matérias perigosas no contexto do Hospital de S. Bernardo – Setúbal, Vol. Mestrado. Universidade do Porto, Porto, 2010

VAZ, C. e CATITA, P. - Cuidar no serviço de urgência. Nursing, nº148, Setembro, 2000, p. 14-17



REFERÊNCIAS

ELECTRÓNICAS

ANPC, Autoridade Nacional de Protecção Civil, disponível em: www.proteccao civil.pt (Consultado em 02.06.2012)

ANPC, Autoridade Nacional de Protecção Civil. *Riscos Naturais e Tecnológicos*, disponível em: <http://www.proteccao civil.pt/Prevencao/Protecao/Pages/Apresentacao.aspx> (Consultado em 02.06.2012)

<http://www.proteccao civil.pt/Prevencao/Protecao/RiscosTecnologicos/Transporte/MercadoriasPerigosas/Pages/O queisso.aspx> (Consultado em 02.06.2012)

<http://www.proteccao civil.pt/InformacaoPublica/Pages/Apresentacao.aspx> (Consultado em 08.06.2012)

http://www.bvsde.paho.org/cursosde/p/modulos/modulo_3.4.1.pdf (Consultado em 08.06.2012)

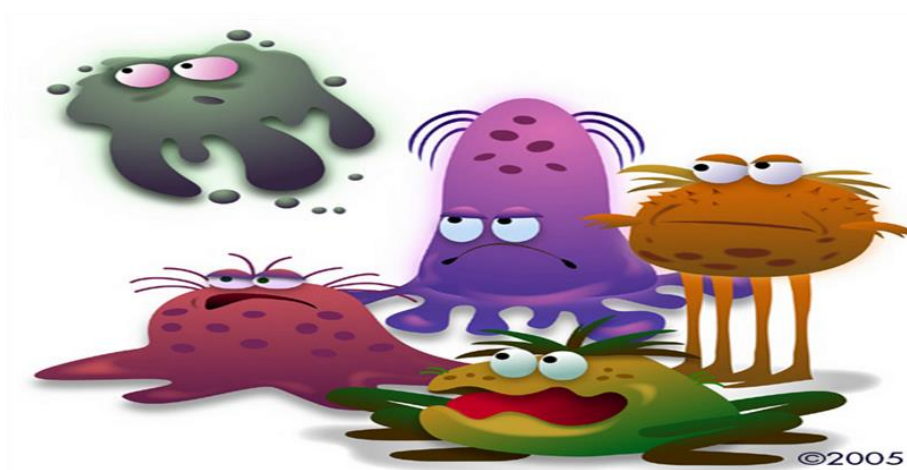
http://www.spmi.pt/revista/vol06/vol6_n2_1999_088-091.pdf (Consultado em 08.06.2012)



APÊNDICE XXII

(RELATÓRIO ESTÁGIO CCIH)

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO
HOSPITALAR**



Elaborado por Sandra Contreiras
Enf.^a Orientadora Teresa Lourenço
Prof. Elsa Monteiro

Junho 2012

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	1
1 - CARATERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR DO CENTRO HOSPITALAR	4
2 - DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	7
3 - CONCLUSÃO	8
4 - REFERÊNCIAS	9



0 - INTRODUÇÃO

No âmbito da concretização do Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC) efetuámos um estágio opcional na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, que decorreu entre 07 de Maio e 20 de Junho, com um total de 40 horas, sob a orientação das Enfermeiras Rosário Rodrigues e Tatiana Silva.

Como objetivos para a realização deste estágio delineámos a necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos na área do controlo de infeção, bem como conhecer as funções dos profissionais que exercem no contexto de controlo de infeção, na instituição onde desempenhamos as nossas funções. O interesse por nós apresentado na realização deste estágio, surge pela certeza da aquisição de conhecimentos e saberes necessários para a concretização do Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC).

O relatório divide-se em três partes. A primeira descreve a CCIH do Centro Hospitalar como órgão funcional. Na segunda parte descrevemos as atividades desenvolvidas, e por último a conclusão, onde pretendemos fazer uma reflexão final.

1 - CARATERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR DO CENTRO HOSPITALAR

Como referido no portal interno do Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo, EPE (Abril, 2010) a CCIH foi nomeada pelo Conselho de Administração no dia 16 de Setembro de 2003, embora já tivesse sido realizado algum trabalho no ano anterior.

A Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar é um órgão de assessoria ao Conselho de Administração e é constituída por duas enfermeiras a tempo inteiro e quatro médicos em tempo parcial nas áreas da Infeciologia, Cirurgia, Patologia Clínica e Medicina Interna. Este último ocupa o cargo de presidente da CCIH. Esta equipa é ainda formada por uma farmacêutica e uma administrativa.

As funções das enfermeiras da CCIH são:

Realização de normas e procedimentos em colaboração com o departamento dos padrões de qualidade;

Planear e aplicar sistemas de monitorização do cumprimento das normas e procedimentos;

Identificar as necessidades na área da formação multidisciplinar e planear e desenvolver as ações de formação que abrangem todos os grupos profissionais e participar nessas ações de formação ou cursos como formador. Deverá ainda, colaborar na seleção dos formadores, conteúdos temáticos que entender adequados de acordo com as áreas a abordar e os grupos profissionais envolvidos. Estar atento às necessidades de formação, nomeadamente, a formação dos profissionais em fase de integração e/ou recém-formados;

Colaborar no planeamento e implementação dos programas de vigilância epidemiológica propostos pela Direcção-Geral da Saúde;

Identificar necessidades de intervenção na área da vigilância epidemiológica e apresentar propostas para a sua implementação;

Realização dos estudos de incidência;

Realização do Inquérito de Prevalência de Infecção anual do Centro Hospitalar;

Elaboração do caderno de encargos da limpeza, resíduos e lavandaria em colaboração com os serviços hoteleiros;

Realização de auditorias duas vezes por ano a todos os serviços do Centro Hospitalar, incluindo os serviços de limpeza e lavandaria;

Colaborar no planeamento e implementação de eventos científicos e ou de investigação a nível nacional e internacional.

Colaborar nos processos de recolha e divulgação da bibliografia atualizada;

A CCIH do Centro Hospitalar tem como **Missão**:

Ser reconhecida como um serviço de referência na Instituição em matéria de prevenção e controlo de infeção, assumindo-se como parceira privilegiada do Conselho de Administração e dos profissionais prestadores de cuidados.

Ser um centro de recursos e de conhecimento nesta área e ser elemento dinamizador da política de qualidade dos cuidados na Instituição.

A sua **Finalidade** é prevenir as infeções evitáveis, protegendo os doentes e os profissionais e fazendo-o de uma forma custo-efetiva.

Como **Meta** tem motivar e sensibilizar os profissionais para a melhoria contínua das práticas de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

Os seus **Valores** são:

- Transparência nos processos de decisão, baseados em critérios explícitos e disponíveis;
- Desempenho norteado pela competência técnico-científica, baseada na melhor evidência científica disponível;
- Respeito pelos princípios éticos, integridade, participação e confidencialidade.

A operacionalização da **Vigilância Epidemiológica** no Centro Hospitalar compreende:

Após colheita dos produtos orgânicos aos doentes, estes são enviados para o laboratório e são analisados;

No Laboratório, após a obtenção dos resultados e mediante a deteção dos microrganismos alerta, os multirresistentes e os de fácil transmissão (staphylococcus aureus metilcilina-

resistente, staphylococcus aureus resistente à vancomicina, acinetobacter, enterococcus resistente à vancomicina, enterobactereaceas, pseudomonas resistente aos carbapenemes ou multirresistente, clostridium difficile), estes são enviados para a CCIH e para o respectivo serviço onde o doente está internado para conhecimento dos enfermeiros chefes e respectivos diretores dos serviços. Esta medida é essencial para realizar as diligências necessárias para a aplicação de medidas de isolamento o mais rapidamente possível, assim como todas as outras medidas terapêuticas necessárias.

Perante os resultados, as enfermeiras da CCIH preenchem a folha de preenchimento obrigatório, com vista à participação de infecção e enviada para o serviço do doente para colocar no processo.



2 - DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o período de estágio na CCIH do Centro Hospitalar procurámos, dentro do curto período, desenvolver atividades profícuas ao desenvolvimento do PAC.

A Enf.^a Rosário proporcionou-nos a oportunidade de realizar pesquisa bibliográfica e ter acesso a normas que foram essenciais para a realização dos trabalhos para concretizar os objetivos delineados no PAC.

Simultaneamente, este estágio facultou-nos ter conhecimento global dos programas de controlo de infeção implementados no Centro Hospitalar, com possibilidade de consultar bibliografia.

Colaborámos também na recolha dos dados, nos diversos serviços do hospital, para o Estudo de Prevalência Europeu de Infeções Hospitalares e Uso de Antimicrobianos.

Observámos as visitas técnicas da Ambimed juntamente com a CCIH, aos vários serviços do hospital, no âmbito da triagem e acondicionamento dos Resíduos Hospitalares.

E assistimos a uma ação de formação destinada aos assistentes operacionais, sobre a descontaminação de superfícies, onde foram abordados temas como, quais os tipos de desinfetantes e detergentes mais comuns nos vários serviços da nossa instituição, cuidados a ter na sua utilização e quais as medidas de proteção mais apropriadas para o seu manuseamento, a classificação de Spaulding, entre outros.

3 - CONCLUSÃO

Neste relatório pensamos que conseguimos apresentar uma visão global do desempenho de uma equipa de profissionais de saúde que tem por missão cuidar dos doentes de uma forma segura, tendo o controlo de infeção como base dos cuidados prestados.

Na generalidade todas as atividades desenvolvidas foram de muito interesse.

Consideramos o estágio realizado como uma mais-valia para a consolidação de saberes, que na nossa perspetiva irão contribuir para uma prática mais refletida e traduzida nas boas práticas.

Esta partilha de saberes e experiências permitiu desenvolver capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas (K3) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que se reporta a situações de intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação e/ ou falência orgânica.

Consideramos ter atingido os objetivos propostos inicialmente para a concretização deste relatório.

4 - REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Normas de procedimentos da Comissão de Controlo de Infecção do Centro Hospitalar;

Apontamentos realizados, mediante as informações concedidas durante o estágio.

ELECTRÓNICAS

Visão, valores e missão da CCIH do Centro Hospitalar. [Acedido a 23.06.2012].

Disponível em: www.chbm.min-saúde.pt/.

APÊNDICE XXIII

(POSTER – “LAVAGEM, DESINFEÇÃO E MONTAGEM DAS MÁSCARAS DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DO BIPAP”)

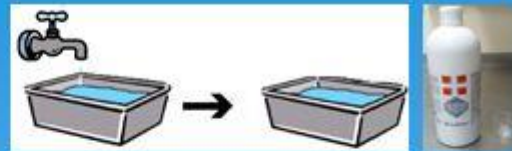
LAVAGEM, DESINFECÇÃO E MONTAGEM DAS MÁSCARAS DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DO BIPAP

LAVAGEM E SECAGEM DA MÁSCARA

Durante a lavagem deve usar as seguintes medidas de protecção:



1º passo – Desmontar toda a máscara



2º passo – Num reservatório limpo e desinfectado, diluir o detergente enzimático Eso Zim em água corrente a 40-45°C (uma tampa para 5 litros de água)



3º passo - Lavagem manual da máscara e cabresto com água quente e imergir no enzimático (ESO ZIM), durante pelo menos 10 minutos



4º passo – Enxaguar abundantemente com água e deixar secar bem



MONTAGEM DA MÁSCARA

Voltar a montar a máscara, correctamente, seguindo os vários passos:



Fig.1 - 1º passo



Fig.2 - 2º passo



Fig.3 - 3º passo



Fig.4 - 4º passo



Fig.5 - 5º passo



Fig.6 - 6º passo



Fig.7 - 7º passo



Fig. 8 – Máscara completa e pronta a arrumar

APÊNDICE XXIV

(DIVULGAÇÃO AÇÃO DE FORMAÇÃO “DESCONTAMINAÇÃO E
MANUSEAMENTO DE MATERIAL E/OU EQUIPAMENTO
HOSPITALAR”)

APÊNDICE XXV

(PLANO SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO
“DESCONTAMINAÇÃO E MANUSEAMENTO DE MATERIAL
E/OU EQUIPAMENTO HOSPITALAR”)

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

PLANO DE SESSÃO

Curso	1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Módulo	Estágio III
Tema da Sessão	Descontaminação de Material (Máscaras de Ventilação Não Invasiva e Balão Ressuscitador)
Professora Orientadora	Elsa Monteiro
Enfermeira Orientadora	Teresa Lourenço
Formadoras	Mónica Veríssimo e Sandra Contreiras
População Alvo	Assistentes Operacionais do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar

Data	04JUL12
Local	Sala do Serviço de Urgência Geral
Duração	60 Minutos (1 hora)

Objetivo Geral	Prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)
Objetivos Específicos	Transmitir conhecimentos sobre a lavagem, desinfeção, descontaminação e esterilização de material e/ou equipamento hospitalar Uniformizar práticas referentes à descontaminação de material e equipamento hospitalar

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos Didáticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação da sessão	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
	Objetivos da sessão	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
Desenvolvimento	Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
	Descontaminação de Material	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	2 min
	Objetivo da descontaminação	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	2 min
	Etapas da descontaminação	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	4 min
	Conceitos Básicos	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Classificação de Spaulding	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de ventilação não invasiva	Expositivo Participativo	Portátil Power Point Data Show	8 min
	Lavagem, desinfeção e montagem do balão ressuscitador – tipo ambú	Expositivo Participativo	Portátil Power Point Data Show	10 min

Conclusão	Síntese dos aspetos mais significativos Esclarecimento de dúvidas	Expositivo Participativo	Portátil Power Point Data Show	20 min
-----------	--	-----------------------------	--------------------------------------	--------

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos Didáticos	Tempo (min)
Avaliação da Sessão	Distribuição Folha Avaliação da Sessão	-	Folhas de Avaliação	30 s
	Preenchimento Folhas Avaliação da Sessão	Escala de Likert	Folhas de Avaliação Esferográficas	3 min
	Recolha das Folhas de Avaliação da sessão	-	-	30 s

APÊNDICE XXVI

(DIAPOSITIVOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO
“DESCONTAMINAÇÃO E MANUSEAMENTO DE MATERIAL
E/OU EQUIPAMENTO HOSPITALAR”)

Descontaminação de Material

(Máscaras de Ventilação Não Invasiva e Balão Ressuscitador)



Elaborado por Sandra Contreiras e
Mónica Veríssimo
Enª Orientadora Teresa Lourenço
Prof. Elsa Monteiro

Julho, 2012

OBJECTIVO GERAL

- ✓ Prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)



OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Transmitir conhecimentos sobre a lavagem, desinfecção, descontaminação e esterilização de material e/ou equipamento hospitalar
- ✓ Uniformizar práticas referentes à descontaminação de material e equipamento hospitalar



- O material, equipamento e mesmo o ambiente são reservatórios e fontes de infecção cruzada
- Limpeza e desinfecção ou esterilização são essenciais na redução da sua potencial contribuição para a incidência das IACS
- Os materiais podem ser veículos da transmissão de microrganismos se a sua descontaminação for inadequada
- Os métodos de descontaminação devem estar bem definidos e o seu cumprimento é da responsabilidade dos profissionais

(DGS, 2007)



O risco do doente adquirir uma infecção no decurso da prestação de cuidados depende:

Procedimentos a executar
Susceptibilidade do hospedeiro
Comportamento do pessoal que executa e apoia os cuidados
Nível limpeza (nível microbiológico)
Dispositivos médicos
Ambiente

(DGS, 2007)



Descontaminação de Material

É o tratamento dado ao material para tornar seguro o seu manuseamento.

É um processo que tem em conta a contaminação consequente à utilização que foi dada ao material, e portanto que inclui a limpeza.

Os processos subsequentes a que o material vai ser sujeito dependerão do uso a que este se destina.

(DGS, 2012)



OBJECTIVO DA DESCONTAMINAÇÃO:

- ✓ Proteger os utentes e o pessoal da transmissão de infecção, com origem no material e equipamento, ou seja, nos Dispositivos Médicos utilizados

(DGS, 2012)



ETAPAS DA DESCONTAMINAÇÃO:

1. Limpeza/ Lavagem:

- Água e detergente:
 - Eso Zm (enzimático)
 - Bact 200 Herbias
 - Joel

2. Desinfecção:

- Hipoclorito de Sódio 0,5%
- Álcool 70°
- Estufa

(CCIH - CH... 2012)



ETAPAS DA DESCONTAMINAÇÃO:

3. Secagem

- Papel absorvente

4. Esterilização

- Indicado para todo o material crítico (aparadeiras e taças, instrumentos cirúrgicos, roupa e campos cirúrgicos)

(CCIH - CH... 2012)



DISPOSITIVO MÉDICO

Todo o material ou artigo utilizado na prestação de cuidados de saúde em seres humanos, com o objectivo de diagnosticar, tratar ou aliviar uma doença, ferida ou incapacidade, bem como para prevenir uma doença ou compensar uma incapacidade definitiva ou temporária.

(DGS, 2012)



DISPOSITIVO MÉDICO

Todos os Dispositivos Médicos utilizados nos doentes devem ser considerados contaminados, independentemente de se conhecer ou não o diagnóstico

(DGS, 2012)



Conceitos Básicos

Descontaminação

É um processo usado na remoção ou destruição dos microrganismos da pele e mucosas, material médico-cirúrgico e superfícies hospitalares, de modo a torná-los seguros para os fins a que se destinam. Estes processos podem variar desde a esterilização até à simples limpeza com água e sabão.

(DGS, 2012)



Conceitos Básicos

Limpeza

Traduz a remoção de poeiras e matéria orgânica dos objectos e superfícies. É normalmente conseguida através da utilização de água, com ou sem detergente. A limpeza deve preceder sempre os processos de desinfecção e esterilização.

(DGS, 2012)



Conceitos Básicos

Desinfecção

É um processo destinado a eliminar todos os microrganismos patogénicos, mas não necessariamente de todas as formas de vida microbiana (como por exemplo esporos bacterianos) de objectos e superfícies, mediante a aplicação directa de meios físicos ou químicos.

(DGS, 2012)



Conceitos Básicos

Esterilização

É a completa eliminação ou destruição de todas as formas de vida microbiana. No hospital são utilizados, o vapor de água sob pressão (autoclave), o calor seco (estufa), o óxido de etileno ou compostos químicos líquidos (este método utiliza-se com artigos que se podem deteriorar por acção do calor).

(DGS, 2012)



Classificação de Spaulding

Em 1968 Spaulding, propôs uma classificação dos materiais em 3 níveis de risco e o necessário tipo de descontaminação, que se mantém actual:

- MATERIAL NÃO CRÍTICO - Lavagem
- MATERIAL SEMI-CRÍTICO – Desinfecção
- MATERIAL CRÍTICO – Esterilização

(DGS, 2012)



Classificação de Spaulding

Material Não Crítico – Baixo Risco

Material que entra em contacto apenas com a pele íntegra ou que não entra em contacto directo com o doente. Incluem-se nesta categoria pavimentos, paredes, lençóis, material de monitorização, etc. Para o material não-crítico é geralmente suficiente uma lavagem com água e detergente.

(DGS, 2012)



Classificação de Spaulding

Material Semi-Crítico – Risco Intermédio

Material que entra em contacto com as membranas mucosas ou a pele não íntegra. São exemplo de materiais nesta categoria o equipamento de anestesia e de ventilação mecânica, laringoscópios, condutores de tubo endo-traqueal, máscara laríngea, dispositivos para medicação inalável, etc. O material semi-crítico pode ser esterilizado mas, de modo geral, uma desinfecção de nível elevado é suficiente.

(DGS, 2012)



Classificação de Spaulding

Material Crítico – Risco Elevado

Todo o material que penetra na pele, no sistema vascular ou noutros órgãos isentos de flora microbiana própria (estéreis), bem como todos os que estejam directamente ligados a eles. Estão incluídos nesta categoria os instrumentos cirúrgicos, cateteres cardíacos, material de prótese, roupa utilizada nos actos cirúrgicos, etc. O material crítico deve estar totalmente livre de microrganismos (bactérias, vírus, fungos e esporos) – estéril – na altura da sua utilização. É normalmente submetido a um processo de esterilização.

(DGS, 2012)



Descontaminação de Material



(DGS, 2012)



Descontaminação de Material

CABRESTO

MATERIAL NÃO CRÍTICO
BAIXO RISCO

(DGS, 2012)



Descontaminação de Material

ARTIGO	PROCEDIMENTO	OBSERVAÇÕES
Balão ressuscitador (tipo Ambú)	Desmontagem e lavagem manual com água quente e detergente neutro (Bact 200), enxaguar e secar. Proceder à desinfecção do balão por fricção, e desinfecção da válvula por imersão com Álcool 70% (10Min).	Lavar e desinfetar entre doentes, sempre Não emergir o ambú

(CCIH - 2012)



Descontaminação de Material

ARTIGO	PROCEDIMENTO	OBSERVAÇÕES
Máscaras Ventilação Não Invasiva (Bipap)	Lavagem manual com água quente e detergente neutro/enzimático (Eso Zim), enxaguar e secar. Proceder à desinfecção por fricção com Álcool 70%. Esterilizar, se necessário.	A imersão em álcool endurece a borracha Lavar e desinfetar entre doentes, sempre
Cabresto	Lavagem manual com água quente e detergente neutro (Bact 200 ou Joel), enxaguar e secar	Lavar sempre entre doentes

(CCIH - 2012)



Descontaminação de Material

Para lavar e desinfetar a máscara de ventilação não invasiva



Durante a lavagem deve usar as seguintes medidas de protecção:



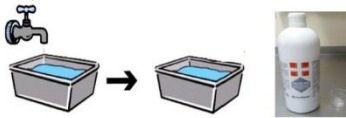
Descontaminação de Material

Esta tem que ser toda desmontada



Descontaminação de Material

Num reservatório limpo e desinfectado, diluir o detergente enzimático Eso Zim em água corrente a 40-45°C (uma tampa para 5 litros de água)



Descontaminação de Material

Lavagem manual da máscara e cabresto com água quente e imergir no enzimático (ESO ZIM), durante pelo menos 10 minutos



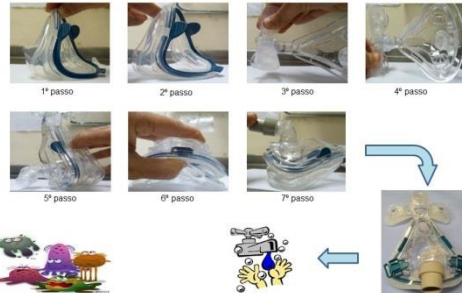
Descontaminação de Material

Enxaguar abundantemente com água e deixar secar bem



Descontaminação de Material

Voltar a montar a máscara, correctamente, seguindo os vários passos



Descontaminação de Material

Para lavar e desinfetar o balão resuscitador (tipo ambú)



Durante a lavagem deve usar as seguintes medidas de protecção:



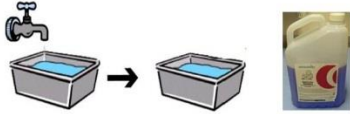
Descontaminação de Material

Este tem que ser desmontado



Descontaminação de Material

Num reservatório limpo e desinfectado, diluir o detergente neutro (Bact 200) em água corrente a 40-45°C (100 ml para cada 5 L de água)



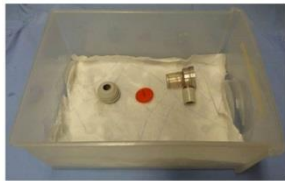
Descontaminação de Material

Lavagem manual da válvula com água quente e detergente neutro (Bact 200) e posteriormente imergir durante pelo menos 10 minutos em álcool a 70°



Descontaminação de Material

Enxaguar abundantemente com água e deixar secar bem



Descontaminação de Material

Limpeza do balão com álcool a 70°, por fricção



Descontaminação de Material

Voltar a montar o balão ressuscitador, correctamente, seguindo os vários passos



1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-QUIRÚRGICA



OBRIGADO



APÊNDICE XXVII

(CRONOGRAMA FINAL DO PAC)

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES FINAL DO PAC

OBJETIVO	ATIVIDADES	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Criar dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Centro Hospitalar, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas	Pesquisa bibliográfica sobre matérias perigosas, planos de emergência interno e externo, fichas de segurança e urgências toxicológicas					
	Realização de estágio no Gabinete de Gestão de Risco do Centro Hospitalar	23 26 29	13 20 27			
	Criação do dossier temático sobre os produtos potencialmente perigosos					
	Apresentação do dossier temático à Enf. ^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf. ^a Orientadora e ao Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco					
	Procede às alterações caso necessário					

<p>Formar e treinar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência relativamente aos produtos potencialmente perigosos usados em contexto fabril do concelho do Centro Hospitalar, respetivas fichas de segurança e cuidados a ter nas urgências toxicológicas</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre matérias perigosas, urgências toxicológicas</p>					
	<p>Construção de slides</p>					
	<p>Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora</p>					
	<p>Proceder às alterações, caso necessário</p>					
	<p>Marcação da sessão de formação</p>					

Formar as assistentes operacionais relativamente à lavagem, desinfeção e montagem das máscaras de Ventilação não invasiva	Pesquisa bibliográfica sobre prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, descontaminação de materiais					
	Realização estágio na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Centro Hospitalar			25 30	11 12 22	
	Construção de slides					
	Discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora					
	Procede às alterações caso necessário					
	Marcação da sessão de formação					
	Elaboração de um plano de sessão					
	Divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros					
	Realização da formação					4
	Avaliação da formação					

Elaborar Póster relacionado com a lavagem, desinfecção e montagem das máscaras de Ventilação Não Invasiva	Realização estágio na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do Centro Hospitalar;			25	11	
				30	12	
	Elaboração do póster					
	Apresentação do póster à Enf. ^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf. ^a Orientadora e à Enf. ^a da CCIH					
	Procede às alterações, caso necessário;					
	Procede a pedido de autorização à Enfermeira coordenadora para implementação do póster;					
	Impressão do Póster					
Divulgação do Póster						

APÊNDICE XXVIII

(ARTIGO – “Prevenção e controlo da dor como 5º sinal vital - o papel do enfermeiro no Serviço de Urgência”)

Prevenção e controlo da dor como 5º sinal vital - o papel do enfermeiro no Serviço de Urgência

Prevention and control of pain as a fifth vital sign-the role of nurses in emergency department

Elsa Monteiro¹, Sandra Contreiras², Teresa Lourenço³

¹ Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

² Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

³ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

RESUMO

A dor é uma das experiências humanas mais partilhadas e uma das principais fontes de sofrimento das pessoas, tornando-as frágeis e vulneráveis ao meio ambiente (Le Breton, 2007).

A 14/06/2003, a Direção Geral de Saúde divulga a Circular Normativa n.º 09 que prevê a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, instituindo a dor como 5º sinal vital.

No sentido de dar resposta à Circular referenciada desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) de acordo com a metodologia do projeto num Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, no sentido de perceber os motivos que levavam os enfermeiros a não avaliarem/registarem a dor.

Palavras-chave: Dor, Escalas de Avaliação da Dor

ABSTRACT

The pain is one of the most common human experiences and one of the main sources of suffering of the people, making them fragile and vulnerable to the environment (Le Breton, 2007).

The 6/14/2003, the general direction of Health disseminates the Normative Circular nº 09 which foresees the implementation of systematic registration and evaluation of pain intensity in all services health care providers, instituting the pain as 5th vital sign.

In order to give response to the Circular referenced developed an Intervention Project in Service (IPS) in accordance with the methodology of the project in the emergency room of a Hospital Centre on the southern shore of the Tagus, in order to understand the reasons that led the nurses not to assess/register pain.

Keywords: pain, pain rating scales

INTRODUÇÃO

A dor é uma das experiências humanas mais partilhadas e uma das

principais fontes de sofrimento das pessoas, tornando-as frágeis e vulneráveis ao meio ambiente (Le Breton, 2007).

A 14/06/2003, a Direção Geral de Saúde divulga a Circular Normativa n.º 09 que prevê a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, instituindo a dor como 5º sinal vital.

O controlo eficaz da dor é um dos deveres dos profissionais de saúde, de forma a minimizar as suas consequências e garantir o conforto e bem-estar da pessoa, para tal, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser realizada de forma contínua e regular à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida do doente (Antunes *et al*, 2009, p.4).

Constatámos existir uma fraca adesão por parte dos enfermeiros na avaliação e registo da dor, no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da margem Sul do Tejo. Para tal, no sentido de dar resposta à Circular referenciada desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) nesta área através da metodologia de projeto, que iremos descrever através das várias etapas desta metodologia.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP, 1994, p.291-292), como *“uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”*.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Através da metodologia do projeto tentámos perceber o porquê da pouca adesão por parte da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência deste Centro Hospitalar à avaliação/registo sistemático das escalas de avaliação da dor.

O principal motivo da escolha desta temática relacionava-se com a necessidade de sistematizar a avaliação e registo da dor aos doentes internados no serviço de urgência geral de forma a promover a satisfação e o conforto dos doentes, que está enquadrado nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e, inevitavelmente, de forma a garantir a excelência dos cuidados.

Foram aplicadas algumas ferramentas de diagnóstico que permitiram analisar de forma mais sistemática o problema.

Uma das ferramentas aplicadas foi um questionário no sentido de auscultar a equipa de enfermagem relativamente à não aderência por parte dos mesmos à avaliação e registo da dor. Em que realizámos um pré-teste a cinco enfermeiros das diferentes equipas, de forma a avaliar a eficácia e a pertinência do questionário antes de ser aplicado à equipa de enfermagem. Visto não se ter levantado qualquer dificuldade no seu preenchimento, aplicámos o questionário à equipa de enfermagem, no período de 12 a 14 de Janeiro de 2012, tendo a salientar que foram garantidas todas as questões éticas inerentes a qualquer estudo e que cada enfermeiro assinou uma folha de consentimento informado.

O questionário era composto por quatro partes, onde a primeira parte pretendia caracterizar a equipa de enfermagem relativamente à sua situação académica e profissional, a segunda tinha como objetivo conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem na área da Dor, a terceira pretendia conhecer o grau de importância que os enfermeiros

atribuem à avaliação e registo da dor e a quarta parte pretendia conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente à criação de protocolos na área da dor.

A equipa de enfermagem era constituída por 61 enfermeiros, no entanto, foram excluídos os 3 enfermeiros da área da gestão, porque normalmente não efetuam os registos de avaliação da dor, sendo então a população-alvo constituída pelos enfermeiros a exercer funções na área da prestação direta de cuidados (58 enfermeiros), no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar.

A amostra final do estudo era constituída por 47 enfermeiros a exercer funções na área da prestação direta de cuidados.

Após a recolha dos questionários, procedeu-se ao tratamento e análise dos dados, com recurso ao programa informático Excel 2010.

Com base nos resultados obtidos constatou-se que 74% dos enfermeiros possuíam formação na área da dor, mas 71% realizaram formação nesta área há 3 ou mais anos.

Quando questionados se as escalas instituídas no serviço eram as

adequadas, 53% responderam que sim e 47% que não. Dos que responderam que não, 82% identificou a escala Doloplus como sendo a menos adequada.

Pelos dados obtidos, podemos inferir que a não avaliação da dor quer na admissão, quer uma vez por turno, era apontada por 30% dos enfermeiros devido a não possuírem formação na área.

Por outro lado, o não preenchimento da folha de avaliação inicial da dor, quando há dor, para 27% dos enfermeiros era apontado por falta de formação na área e para 45% por considerarem a folha como desajustada.

Pela análise dos resultados obtidos podemos também verificar que 57% dos enfermeiros ainda não conheciam o Guia Orientador de Boa Prática na Dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros.

Relativamente ao grau de importância que a equipa de enfermagem atribui à existência de protocolos farmacológicos no Serviço de Urgência, 77% dos enfermeiros considerou bastante importante e 19% dos enfermeiros como muito importante. No que se refere ao grau de importância que atribui à

existência de protocolos não farmacológicos no Serviço de Urgência 51% dos enfermeiros consideraram bastante importante, 21% como muito importante e 19% como importante.

Optámos também por construir uma ferramenta de avaliação da gestão, a análise SWOT, para conhecer a viabilidade de um pis na área da dor, por forma a avaliar mais objetivamente o cenário e facilitar o posterior planeamento estratégico.

Deste modo foram apontados como pontos fortes ser um projeto interno da instituição, fazer parte do plano de formação anual do serviço, a colaboração e envolvimento da Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, as folhas de avaliação e registo da dor fazerem parte do processo individual do doente, ser um indicador de qualidade dos Cuidados de Saúde e um projeto de baixo custo económico. Como pontos fracos foram equacionados as escalas de avaliação da dor instituídas no Serviço de Urgência pouco adequadas, a falta de formação da equipa de enfermagem e o desconhecimento por parte dos enfermeiros do Guia Orientador de Boa Prática na Dor emanado pela Ordem dos Enfermeiros. Como oportunidades há a salientar, o momento ideal para dar

cumprimento à Circular nº 9 da DGS e formar a equipa de enfermagem. Como ameaças prevíamos uma resistência por parte da equipa relativamente ao preenchimento de impressos, desmotivação da equipa de enfermagem, sobrecarga de trabalho e o risco do projeto não ser prioritário.

OBJETIVOS

Assim, após termos detetado o problema definimos os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Otimizar os registos de enfermagem referentes ao 5º sinal vital e contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.

Objetivos específicos

Formar e treinar a equipa de enfermagem relativamente à importância da avaliação e registo da dor nas escalas instituídas no Serviço de Urgência Geral;

Construir protocolos farmacológicos / não farmacológicos de atuação para alívio da dor;

Elaborar folheto para a equipa de enfermagem alusivo às Intervenções não farmacológicas no alívio da dor.

PLANEAMENTO

A fase do planeamento permitiu, de acordo com as informações recolhidas previamente e tendo em conta os objetivos delineados, determinar a estratégia do projeto, definir as linhas de ação, identificar os recursos, os constrangimentos e calendarizar as tarefas.

Para o primeiro objetivo específico, **formar e treinar a equipa de enfermagem relativamente à importância da avaliação e registo da dor nas escalas instituídas no Serviço de Urgência Geral** foram definidas as seguintes atividades, pesquisa bibliográfica sobre a dor, criação de dossier temático sobre a dor, construção de slides, discussão dos slides com a Enfermeira orientadora e coorientadora, procede às alterações caso necessário, marcação da sessão de formação, elaboração de um plano de sessão, divulgação da ação de formação em cartaz informativo na sala dos enfermeiros, realização da formação e avaliação da formação.

Como indicadores de avaliação definimos o dossier temático da dor, o conjunto de slides, o cartaz de divulgação da ação de formação e o plano de sessão.

De modo a tornarmos o objetivo supracitado exequível considerámos ser pertinente usufruir de recursos humanos, tais como, a Enfermeira coordenadora do serviço, a enfermeira orientadora, as enfermeiras responsáveis pela formação e a equipa de enfermagem do serviço, e recursos materiais como o suporte bibliográfico, material informático e sala de reuniões do Serviço de Urgência Geral.

Para o objetivo específico, **construção de protocolos farmacológicos/ não farmacológicos para alívio da Dor** as atividades definidas foram, pesquisa bibliográfica sobre protocolos, reunião de serviço com a Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência e Diretor do Serviço de Urgência a fim de criar grupo de trabalho responsável pela realização do protocolo farmacológico, reunião com Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência, Enf.^a Orientadora e Enfermeiro do grupo de trabalho da Dor do Serviço de Urgência para realização do protocolo não farmacológico, elaboração dos

protocolos, discussão com o grupo de trabalho, procede às alterações, caso necessário e pedido de autorização à Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência e Diretor do Serviço de Urgência para implementar os protocolos, implementação dos protocolos.

Para este objetivo foram delineados como indicadores de avaliação os protocolos farmacológicos e os não farmacológicos. Usufruímos, como recursos materiais, do suporte bibliográfico e do material informático, e como recursos humanos, a Enfermeira coordenadora do serviço, a enfermeira orientadora, as enfermeiras responsáveis pela formação, o grupo de trabalho da dor do serviço e o Diretor do Serviço.

Para o último objetivo específico **elaborar folheto para a equipa de enfermagem alusivo às Intervenções não farmacológicas no alívio da Dor** foram definidas as seguintes atividades, pesquisa bibliográfica sobre as intervenções não farmacológicas no alívio da dor e sobre normas de elaboração de folhetos, elaboração de folheto, apresentação do folheto à Enf.^a Coordenadora do Serviço de Urgência, à Enf.^a Orientadora e ao Enfermeiro do grupo de trabalho da Dor do Serviço de

Urgência, procede às alterações, caso necessário, procede ao pedido de autorização ao Conselho de Administração para implementação do folheto, procede à impressão do folheto e implementação do folheto.

Como indicador de avaliação para este objetivo foi definido o folheto. E recorremos a recursos materiais, como o suporte bibliográfico e o material informático, e a recursos humanos, tais como, a enfermeira coordenadora do serviço, a enfermeira orientadora, as enfermeiras responsáveis pela formação e o grupo de trabalho da dor do serviço.

EXECUÇÃO/ AVALIAÇÃO

Nesta etapa realizamos uma descrição e avaliação de cada um dos referidos objetivos.

Para o objetivo **formar e treinar a equipa de enfermagem relativamente à importância da avaliação e registo da dor nas escalas instituídas no Serviço de Urgência Geral** e de acordo com o planeamento de atividades, iniciámos a pesquisa bibliográfica de acordo com os princípios da revisão sistemática da literatura sobre a área temática da dor, que foi realizada ao longo de toda a execução do projeto, para garantir um

suporte teórico amplo e atualizado. Para tal, consultámos vários livros e artigos da biblioteca da Escola Superior de Saúde de Setúbal, bem como da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Realizámos pesquisa em bases de dados eletrónicas, tais como, a B-on, Cochrane, Pubmed, Medline, entre outras.

Criámos um dossier temático sobre a dor para ficar disponível a nível informático numa pasta própria, no ambiente de trabalho de todos os computadores do Serviço de Urgência, para que todos os enfermeiros possam aceder.

Planeámos uma ação de formação no serviço com os objetivos de divulgar o Projeto de Intervenção em Serviço à equipa de enfermagem, apresentar os resultados das auditorias da avaliação e registo da dor do Serviço de Urgência, referentes ao ano de 2011 e transmitir conhecimentos sobre a avaliação e registo sistemático da dor e sobre as intervenções não farmacológicas no alívio da Dor.

Para tal, realizámos reuniões com a enfermeira responsável pelo serviço e com as enfermeiras responsáveis pela formação, para calendarizar a formação sem coincidir com as restantes formações previstas e de forma a não sobrecarregar

os enfermeiros do serviço, o que foi um pouco difícil, visto estarem programadas muitas ações de formação para a mesma altura.

A divulgação da ação de formação ficou fixada na sala de enfermagem.

Definimos um plano de sessão, identificámos os conteúdos a expor e realizámos os diapositivos a apresentar à equipa, que foram entregues à Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, Enfermeira Orientadora e Professora da escola para apreciação e eventuais alterações, que se vieram a verificar.

Durante a sessão os enfermeiros demonstraram interesse nos conteúdos expostos, com participação ativa na partilha de experiências, esclarecimento de dúvidas e sugestões relacionadas com a operacionalização do projeto. Uma das sugestões que surgiu por parte do grupo de enfermeiros foi a realização de um resumo de bolso com as regras da avaliação da dor e com as intervenções não farmacológicas no alívio da dor, que foi posteriormente efetuado. Após a formação, foi realizada a sua avaliação escrita, utilizando a folha instituída no Centro Hospitalar. Da análise das folhas e da avaliação oral podemos concluir que a maioria dos participantes ficou muito satisfeito com a apresentação, e que a

mesma foi adequada às suas necessidades e expectativas e com a possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho.

Pelo que referimos, e tendo em conta os indicadores de avaliação inicialmente previstos, que se baseavam no dossier temático da dor, no conjunto de slides, no cartaz de divulgação da ação de formação e no plano de sessão, pensamos ter atingido em pleno o objetivo projetado.

Por outro lado, temos ainda a salientar que os recursos, quer materiais quer humanos, foram suficientes para a concretização do objetivo.

No que se refere ao objetivo **construir protocolos farmacológicos/não farmacológicos de atuação para alívio da dor**, mantivemos a nossa pesquisa bibliográfica, sobre como realizar protocolos e a existência de documentos semelhantes noutras instituições, o que não foi muito fácil, pois apesar de se falar muito em protocolos, ainda são poucos os que estão escritos e formalizados.

Com o intuito de envolver toda equipa de enfermagem bem como os enfermeiros gestores do SU realizámos uma reunião com a Enfermeira

Coordenadora do Serviço de Urgência, Enfermeira Orientadora e com os membros do grupo de trabalho da dor do Serviço de Urgência. Nesta reunião, discutiu-se somente estratégias para a realização do protocolo não farmacológico, na medida que para o farmacológico era necessário o envolvimento da parte médica e que até à data ainda não tinha sido possível reunir com os mesmos. Contudo, mais tarde no que se refere aos protocolos farmacológicos, foi realizada uma reunião com o Diretor do Serviço de Urgência, com o fim de criar um grupo de trabalho para a realização destes, no entanto, foi-nos informado que já haveria um grupo de trabalho nomeado pelo Conselho de Administração com vista à elaboração dos protocolos farmacológicos para todo o hospital.

Após esta reunião elaborámos o protocolo não farmacológico que foi apresentado à Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, Enfermeira Orientadora e grupo de trabalho da Dor do Serviço de Urgência, que foi alvo de pequenas alterações sugeridas pelos mesmos. Posteriormente, e após ter sido requerida a autorização à Enfermeira Coordenadora, foi implementado o protocolo não farmacológico no Serviço

de Urgência, mas por questões temporais não se conseguiu auditar os registos a fim de avaliar a utilização do protocolo.

Apesar de não termos realizado o protocolo farmacológico, elaborámos o não farmacológico na medida que este consiste numa intervenção autónoma de enfermagem, pensamos que atingimos parcialmente este objetivo, no entanto no futuro pensamos reunir com o grupo institucional no sentido de articularmos o trabalho dos mesmos com o nosso.

Na continuação do trabalho já desenvolvido, para o objetivo **elaborar folheto para a equipa de enfermagem alusivo às Intervenções não farmacológicas no alívio da dor** mantivemos a nossa pesquisa bibliográfica sobre como elaborar um folheto e na área temática da Dor, mais concretamente no que se relaciona com as intervenções não farmacológicas no alívio da Dor.

Realizámos então um primeiro esboço do folheto que se destinava à equipa de enfermagem para refletir sobre as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor. E que foi apresentado à Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência, Enfermeira Orientadora e ao grupo de trabalho da Dor do Serviço de Urgência.

O folheto foi também apresentado aos enfermeiros que participaram na ação de formação, tendo tido um parecer favorável por parte destes.

CONCLUSÕES

Consideramos ter sido importante a realização deste trabalho na medida em que foi possível perceber que a equipa de enfermagem, ao focalizar-se sobre este assunto passou a ter um cuidado diferenciado e com maior qualidade.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo no seu estado físico e psicossocial. A dor é, sem dúvida, uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolve vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais.

Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida. Portanto, a avaliação da dor constitui uma premissa na prática do enfermeiro, procurando um cuidado individualizado e dirigindo-se à causa

desencadeante da dor a fim de aliviá-la (Rigotti e Ferreira, 2005).

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR (APED) – Enfermagem. Revista Dor ®: Vol.15, nº1, 2007. ISSN 0872-4814.

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

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

LE BRETON, David – Compreender a Dor. Portugal: Estrela polar, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Série I, Número 1, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.



ANEXOS

ANEXO I

(FOLHA DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO)

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Apreciação Global da Formação

Ação de Formação: _____

Nome (s) do (s) Formador (s) _____

Serviço: _____ **Data:** ____/____/____

Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/ Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Escala de Likert – Escala desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala?					
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A Prestação do (s) Formador (es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar os aspetos anteriores menos positivos:

MOD 6/08 – NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Obrigado pela sua colaboração