



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Gestão em Enfermagem

Procedimentos de Enfermagem ao Utente
Ortopédico: Um contributo para a Qualidade
em Enfermagem

Edite Maria da Silva Ferreira

Lisboa

Fevereiro 2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

**Procedimentos de Enfermagem ao Utente
Ortopédico: Um contributo para a Qualidade
em Enfermagem**

Edite Maria da Silva Ferreira

Trabalho de Projeto sob Orientação:

Orientadora: Professora Coordenadora Teresa dos
Santos Potra

Co-orientado: Professora Mónica Pereira

Lisboa

Fevereiro 2013



**“Quando se sonha sozinho, é apenas um sonho.
Quando sonhamos juntos, é o começo da realidade.”**

(D. Quixote)

AGRADECIMENTOS

Obrigado...

À minha família, principalmente ao meu filho Pedro de 5 anos pelo amor e compreensão pelas horas de ausência...

Aos meus amigos, Enfermeira Chefe Adelaide Menor e Diretor Clínico Pedro Afonso Serviço de Ortopedia; pela amizade, pelo apoio e fundamentalmente por terem sempre uma palavra de incentivo nos momentos mais difíceis...

Aos meus colegas de serviço, por me apoiarem neste projeto dando a sua colaboração na partilha de experiências e na elaboração das Instruções de Trabalho...

À minha orientadora Professora Teresa Potra e co-orientadora Enfermeira Mónica Pereira pela motivação, orientação, confiança e por percorrerem este percurso a meu lado...

Por último gostaria de estender os meus agradecimentos a todas as pessoas que de certo modo contribuíram para a realização deste projeto pelo seu carinho e disponibilidade que sempre tiveram para comigo ao longo desta caminhada...

A todos vós, um sincero agradecimento.

Edite Ferreira

RESUMO

A qualidade em saúde é, atualmente, uma das maiores preocupações a nível nacional e internacional e que implica não só os profissionais, mas também a comunidade e responsáveis políticos. Este conceito é agora encarado numa lógica de melhoria contínua sendo a ênfase colocada na necessidade de se definir, prestar e manter serviços e/ou produtos de elevada qualidade e centrados nas necessidades dos utentes. Assim, nos serviços de saúde, a qualidade deve ser claramente entendida como uma variável estratégica, cujo domínio permite compatibilizar a necessidade de melhoria com eficiência através da gestão de recursos, visando satisfazer as sempre crescentes necessidades e expectativas dos utentes e da comunidade em geral.

O projeto apresentado neste relatório situa-se no domínio da melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros num serviço de ortopedia, tomando como objeto de estudo a problemática *“não uniformização nas intervenções de enfermagem e a inexistência de instruções de cuidados de enfermagem escritas, orientadoras e facilitadoras do processo de cuidar no serviço de ortopedia do Hospital Vila Franca Xira (HVFX) ”*.

Teve por finalidade Promover a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, inovando e alterando práticas de prestação de cuidados de enfermagem no serviço.

Foram definidos como objetivos: Identificar áreas de maior necessidade de desenvolvimento de competências dos enfermeiros do serviço; Definir uma estratégia de reflexão sobre a intervenção de enfermagem que valorize o autocuidado e autonomia; Estabelecer linhas orientadoras para uniformizar intervenções em cuidados de enfermagem e Elaborar um conjunto de procedimentos, uniformizando cuidados de enfermagem em diversas situações.

O projeto decorreu entre Junho de 2011 e Julho de 2012 e envolveu todos os enfermeiros do serviço. Todos os objetivos planeados foram concretizados. Para além da elaboração de 12 procedimentos de enfermagem que integram o Manual da

Qualidade do Hospital foi ainda planeada e realizada 1 auditoria interna com vista à monitorização de um dos procedimentos realizados.

O trabalho realizado no âmbito deste projeto dinamizou a equipa de enfermagem, promoveu a discussão e reflexão em torno dos cuidados e reformulou e uniformizou algumas das suas práticas.

O trabalho produzido será ainda uma mais-valia para a integração de novos elementos da equipa de enfermagem e estudantes no novo centro cirúrgico.

A nível pessoal permitiu desenvolver um conjunto alargado de competências de gestão de equipas, projetos e da qualidade.

Palavras-Chave: Autocuidado, Qualidade em Saúde, Enfermeiro Gestor

ABSTRACT

Health care quality is currently a major concern nationally and internationally not only to professionals, but also to the community and the policy makers. This concept must be looked at logic of continuous improvement where the emphasis should be on the need to define, maintain and provide services and / or products of high quality, focused on users' needs. Thus, in health services, quality must be understood as a variable, whose domain allows to match the need to improve efficiency through the management of resources in order to meet the ever growing needs and expectations of users and the wider community.

The project presented in this report lies in improving the quality of nursing practice in the area of orthopedics, taking as its object of study the issue "no uniformity in nursing interventions and the lack of written instructions of nursing care, to guide and facilitate the process of care in orthopedics service of Vila Franca Xira Hospital (HVFX)".

The above referred project aimed to promote the Quality of Nursing Care, innovating and changing nursing practices service.

The goals defined were: Identifying areas of greatest need for developing skills of nurses service; Defining a strategy of reflection on nursing intervention that enhances self care and autonomy; Establishing guidelines to standardize nursing care interventions and develop a set of procedures, standardizing nursing care in various situations.

The project took place between June 2011 and July 2012 and involved all the nurses. All planned objectives were achieved. In addition to the preparation of 12 nursing procedures that make up the Quality Manual Hospital and internal audit was also planned and conducted with the goal of monitoring on of procedures performed.

The work conducted under this project spurred the nursing team, promoted discussion and reflection concerning care, and it also standardized some of its practices.

The work produced will still be an asset for the integration of new team members and nursing students in the new surgical center.

On a personal level this enables the development of a broad range of management skills of teams, projects and of quality.

Keywords: Self Care, Health Quality, Nurse Manager

LISTA DE SIGLAS

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria Andalucia

AVD'S – Atividades de Vida Diárias

CA – Conselho de Administração

CE – Conselho Executivo

DGS - Direção Nacional de Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HQS – Health Quality Service

HVFX – Hospital Vila Franca Xira

ISO – International Organization for Standardization

JCI - Joint Commission International

MCQ – Melhoria Continua da Qualidade

MPQ – Manual de Procedimentos para a Qualidade

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PTA – Prótese Total da Anca

PTJ – Prótese Total do Joelho

LISTA DE QUADROS

Pág.

Quadro nº 1 - Elaboração de Norma de Procedimentos	35
Quadro nº 2 – Análise SWOT	45
Quadro nº 3 – Plano de Recursos Necessários	49
Quadro nº 4 – Elementos Facilitadores e Constrangedores da Auditoria	58

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	13
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1- Cuidar em Enfermagem	17
1.1.1-Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem	22
1.2 - Qualidade em Saúde	24
1.2.1 - Conceitos e Evolução	24
1.2.2 – Qualidade em Enfermagem	29
1.2.3 – Procedimentos de Enfermagem como Contributo para a Qualidade em Enfermagem	33
1.3 – A Importância do Enfermeiro Gestor	36
2- O PROJETO	38
2.1- Contextualização da Instituição/ Serviço	40
2.2- Problema/ Falta de Uniformização	42
2.3- Viabilidade do Projeto	44
2.4- Pré-requisitos e Riscos para o Sucesso do Projeto	46
2.5- Planeamento do Projeto	46
2.5.1- Finalidades e Objetivos	47
2.5.2- Duração	47
2.5.3- Intervenientes	48
2.5.4- Beneficiários	48
2.5.5- Local	48
3.5.6- Recursos e Meios	48
2.5.7- Planeamento de Atividades	49
2.6- Atividades Desenvolvidas para a Implementação do Projeto	51
2.7- Atividades de Divulgação	59
2.8- Avaliação do Projeto	59

3 - REFLEXÃO FINAL DO TRABALHO DESENVOLVIDO

E COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS 62

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 64

ANEXOS

ANEXO I- DIAGRAMA DE GANTT

ANEXO II- CRONOGRAMA INICIAL

ANEXO III- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO

ANEXO IV- APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA DE ENFERMAGEM

ANEXO V- GRUPOS DE TRABALHO

ANEXO VI- INSTRUÇÕES DE TRABALHO

ANEXO VII- PLANO DE AUDITORIA

ANEXO VIII- LISTA DE VERIFICAÇÃO DA AUDITORIA

ANEXO IX- AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE COM PTA 1

ANEXO X- AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO UTENTE COM PTA 2

ANEXO XI- RELATÓRIO DA AUDITORIA

INTRODUÇÃO

A opção por centrar o projeto na temática da melhoria da qualidade prende-se com a perceção da sua importância e necessidade para a criação de valor e a sustentabilidade das organizações de saúde, projetando-se como uma área de grande investimento no Sistema Nacional de Saúde. Atualmente a enfermagem vive num contexto sociopolítico em que, cada vez mais, é importante a realização de projetos “por força da necessidade de controlo de custos, de melhoria da eficiência, de optimização da gestão e, fundamentalmente, da promoção e gestão contínua da qualidade dos cuidados” (Pereira, 2004, p.13).

Para Barbier (1993) “projeto não é uma simples representação do futuro do amanhã, do possível, de uma «ideia», é o futuro a «fazer», um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato” (p.52). Projeto é assim um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/ estudar um problema que preocupa os intervenientes que o vão realizar. Esta metodologia vai permitir a gestão integrada do problema, incluindo a discussão das melhores estratégias, a coordenação dos esforços dos diversos intervenientes, o emprego racional dos recursos existentes, a avaliação e a tomada de ações corretivas sempre que haja desvios relativamente aos planos inicialmente traçados.

Sabendo que a qualidade dos cuidados prestados aos utentes depende de uma prática de enfermagem eficaz e da forma como estão organizados, propus-me realizar um Projeto intitulado “**Procedimentos de Enfermagem ao Utente Ortopédico: Um Contributo para a qualidade em Enfermagem**” no HVFX no Serviço de Ortopedia onde exerço funções. O desenvolvimento deste projeto veio promover uma reflexão da prática dos cuidados prestados atualmente, permitindo-me ainda ser participante ativa na gestão de cuidados na equipa e até do próprio serviço.

Neste contexto, e inserido no plano curricular do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), apresento para a obtenção do grau de mestre, um **relatório de projeto** que “visa a aplicação integrada de conhecimentos e de competências adquiridas ao longo do curso a situações novas de interesse prático actual, com o objectivo de responder a necessidades identificadas de uma identidade pública ou privada” (ESEL, 2010- Documento Orientador do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Gestão em Enfermagem).

Como ponto de partida para a realização do projeto questionei-me acerca do meu exercício profissional, com o título de Enfermeira Especialista de Reabilitação integrada numa equipa multidisciplinar num Serviço de Ortopedia: Como poderia contribuir para a dinâmica e melhor funcionamento da equipa de enfermagem na sua prática tendo em vista uma Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados Prestados ao Utente?

Ou seja, de que forma a minha prática e agir como enfermeira com conhecimentos especializados adquiridos na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e aprofundados durante o decorrer deste curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização de Gestão em Enfermagem, poderia contribuir e aumentar as dimensões do saber, saber-fazer e saber estar, de um grupo jovem com vontade de aprender e aparentemente motivado para mudanças?

A atual gestão do Hospital de Vila Franca de Xira (Parceria Público Privada com o grupo José de Mello Saúde) ao desenvolver um Projeto da Qualidade para a instituição promove um dos seus principais vetores estratégicos utilizando/estimulando os processos de melhoria contínua da qualidade como um elemento indissociável da prestação dos cuidados de saúde de excelência aos seus utentes. É neste contexto que pretendo adequar, aperfeiçoar e uniformizar procedimentos de enfermagem ao utente ortopédico, com o intuito de obter melhorias ao nível da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no serviço de ortopedia e responder a uma das exigências do Manual da Qualidade da Instituição, criando e

implementando **Procedimentos¹ de Trabalho para os Enfermeiros**, que passarão a integrar o Manual de Procedimentos para a Qualidade do HVFX.

No contexto da prática do serviço, pude verificar a necessidade de elaboração/construção deste tipo de procedimentos de trabalho, uma vez que não existia qualquer documento no serviço, que promovesse a orientação dos enfermeiros quanto a intervenções, responsabilidades e modos de atuação nas diferentes situações de prestação de cuidados de enfermagem e que fosse motor para uma reflexão da prática diária dos cuidados prestados.

Centrei-me nas Intervenções de Enfermagem, tendo em conta que estas se contextualizam num trabalho multiprofissional, que implica trabalho de equipa com outros profissionais desde médicos a assistentes operacionais. Tendo por referência alguns dos enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), foi meu intuito construir procedimentos que permitam a uniformização dos cuidados de enfermagem junto dos utentes ortopédicos e família.

A pertinência deste projeto está assim relacionada com a falta de uniformização nas intervenções de enfermagem e com a inexistência de documentos orientadores de cuidados de enfermagem escritos e facilitadores do processo de cuidar em ortopedia. É meu desejo que estes se tornem numa mais-valia, funcionando como documentos facilitadores da integração de novos elementos na equipa de enfermagem, assim como de estudantes em ensino clínico e, fundamentalmente, promovam a uniformização dos procedimentos de enfermagem ao utente/ família no serviço de ortopedia.

Após esta pequena Introdução ao relatório, irei desenvolver o Enquadramento Teórico do Projeto tendo por base uma revisão bibliográfica onde procurei recolher informações de natureza objetiva e qualitativa, não descurando a problemática em estudo com definição de conceitos chave. Continuo com a Descrição do Projeto; Definição de Objetivos, Planeamento e Execução das Atividades Desenvolvidas, Resultados Obtidos e a sua Avaliação. Termina com uma Reflexão Final do trabalho

¹ O termo “procedimento” e “instrução de trabalho” são utilizados como sinónimos.

desenvolvido onde reflito o meu crescimento pessoal e profissional no desempenho de funções de gestão.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1- Cuidar em Enfermagem

Segundo Collière (1989), existem três grandes etapas na história da enfermagem. Refere esta autora que desde que surgiu a vida humana a necessidade de cuidados sempre esteve presente, pois sempre foi preciso “tomar conta” da vida para que esta possa permanecer. Estes cuidados eram efetuados por mulheres, cujos conhecimentos eram transmitidos de geração em geração.

A segunda etapa corresponde ao período que decorre após a idade média e até ao fim do século XIX onde a prática dos cuidados estava associada com a mulher consagrada. Esta praticava “trabalhos de caridade” (alimentar famintos, visitar prisioneiros, etc...).

Já a última fase referida por Collière (1989) terá decorrido do início do século XX aos anos 60, em que a prática de cuidados era realizada pela mulher-enfermeira, auxiliar do médico. Neste período a conceção dos cuidados foi modificada e o médico passou a delegar tarefas de rotina na enfermeira. Naquela época a enfermeira tinha como principal valor a obediência: servir os doentes, os médicos, a instituição. A par deste valor deveriam estar presentes a dedicação, zelo, espírito de sacrifício e caridade pelo doente (velar pelo doente, confortá-lo, consolá-lo), bem como dedicação e respeito pelo médico (detentor do saber, quem decide, controla e ordena). A enfermeira não devia desenvolver qualquer espírito crítico, curiosidade, interrogação (Collière, 1989). Esta perspetiva, que durou entre nós até final dos anos 60, procurava incutir, nos enfermeiros, qualidades que garantissem uma obrigação moral ou dever de serviço fundamentados numa vocação, próxima da vocação religiosa.

Com o avanço tecnológico da medicina emerge uma nova ideologia de profissionalismo, baseada na competência técnica, que podemos localizar nas

décadas de 70 e 80. A tecnicidade passa a ser um objetivo da sua formação, uma forma de ter acesso ao conhecimento médico e uma compensação para a servidão dos cuidados aos doentes (Collière, 1989 & Kérouac *et al.*, 1996).

Uma perspetiva mais contemporânea do cuidar em enfermagem, tem-se salientado nas últimas décadas, alterando desta forma a predominante orientação voltada para o tratar. O prolongamento da vida em doentes incuráveis e o aumento dos idosos veio evidenciar que era essencial a existência de enfermeiros, para a promoção do bem-estar, não só físico mas também moral, psicológico e social. Surge assim, uma perspetiva orientada para o cuidar, assentando numa visão holística da pessoa em que a ação é centrada nela como sujeito de cuidados. A pessoa passou a ser entendida como um todo formado por partes em interação, tendo surgido a expressão: a pessoa como ser bio-psico-sócio-cultural-espiritual (Lopes & Lourenço, 1999).

Paralelamente a estas mudanças verificou-se a necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade, o que motivou os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para sua profissão (Kérouac *et al.*, 1996). Esses modelos conceptuais orientam a prática dos enfermeiros, proporcionando uma descrição do que se pretende atingir ou das atividades de cuidados a realizar, servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Servem ainda para precisar os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como as atividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados.

Kérouac *et al.* (1996) estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem verificando que esta se relaciona com a predominância das ideias e valores inerentes a uma determinada época, podendo, atualmente, coexistirem ideias de diversos paradigmas. As autoras referidas anteriormente consideram que a disciplina de enfermagem, enquanto tal, passou por três paradigmas.

Paradigma da Categorização: a pessoa é apresentada de modo fracionado, não integrado e o ambiente é algo separado da pessoa e fragmentado em social, físico e

cultural (Kérouac *et al.* 1996). A pessoa e o ambiente aparecem assim como duas entidades distintas e separadas.

Este paradigma poderá localizar-se ainda no século XIX, altura em que se começaram a identificar alguns agentes patogénicos e se estabeleceu a sua relação com algumas doenças. Os cuidados de enfermagem fundamentam-se na especialização de tarefas, cada enfermeira era responsável pela prestação de um determinado cuidado a todos os doentes da enfermaria (ex. higiene nos leitos, terapêutica).

Paradigma da Integração: surge nos Estados Unidos nos anos 50, no pós 2ª Guerra Mundial, este paradigma influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa. Os cuidados de enfermagem tinham como objetivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões.

A enfermeira era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa tendo em conta a sua globalidade. Saúde e doença passaram a ser perspectivadas como entidades distintas que coexistem e que estão em interação dinâmica. Surgiram durante este período os primeiros modelos conceituais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação (Kérouac *et al.*, 1996).

Paradigma da Transformação: o início deste paradigma deu-se nos anos 70 e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo. Perspetiva os fenómenos como únicos mas em interação com tudo o que os rodeia. Isto é,

um fenómeno único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro. Alguns apresentam algumas semelhanças, mas nenhum se parece completamente. Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia (Kérouac *et al.*, 1996, p.13).

A enfermeira assume-se como advogada do doente e ambos são parceiros nos cuidados de enfermagem individualizados. O processo inter-relacional entre o enfermeiro e o doente ganha assim o seu verdadeiro significado.

Neste sentido considere-se que os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada indivíduo vive e persegue (OE, 2001). Estes procuram, ao longo de todo o ciclo de vida, “prevenir a doença e promover os processos de readaptação”, procuram “a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das AVD’s a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (OE, 2001, p. 9). O referencial da Ordem dos Enfermeiros (OE) acrescenta ainda que, os cuidados de enfermagem ajudam o indivíduo a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde.

No entanto, é fundamental ter presente que, para haver cuidados de enfermagem, é necessário que se estabeleça uma relação interpessoal entre enfermeiro e a pessoa, até porque o exercício profissional do enfermeiro se centra nessa mesma relação. Neste sentido, Hesbeen (2000) refere que é na “capacidade de encontrar os outros procurando ajustar saberes gerais à situação de vida de uma única pessoa (...) que reside a verdadeira complexidade mas também a grandeza da prática do cuidar” (p.100).

Entre outros, a enfermagem é imprescindível quando os indivíduos carecem de apreender medidas de autocuidado, recentemente prescritas e complexas, cuja realização exige conhecimento e capacidades especializadas, obtidos através de treino e experiência, ou quando o utente necessita de ajuda para se recuperar da doença ou lesão como é o exemplo dos utentes com problemas ortopédicos.

Neste contexto os Cuidados de Enfermagem são dirigidos a pessoas com alterações na mobilidade, permanentes ou temporários com o intuito de restaurar o seu funcionamento individual normal ou readaptar a pessoa a uma nova situação de vida no menor espaço de tempo possível. Embora o tipo de problemas das pessoas com alterações ortopédicas

...possa não ser considerado uma doença, mas sim uma incapacidade motora temporária na maior parte dos casos, ou num período transitório de curta ou média duração, esta especialidade pode abranger todas as idades e todas as patologias, associadas ao seu problema transitório de Ortopedia ou Traumatologia (Cunha, 2008, p.5).

O utente com necessidades de apoio devido a problemas ortopédicos e traumatológicos deve ser alvo de todos os esforços por parte do enfermeiro em conseguir ver estabelecida a motivação para restabelecer os seus hábitos de vida de modo a reintegrar-se o mais breve possível na sua vida anterior tendo em conta, as possíveis limitações que se poderão ou não constatar.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros em contextos de cuidados a pessoas com problemas ortopédicos e traumatológicos deve, também, caracterizar-se por uma parceria estabelecida com o utente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel no autocuidado.

Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo) (OE, 2001,p.8).

Em contextos de cuidados a pessoas com problemas ortopédicos a promoção do auto cuidado assume um papel relevante devendo ser realizada desde o início do internamento até ao momento da alta, explorando o potencial de cada utente para que o seu processo de reabilitação possa ser o mais eficaz possível contribuindo para reduzir o número de dias de internamento e promover a autonomia. Desta forma, educar para a saúde nestes contextos requer a modificação de processos de autocuidado, para que exista uma adequação às situações impostas, identificando problemas e soluções de forma a tomar decisões conscientes em cada situação específica.

O autocuidado tem sido valorizado por muitos autores mas destes saliento **Dorothea Orem** que ao refletir sobre a forma como a enfermagem poderia auxiliar os indivíduos nas suas necessidades, desenvolveu a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem.

1.1.1-Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem

A teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Orem foi desenvolvida entre 1959 a 1985. Baseia-se no compromisso que os utentes assumem para cuidar de si próprios.

Para Diniz (2006) a teoria do défice de autocuidado assume que a profissão de enfermagem "... satisfaz as necessidades de autocuidado das pessoas, para que estas prolonguem, a vida e a saúde ou recuperem-se do seu estado de doença" (p.15).

Os autores Leite & Faro (2005) referem que autocuidado

...é a prática de actividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (...) normalmente, pessoas adultas cuidam voluntariamente de si mesmas. Bebés, crianças, pessoas idosas, pessoas doentes e pessoas incapacitadas requerem total assistência ou prestação de cuidados, com actividades de autocuidado (p.94).

Por seu lado, a CIPE versão 2 (2010), define o autocuidado como sendo a "actividade executada pelo próprio", ou seja, "tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária".

Qual é então o conceito de autocuidado na visão de Dorothea Orem? O autocuidado é a prática de actividades que a pessoa inicia e desempenha para seu próprio benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar, segundo o ideal de cada um. Orem teoriza que todo o ser humano possui as competências e requisitos básicos universais para o auto cuidado (Orem, 1993).

Esta mesma autora, Orem (1993), descreve o défice de autocuidado na enfermagem, como sendo uma teoria geral composta por três teorias relacionadas: **a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.**

A teoria do autocuidado refere que o autocuidado é uma função humana que os indivíduos têm de desempenhar por si próprios ou que necessitam que alguém desempenhe por eles de modo a preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o

bem-estar. O autocuidado tem de ser aprendido e executado continuamente, em conformidade com as necessidades dos indivíduos (Orem, 1993).

A ideia central da **teoria do défice de autocuidado** está associada à incapacidade ou limitação que o adulto apresenta para o seu auto cuidado contínuo. Estas limitações deixam as pessoas parcial ou completamente incapazes de se autocuidar, sendo muito visível em pessoas com alterações ortopédicas. Assim, segundo esta teoria, todo o adulto tem capacidade para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, mas quando existe a incapacidade para o fazer devido a limitações de várias ordens, existe um défice de autocuidado (Orem, 1993).

Por último, **a teoria dos sistemas de enfermagem** é a teoria unificadora que articula a teoria do autocuidado e a teoria do défice do autocuidado. Foca-se na capacidade do enfermeiro para auxiliar a pessoa a superar as suas necessidades reais ou potenciais de auto cuidado ou a capacidade de execução alterada desse mesmo cuidado (Orem, 1993).

Em consonância com Orem (1993), a doença ou a lesão afetam não só a estrutura e os mecanismos fisiológicos ou psicológicos mas o funcionamento integral do ser humano, quando está seriamente afetado. Esta situação evidencia que a capacidade de ação desenvolvida ou em desenvolvimento de autocuidado do indivíduo, encontra-se seriamente prejudicada de forma temporária ou permanente.

A educação para a saúde em pessoas com problemas ortopédicos deve, assim, proporcionar um conjunto de meios ou de instrumentos que permitam aos utentes encontrar soluções adequadas à sua personalidade e cultura. Concordo com Pestana (1996) ao referir que a educação para a saúde hoje em dia "... não tem unicamente como objetivo a modificação de comportamentos e hábitos relacionados com os problemas de saúde, ela visa também uma maior responsabilidade individual e coletiva nas opções relativas à saúde e bem-estar" (p.189). Desta forma, a educação para a saúde não significa apenas dar informação, mas sim, responsabilizar os utentes e familiares nas tomadas de decisão e no processo de reabilitação garantindo um aumento da qualidade em saúde.

1.2- Qualidade em saúde

1.2.1- Conceitos e Evolução

A questão da qualidade tem atravessado a história da enfermagem. Já Florence Nightingale em 1850 manifestava preocupações com a garantia da qualidade procurando através dos registos das suas observações, aferir o nível de cuidados prestados e melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias. Atualmente esta inquietação tem vindo a assumir uma importância crescente face aos importantes avanços tecnológicos e científicos no sector da saúde.

A filosofia da melhoria da qualidade teve ao longo dos anos etapas bem definidas que têm subjacentes diferentes formas de conceptualizar e encarar a qualidade. De acordo com Mezomo (2001) esta evolução caracterizou-se da seguinte forma:

- ✓ Nos anos 60 deu-se ênfase ao “Controle”.
- ✓ Nos anos 70 a ênfase passou para a “Avaliação”.
- ✓ Nos anos 80 falou-se em “Garantia”.
- ✓ Nos anos 90 falou-se em “Melhoria”.
- ✓ Atualmente fala-se em “Desenvolvimento”. (p.106)

Analisando a evolução da filosofia associada à qualidade em saúde, nos anos sessenta e setenta é o período em que se iniciam e institucionalizam os primeiros programas orientados para a qualidade em saúde, ficando este período marcado pelo controle e avaliação. Controlar significa manter o processo conforme o planeado de forma a alcançar os objetivos propostos “...técnicas e atividades operacionais utilizadas para preencher os requisitos da qualidade” (ISO/ CD 8042, citado por Mezomo 2001,p.123) enquanto a avaliação dos cuidados e serviços permite identificar oportunidades de melhoria.

Na década de 80 fala-se de garantia da qualidade como referência a “todas as ações planeadas e sistemáticas a serem implementadas para gerar a confiança de que num serviço/ produto atende aos requisitos especificados da qualidade” (ISO/

CD 8042, citado por Mezomo 2001,p.123). As medidas de garantia da qualidade assim como a monitorização e avaliação constituem um bom ponto de partida para a melhoria da qualidade.

Uma visão da qualidade mais centrada na melhoria da qualidade aparece com os anos 90 compreendendo “as ações realizadas para aumentar o valor oferecido ao cliente, através da melhoria da eficácia e da eficiência dos processos e atividades em todo ciclo da qualidade” (ISO/ CD 8042, citado por Mezomo 2001, p.123). Ou seja, ao melhorar os cuidados e serviços, atua-se de forma a avaliar a efetividade das ações e garantir que a melhoria seja mantida.

Falar-se da qualidade como desenvolvimento nos dias de hoje, acrescenta ao princípio da melhoria a noção de continuidade da qualidade dos cuidados, envolvendo todos e cada um dos intervenientes no processo (prestadores e clientes dos cuidados). Não importa que a instituição preste cuidados bons, o importante é que ela deve melhorar ainda mais, procurando um nível de excelência.

Embora o enfoque da qualidade tenha mudado de década em década “os objetivos fundamentais; o respeito à pessoa, a equidade, a paz (que nasce da qualidade), e o resgate da dimensão ética da organização e do trabalho profissional” mantém-se (Mezomo 2001, p.106). Em consonância com o mesmo autor (Mezomo 2001) “qualidade exige mudança de pensamento e mudança de atitudes que só um conhecimento consolidado pode provocar. Só pessoas fortemente conscientizadas do valor do processo de melhoria da qualidade, e com claro senso de prosperidade podem assegurar efetividade ao processo” (p.245).

Neste sentido, a qualidade em saúde assume-se como imperativo ético que cada profissional da área deve assumir na prática quotidiana prestando os melhores cuidados possíveis considerando os meios de que dispõe e mostrando abertura para a mudança e adesão a novas práticas, ou seja, para a melhoria contínua da qualidade.

Considerando agora o que é qualidade em saúde, concordo com Fragata & Martins (2004) quando afirmam que “cada vez mais a qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade

um *standard* abstracto mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas” (p.18). Também Sale (1998) refere que a qualidade implica que seja assegurado aos doentes a existência de um nível aceitável de cuidados. Para o doente a qualidade, será a medida em que os cuidados de saúde prestados satisfazem as suas necessidades.

Por sua vez o Instituto de Medicina (IOM) dos EUA (2004), introduziu uma nova óptica no conceito, definindo qualidade em saúde como “...o grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados esperados e são consistentes com o conhecimento profissional mais atual” o que chama a atenção para a necessidade da adesão a práticas atualizadas o que assume particular importância neste projeto.

Neste sentido a qualidade nos cuidados de saúde não é linear dependendo das necessidades pessoais dos utentes, das suas experiências prévias, das experiências de outros utentes e da comunicação externa dos serviços de saúde, podendo variar de pessoa para pessoa e, para a mesma pessoa, de situação para situação. Para além disto, depende ainda da forma como cada profissional de saúde se empenha nas suas tarefas diárias, pois “ a qualidade dos serviços oferecidos à população depende em primeiro lugar, do desempenho pessoal dos enfermeiros” (Hesbeen, 2001, p.10).

Verificamos então que são diversas as definições de **qualidade em saúde** nos autores consultados. Esta diversidade evidencia que definir qualidade em saúde não é fácil, sendo assim um conceito que assume múltiplas dimensões. Assim, a qualidade em saúde não é um conceito estático, é um fenómeno complexo sujeito a uma multiplicidade de interpretações e que deve ser analisada no contexto de um sistema de saúde numa sociedade em constante evolução.

Uma referência incontornável no âmbito da qualidade em saúde diz respeito ao modelo de avaliação dos cuidados de saúde proposto por Donabedian (2003). Este modelo inspirado na Teoria Geral dos Sistemas fez corresponder às noções da tríade input-process-output os conceitos de estrutura, processo e resultados.

A estrutura está relacionada com as características do local onde os cuidados são prestados, ou seja, os recursos materiais e humanos disponíveis, o ambiente físico, a estrutura organizacional, a competência dos profissionais e os métodos de pagamento e reembolso (Donabedian 2003 & Mezomo 2001).

O processo compreende as atividades desenvolvidas na relação entre profissionais de saúde e utentes, tendo em conta o diagnóstico e a terapêutica, os aspetos éticos da relação profissional entre a equipa de saúde e o utente (Donabedian 2003 & Mezomo 2001).

Resultado é o produto final da assistência prestada, corresponde aos efeitos que as ações e os procedimentos provocam no estado de saúde do utente ou da população. Pode compreender também as mudanças relacionadas com os conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados que lhe foram prestados (Donabedian 2003 & Mezomo 2001).

Donabedian inspirou toda uma linha avaliativa centrada na qualidade das ações realizadas pelo profissional de saúde com base em padrões técnico-científicos estabelecidos pela clinica. Para ele, o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde na sua auto governação, de modo a impedir a exploração ou a incompetência dos profissionais e, através da monitorização da qualidade, exercer uma vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detetados e corrigidos (Donabedian, 2003). Este mesmo autor Donabedian (2003) define “qualidade” como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o utente, benefícios que se definem em função do alcançável, de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes.

Refere ainda qualidade em saúde como o produto da interação de dois fatores, sob a ação de um conjunto de condições envolventes. “Um é a ciência e tecnologia dos cuidados de saúde, e o segundo é a aplicação desse conhecimento e tecnologia na prática” (Donabedian 2003, p.4). Ou seja, as condições envolventes à dimensão técnico-científica são, para este autor, a relação interpessoal que se estabelece

entre o prestador de cuidados e quem é cuidado e as condições ou comodidades ambientais (condições hoteleiras) do contexto onde ocorrem os cuidados. É da relação destes fatores que resulta a qualidade em cuidados em saúde.

Portugal não tem ficado alheio à valorização da qualidade em saúde, tendo surgido na década de 80 as primeiras iniciativas formais sobre esta problemática e que tem passado quer por iniciativas de promoção e avaliação da qualidade isoladas (Moniquor; *Qualigest*) quer pela adesão a programa de acreditação internacionais (*Joint Commission International (JCI)*, *Health Quality Service (HQS)* criado em 1988 no âmbito do *King's Fund* e as de certificação como as normas ISO (International Organization for Standardization) 9001).

Atualmente compete ao Departamento de Qualidade na Saúde, integrado na Direção Geral de Saúde (DGS), a missão promover a excelência na prestação dos serviços públicos de saúde, mediante a garantia da sua qualidade e melhoria contínua, em benefício dos cidadãos e de acordo com o Plano Nacional de Saúde.

No âmbito das competências deste Departamento encontra-se já em funcionamento o Programa Nacional de Acreditação em Saúde consignado no Despacho 69/2009, de 31 de Agosto que aprova o modelo ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria Andalucia) como modelo oficial e nacional de acreditação para as Instituições do Serviço Nacional de Saúde.

Como síntese dos aspetos referentes à qualidade em saúde posso considerar que, independentemente do modelo utilizado, todos os processos de gestão da qualidade tentam situar os cidadãos no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde. Por isso estes devem ser ouvidos sobre os cuidados prestados e as suas expectativas e preferências devem ser respeitadas, tentando satisfazer as suas legítimas necessidades. Este será também um dos requisitos a considerar quando se prestam cuidados de enfermagem com qualidade.

1.2.2- Qualidade em Enfermagem

A Qualidade em enfermagem exige um projeto integrado daquilo que se pretende que o serviço seja: uma liderança mobilizadora, a definição de prioridades e a fixação de objetivos de qualidade (claros, precisos, realistas e mensuráveis). Ou seja, exige tanto a definição de sistemas de trabalho que reflitam o que é importante para os utentes, como a implementação de um sistema de auscultação sobre o grau de satisfação dos utentes e dos enfermeiros (Pina, 2001).

A Ordem dos Enfermeiros (2001) tendo como base o cumprimento do desígnio e a atual conjuntura da promoção e garantia da qualidade em saúde em Portugal, definiu os **Padrões de Qualidade** dos cuidados de enfermagem devido à importância do exercício profissional dos enfermeiros e ao seu impacto na qualidade em saúde. Estes padrões constituem-se como uma matriz conceptual que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros. “Definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo **reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem** a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de **reflectir sobre o exercício** profissional dos enfermeiros” (OE, 2001, p.3).

Uma vez definidos os padrões de qualidade pela OE, compete aos enfermeiros nas organizações, e às organizações desenvolverem esforços no sentido de proporcionar as condições para um exercício profissional de qualidade. A excelência do exercício profissional é um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento que exige compromisso e dedicação por parte de cada enfermeiro, sendo que cabe a cada um quer individualmente quer em coletivo assumir este compromisso, “reflectindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca da excelência do exercício” (OE, 2005, p.2).

Ainda neste âmbito Pereira (2004) refere que a

qualidade do exercício profissional dos enfermeiros sofre a influência das competências profissionais, habilidades e dos conhecimentos que fundamentam a acção de cada enfermeiro e, por sua vez, influencia as dimensões mais abrangentes da qualidade em saúde diz ainda que (...) faz todo o sentido conceber modelos de melhoria contínua da

qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que entronquem nos sistemas mais abrangentes de desenvolvimento da qualidade em saúde (p.86).

Assim, para que exista uma **melhoria da qualidade dos cuidados** em qualquer serviço de enfermagem é pertinente a promoção e a elaboração de projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos cuidados de enfermagem utilizando a reflexão na prática dos cuidados realizados diariamente, a utilização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) como referencial, refletindo sobre a importância da formação em serviço, a uniformização de práticas e, sobretudo, a construção de um sistema documental com auditorias. Exploro, de seguida, de forma mais aprofundado cada um dos aspetos mencionados.

Reflexão na prática, a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz. A reflexão envolve a ação voluntária e intencional de quem se propõe refletir, o que faz com que a pessoa que faz a reflexão mantenha em aberto a possibilidade de mudar quer em termos de conhecimentos e crenças quer em termos pessoais.

Também a utilização dos **PQCE** como referencial é outro aspeto importante. Em 2001 a Ordem dos Enfermeiros elaborou o documento – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde salientou que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que o indivíduo vive e persegue. Neste sentido,

procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procurasse a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2001, p.8).

Outro dos aspetos a desenvolver para a melhoria da qualidade dos cuidados nos serviços é a **Formação em Serviço**. A formação em contexto de trabalho é o mais velho sistema de formação que a humanidade conhece. Na enfermagem é particularmente importante pela renovação de conhecimentos e pela existência de diferentes áreas onde cada um exerça sua atividade. Passa pela reflexão, debate e exercitação da destreza manual e intelectual das situações concretas vividas no dia-

a-dia de cada serviço. É obtida com o exercício, fundamentalmente de forma informal (ainda que muitas vezes seja programada) e recorre preferencialmente ao método do “incidente crítico” (<http://enfermeirocarloscosta.planetaclix.pt> Acedido em 12/06/2012).

O nº 6 do artigo 64º do Dec.-Lei nº437/91 de 8 de Novembro diz: “a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo”. A concretização desta formação será competência de um Enfermeiro Especialista ou, na sua falta, de um Enfermeiro Graduado, tendo em conta o seu curriculum pessoal e profissional, assim como as suas características pessoais facilitadoras da aprendizagem; será exercida sob a responsabilidade do Enfermeiro-Chefe e em articulação com a estrutura de formação da Instituição (<http://enfermeirocarloscosta.planetaclix.pt> Acedido em 12/06/2012).

Outro aspeto fundamental é a **Uniformização de Práticas**, sendo este também um dos pilares do modelo de Governo Clínico da José de Mello Saúde, instituição a que, como referido anteriormente, pertence o HVFX. Neste sentido foi criado, em Fevereiro de 2009, um Conselho de Enfermagem que tem como finalidade contribuir para excelência dos cuidados assistenciais e como objetivo principal uniformizar as práticas de enfermagem em todas as unidades. “Pretendemos uma prática única, comum a todas as unidades da José de Mello Saúde, com os mesmos comportamentos e atitudes dentro dos nossos valores. Faz todo o sentido partilhar as boas práticas” (Manual da acolhimento José de Mello Saúde. Enfermeira Diretora do hospital Cuf Descobertas, Anisabel Soares).

A construção de um **Sistema Documental** torna-se deste modo fundamental para garantir a continuidade da qualidade dos cuidados prestados. A produção e a divulgação de recomendações sistematizadas (Boa Prática) permitirão que os profissionais tenham acesso a informação fiável e atualizada sobre procedimentos relativos a sintomas (por ex. alívio da dor), à utilização de equipamentos (por ex. cateteres, trações) ou às intervenções inerentes a um estado (por ex. alteração do

autocuidado), ou seja, em qualquer domínio da área da saúde onde seja necessária a intervenção profissional do enfermeiro para a resolução de um problema.

A Boa Prática de cuidados advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos (<http://www.ordemenfermeiros.pt> Acedido em 12/06/2012).

Outro conceito indissociável dos projetos de melhoria da qualidade e que, entre outros, potencia o reconhecimento por todos dentro da organização é o de **auditoria das práticas**. Esta consiste num processo importante na avaliação humana para determinar o grau de cumprimento de padrões estabelecidos (instruções, normas) e resulta num parecer de cumprimento ou não do estabelecido. É através desta que se obtêm dados para avaliar e aperfeiçoar a eficácia de determinado sistema e, acima de tudo, permitir o reconhecimento do trabalho individual e de grupo no aperfeiçoamento dos projetos da melhoria contínua da qualidade no serviço.

De acordo com a ISO 8402-1986, citada por Charles (1994), a Auditoria da Qualidade “é um exame sistemático e independente para determinar se as atividades da qualidade e respetivos resultados cumprem as providências planeadas e se estas estão a ser implementadas de maneira eficaz e se são adequadas para atingir os objetivos” (p.2). Neste sentido o autor refere ainda que a auditoria é um processo de avaliação humano para determinar o grau de cumprimento de padrões estabelecidos por critérios ou normas de determinados procedimentos.

A auditoria da qualidade torna-se, nos dias de hoje, um fator de importância fundamental para gerir o sistema de qualidade de qualquer organização, uma vez que fornece os dados para avaliar e aperfeiçoar a eficácia dos objetivos propostos. Uma **Auditoria interna** poderá fornecer: análises, apreciações, recomendações, sugestões e informações, relativas às atividades examinadas, incluindo a promoção do controlo eficaz a custo razoável. “O auditor interno deve revelar as fraquezas, determinar as causas, avaliar as consequências e encontrar uma solução de modo a convencer os responsáveis a agir” (Morais et al, 2003, p.10).

Os grandes desafios que se colocam no processo de construção e implementação de um sistema de monitorização da qualidade passam pela criação de condições de recolha sistemática e regular de informação. Para (Pereira, 2007)

a implementação das medidas de promoção da qualidade não representa a etapa final dos sistemas da qualidade; antes o início de um processo cíclico e permanente de (re) definição da qualidade, monitorização do desempenho, correção dos desvios detetados e promoção contínua de novos horizontes para a qualidade em saúde (p.28).

Para concluir importa não esquecer a grande abrangência da prestação dos enfermeiros em todos os processos falados anteriormente assim como a sua participação na realização de inúmeros projetos.

1.2.3 - Procedimentos de Enfermagem como Contributo para a Qualidade em Enfermagem

O défice de práticas de enfermagem uniformizadas justificam o projeto "*Procedimentos de Enfermagem ao Utente Ortopédico: Um Contributo para a Qualidade em Enfermagem*" que visa criar consensos e padronizar os parâmetros e os itens básicos de informação a utilizar na promoção e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no serviço de ortopedia.

Torna-se, portanto, pertinente explorar o sentido atribuído a alguns termos mobilizados ao longo do projeto.

Instrução – “documentos internos que fornecem informação, mais detalhada do que os procedimentos, e que são muitas vezes deles decorrentes, sendo aplicáveis a conjuntos de tarefas e atividades e seus responsáveis” (Manual de Procedimentos para a Qualidade (MPQ) HRS, p.2009).

Norma – “Descrição detalhada e sequencial de como uma atividade deve ser realizada” Nunes (1999, p.2).

Procedimentos - “documentos internos que descrevem uma sequência de atividades, responsabilidades e modos de operação” (MPQ HRS, 2009, p.20).

Instrução e norma são termos muito semelhantes diferenciando-se apenas na especificidade do local de utilização. A instrução refere-se simplesmente a determinado local específico de utilização, enquanto a norma é mais abrangente a toda a instituição.

Citando Nunes (1999), “é hoje frequente encontrarmos a expressão “normas”- e, independentemente, de compreendermos que norma refere genericamente a regra, modelo, lei, padrão ou preceito, por vezes parece pouco clarificado o que distingue os diversos tipos de normas que vamos encontrando” (p.1). Segundo a mesma autora (Nunes, 1999) uma norma tem como objetivos: Uniformizar procedimentos no seio da equipa e / ou da organização e facilitar a integração de pessoal.

De acordo com Nunes (1999, p.2-3) as normas de procedimentos apresentam características específicas, elementos caracterizadores, assim como a sua elaboração e responsabilidade como se descreve no quadro seguinte:

Quadro nº 1- Elaboração de Norma de procedimento (adaptado de Nunes, 1999)

Características:

- ✓ Baseados em princípios científicos (teorias e práticas atualizadas), carece de atualização e de avaliação continua.
- ✓ Habitualmente são de caráter técnico (o que inclui atividades, manuseio de equipamentos, etc.).
- ✓ Podem ser uniformes para toda a organização.

Elementos Caracterizadores:

- ✓ Estrutura textual ou de colunas, apresentando lado a lado os passos do procedimento e a justificação.
- ✓ Revista sempre elementos científicos ou alterações da prática o justifiquem.

Elaboração:

- ✓ Os passos devem ser detalhados e explicativos.
- ✓ Identificação da organização, serviço, título do procedimento, finalidade, princípios a serem observados, material necessário, descrição dos passos e respetiva justificativa/ fundamentação.

Responsabilidade:

- ✓ Apresentada por um autor ou um grupo, é discutida e aprovada em equipa.
- ✓ Assinada pelo autor e pelo enfermeiro chefe.
- ✓ Aplicação pela equipa.

O quadro acima sintetiza os elementos necessários para a elaboração de procedimentos em enfermagem.

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

1.3- A Importância do Enfermeiro Gestor

Na hierarquia hospitalar as chefias operacionais assumem uma posição intermédia, situada entre os enfermeiros prestadores de cuidados e a direção do hospital. Hesbeen (2001) faz referência a estes enfermeiros gestores, como “chefia intermédia”, especificando que são estes que garantem a eficiência de qualquer organização produtiva. O mesmo autor acrescenta que “ ... as decisões devem poder ser tomadas o mais perto possível do local de produção, do local onde decorre a atividade” (Hesbeen, 2001, p.128).

É portanto fácil compreender a importância do desempenho destes Enfermeiros Gestores, bastando para tanto refletir um pouco sobre a importância da sua ação na qualidade dos cuidados prestados nas unidades que dirigem, ou na importância da sua intervenção na eficiência das soluções que apresentam, na sua capacidade de resolução de conflitos, nas decisões atempadas e ponderadamente suportadas.

No contexto atual ao Enfermeiro Gestor é assim exigido um conjunto de responsabilidades fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Esta afirmação é evidenciada pelas competências atribuídas na recente carreira de enfermagem (Decreto-Lei 248/2009 de 22 de Setembro) aos enfermeiros que venham a desempenhar funções de gestão.

A participação responsável e esclarecida destes enfermeiros nos processos de gestão contribuirá para o seu sucesso e refletir-se-á necessariamente na melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem prestados ao utente. Cabe assim aos enfermeiros responsáveis pela gestão, responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planear e concretizar ações que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação (Dec. Lei 248/2009 de 22 de Setembro de 2009).

O desenvolvimento deste novo perfil de liderança em enfermagem vai exigir, entre outros, a implementação de projetos educacionais que deem prioridade ao

aperfeiçoamento de competências dos enfermeiros cujo impacto se refletirá a breve trecho na qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

“Para desenvolver e melhorar a Qualidade dos cuidados, torna-se necessário efectuar, de uma forma planeada, estruturada e sistemática, a identificação de problemas e assegurar, com rigor e transparência, a sua solução” (Moniquor, 2004, p.4). Num processo em que se pretende melhorar a qualidade dos cuidados, a influência dos responsáveis ou gestores no processo é determinante; são eles que inculcem o sentido de responsabilidade, exemplificam e dão corpo ao grupo motivando e inculcando boas práticas no serviço.

É assim clara a responsabilidade dos gestores, de garantir a adequação dos recursos disponíveis às necessidades de cuidados e qualidade do exercício pela avaliação efetiva e diferenciadora da excelência do desempenho, na procura da melhoria contínua dos serviços prestados no setor da saúde.

2 - O PROJETO

Atualmente a enfermagem vive num contexto sociopolítico em que cada vez é mais importante a existência de um sistema de qualidade nas instituições de saúde “por força da necessidade de controlo de custos, de melhoria da eficiência, de otimização da gestão e, fundamentalmente, da produção e gestão da qualidade dos cuidados” (Pereira, 2004, p. 13), sendo neste contexto que surge este projeto de gestão de cuidados de enfermagem.

A opção por enquadrar este projeto na temática da qualidade prende-se com o fato desta estar intimamente relacionada com o desempenho das pessoas, com os seus processos de trabalho, com a própria cultura organizacional e, fundamentalmente, com o seu impacto na melhoria das condições de saúde dos utentes e a sua satisfação.

Projeto “é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção e de uma ambição. É também a expressão do necessitar de algo, de uma situação futura vivamente desejada” (Raynal, 1996, p. 68). A metodologia de projeto, de acordo com Leite et al (2001) envolve sempre trabalho em grupo, pressupondo a implicação de todos os intervenientes e da população onde se centra este mesmo projeto.

Para além de este projeto ser fruto de um desejo pessoal é também fruto da participação ativa de todos os elementos da equipa de enfermagem do serviço tendo-se partido de questões como: Os utentes estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem que lhes são prestados? Será que as intervenções de enfermagem são as mais adequadas? Será que a reflexão sobre as nossas intervenções e a sua uniformização será promotora de uma maior qualidade dos cuidados de enfermagem?

O projeto iniciou-se pela observação direta das práticas de cuidados dos enfermeiros do serviço e pela promoção de algumas reflexões sobre as mesmas com a equipa de enfermagem. A identificação de alguns problemas, entre os quais

saliento, a diversidade de práticas de cuidados de enfermagem nem sempre adequadas, foram orientando as escolhas neste percurso que passo a descrever neste capítulo.

Assim, e após fazer a contextualização do local onde foi realizado este projeto serão apresentadas todas as fundamentações e passos que levaram à sua concretização que trará ganhos para os enfermeiros do serviço, estudantes de enfermagem mas, fundamentalmente, para o utente ortopédico, sujeito dos nossos cuidados.

Com vista à reflexão sobre as práticas dos enfermeiros do serviço foram selecionados três enunciados descritivos da OE de forma a precisar o papel do enfermeiro junto do utente/ família e outros profissionais de saúde. Fiz a análise dos enunciados, surgindo assim as áreas de melhoria a potenciar. Deste modo, este projeto orientou-se sobre três enunciados descritivos da OE que são fundamentais no cuidar a utentes com problemas ortopédicos de forma a procurar a excelência no exercício profissional dos enfermeiros, intervindo a nível:

- **Prevenção de complicações;** “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2001, p.12). Neste âmbito o enfermeiro identifica de acordo com as suas competências, tão rápida quanto possível, problemas potenciais do utente, prescrevendo intervenções de enfermagem face aos problemas identificados (intervenções autónomas), prescrevendo, implementando e avaliando as intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis.

- **O bem-estar e o autocuidado;** “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2001, p.13). O enfermeiro deve identificar tão rápido quanto possível as áreas de intervenção de forma a contribuir para aumentar o bem-estar e complementar actividades de vida que o utente se encontra dependente.

- **Readaptação funcional;** “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos

eficazes de adaptação aos problemas de saúde” (OE, 2001, p.14). O enfermeiro procura em todo o ato profissional a maior independência possível do utente criando estratégias conjuntamente com este de forma a minimizar os problemas associados a sua reintegração social.

Seguindo este raciocínio, a implementação deste projeto torna-se assim, uma oportunidade para uniformizar procedimentos no cuidado de enfermagem, com a participação de todos os intervenientes no processo.

2.1- Contextualização da Instituição/ Serviço

O Hospital Vila Franca Xira tem, desde o dia 1 de Junho de 2011, um novo modelo de gestão, resultante da parceria entre o Estado Português e o Grupo José de Mello Saúde. Assente num modelo orientado para a eficiência dos processos e a otimização da prática clínica, este novo projeto começa por gerir a atual infraestrutura (Hospital de Reynaldo dos Santos) e está a construir, em paralelo, um novo Hospital, que pretende responder às necessidades de saúde da população dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Vila Franca de Xira e Benavente. Entrará em funcionamento previsivelmente durante o mês de Abril de 2013. De acordo com o novo site institucional a equipa e o projeto estão orientados para servir a comunidade assentando em valores de futuro (<http://www.hospitalvilafrencadexira.com.pt/> Acedido em 28/02/12).

Mais, especificamente, irá assentar na **Visão** do Grupo José de Mello Saúde “ser líder na Península Ibérica na prestação de cuidados de saúde de qualidade distintiva, suportada numa rede integrada de unidades de elevada performance, tanto no sector privado como no sector público, e apresentando opções de crescimento em mercados internacionais selecionados”. Este Grupo tem como **Missão** “promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do

desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor” (José de Mello Saúde, Manual de Acolhimento, p.5).

Aproximam-se tempos de mudança nesta organização sendo clara a necessidade de definição de políticas e estratégias centradas num referencial de qualidade o que sugere que se procura evoluir para a gestão de qualidade total, que engloba o conceito de melhoria contínua da qualidade.

Em entrevista à responsável pela equipa da Qualidade do HVFX, Sr^a Eng^a Marta de Almeida e Vale, foi possível saber que o Sistema de Gestão Integrado da Qualidade tem neste momento como principal objetivo a preparação da implementação do Sistema no novo edifício hospitalar para que, com a abertura do mesmo, se inicie a sua implementação e que, no prazo de um ano, esteja em pleno funcionamento, nos termos definidos no Contrato de Gestão.

A instituição encontra-se neste momento num processo de acreditação, de forma a defender um conjunto de princípios e valores que engloba a prestação de cuidados de saúde centrada no utente e na família. “Assente nos princípios da Melhoria Contínua, a José de Mello Saúde tem implementado um Sistema de Gestão da Qualidade, certificado por auditoria de uma entidade externa, através do cumprimento da norma internacional ISO 9001:2008” (Manual de Acolhimento José de Mello Saúde, p.32).

O Serviço onde foi implementado este projeto é o Serviço de Ortopedia, localizado no Piso 3. Tem uma lotação de 30 camas e 2 macas, que se dividem por 7 enfermarias de 4 camas cada uma e por dois quartos de isolamento. Em termos de infraestruturas possui três casas de banho para os utentes, uma casa de banho para os trabalhadores, uma copa, uma sala de sujos, uma sala de arrumações, uma sala de tratamentos, duas salas de trabalho de enfermagem, uma sala de reuniões, o gabinete da enfermeira chefe e o gabinete do diretor de serviço.

É constituído por uma equipa de que fazem parte médicos ortopedistas, enfermeiros (2 especialistas de reabilitação), 1 fisioterapeuta, 1 assistente social, 1 secretária de unidade e assistentes operacionais.

Recebe utentes com diversas patologias, tanto do foro ortopédico como traumatológico e degenerativo. A nível traumatológico, as faixas etárias abarcam todas as idades em virtude dos acidentes de viação e trabalho (sendo mais visível em faixas etárias mais jovens), nas patologias de nível degenerativo abrangem, maioritariamente adultos e idosos. Estas alterações degenerativas poderão ter correção cirúrgica, nomeadamente as coxartroses e as gonartroses, por colocação de Prótese Total da Anca (PTA) ou Prótese Total do Joelho (PTJ).

Assim prestam-se cuidados a pessoas com idades a partir dos 18 anos, percorrendo as várias fases da vida nas diversas situações até ao idoso (como exemplo, as fraturas do colo do fémur), fase, em que estes utentes sofrem também de outras patologias associadas. Os cuidados de enfermagem em Ortopedia mobilizam, portanto, um conhecimento geral e específico sobre alterações ortopédicas, traumatologia, tratamento conservador, tratamento cirúrgico, medicina, reabilitação associado necessariamente a saberes de âmbito psicológico e emocional, de apoio ao utente/ família.

Existe ainda no serviço, uma consulta pré-operatória (multidisciplinar) a utentes que vão ser submetidos a cirurgias programadas de PTA e PTJ, sendo esta realizada semanalmente pelo enfermeiro de reabilitação e pelo médico ortopedista. É um serviço com uma grande diversidade de situações clínicas que implicam intervenções de enfermagem complexas, daí a necessidade de uniformizar os cuidados prestados tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no serviço.

2.2 – Problema/ Falta de Uniformização

Após o enquadramento da temática em estudo, torna-se fundamental definir o problema. A identificação do problema corresponde ao conhecimento, caracterização e análise de uma realidade, constituindo um pré-requisito essencial

para avançar para as etapas seguintes. Implica muita atenção e rigor pois, segundo Tavares (1990), a pertinência de um plano, programa ou projeto decorre da concordância entre o diagnóstico e necessidades identificadas.

Um problema identificado para trabalho de projeto deve ser passível de estudo quando é um problema real reconhecido pelo grupo, fundamentalmente quando à partida se antevê que existe resolução com envolvimento de todo o grupo de trabalho. Para além da temática ter de suscitar interesse e preocupação é fundamental para o início de qualquer projeto, encontrar vários dados que corroborem a pertinência e interesse do mesmo.

Assim, tendo em consideração a minha própria análise da prática diária no serviço, detetei uma lacuna: a diversidade de práticas de cuidados de enfermagem nem sempre adequadas.

Como enfermeira gestora do projeto coloquei o problema à equipa de enfermagem em reuniões informais de serviço de modo a permitir uma reflexão sobre a prática dos cuidados no serviço, com o intuito de saber se estávamos a fazer as coisas certas, se pretendíamos melhorar e de que forma.

Esta reflexão sobre a prática de cuidados veio despertar em todos os elementos o desejo de mudança no sentido de assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço. Concluímos que existiam lacunas na forma de atuar em diversas intervenções de enfermagem o que fez emergir a necessidade de atualizar conhecimentos e uniformizar práticas elaborando-se documentos internos orientadores das atividades, responsabilidades e modos de intervenção da enfermagem em pessoas com alterações ortopédicas.

Deste modo, tendo em consideração o problema: **falta de uniformização nas intervenções de enfermagem e inexistência de instruções de cuidados de enfermagem escritas, orientadoras e facilitadoras do processo de cuidar em ortopedia**, pretendo com este projeto contribuir para uniformizar as práticas de cuidados, tendo em conta que é o enfermeiro que passa a totalidade do dia com os utentes, sete dias por semana, estando intensamente envolvido na situação de

cuidados, o que lhe confere uma posição ideal para assistir, educar e avaliar a compreensão de cada pessoa acerca da sua situação (Fielden et al, 2003).

Tendo em conta a temática anteriormente descrita e as funções do Enf. Principal/Gestor descritas no Dec. Lei 248/2009 de 22 de Setembro de 2009, que refere ser da sua competência “promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos, e actualizar procedimentos orientadores da prática clínica” (Cap.III, art. 10, alínea f), a implementação deste projeto tem assim toda a pertinência no âmbito dos processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

2.3 - Viabilidade do Projeto

Considerando a importância de não iniciar o projeto sem avaliar a sua viabilidade recorri à realização de uma análise SWOT do contexto onde este iria decorrer. A análise SWOT é uma ferramenta de gestão muito utilizada pelas empresas para o diagnóstico estratégico. Este termo é composto pelas iniciais das palavras Strengths (Forças ou Pontos Fortes), Weaknesses (Fraquezas ou Pontos Fracos), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças).

Constitui-se como “um instrumento precioso para o envolvimento de uma estratégia empresarial, funcionando como uma síntese das informações recolhidas dos diagnósticos externos e internos” (Câmara et al., 2007, p.785) permitindo ao gestor uma síntese do diagnóstico que serve de base para implementar as decisões estratégicas para o envolvimento da equipa.

Teixeira (2010) refere que a análise SWOT pode sintetizar-se numa matriz com quatro células, “a qual sugere a escolha óbvia das estratégias que conduzem à maximização das oportunidades do ambiente e construídas sobre os pontos fortes

da empresa e à minimização das ameaças bem como à redução dos efeitos dos pontos fracos da empresa” (p.52).

Seguindo este raciocínio utilizei uma Matriz SWOT que permitiu identificar as forças, oportunidades, pontos fortes e fracos presentes no quadro 2.

Quadro nº2 - Análise SWOT

Análise Interna	<p align="center">S (Forças)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Equipa de enfermagem na sua maioria motivada e jovens. - Apoio da Enfª Chefe e CA. -Processo de acreditação em curso na instituição. - Foco na qualidade da atual Administração. 	<p align="center">W (Fraquezas)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pouca experiência na gestão de projetos. -Mudança dos órgãos da gestão de topo da organização. -Falta de tempo dos enfermeiros para colaboração no projeto. -Grande mobilidade da equipa de enfermagem, com entrada de novos elementos. -Número reduzido de elementos no serviço.
	Análise Externa	<p align="center">O (Oportunidades)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorização da qualidade nas políticas de saúde em Portugal com a emergência de sistemas da qualidade em saúde. - Valorização da qualidade e expectativas pelos utentes/ família. - Existência dos PQCE da OE.

Analisados estes aspetos consideramos que apesar da existência de algumas fraquezas e ameaças as forças e oportunidades existentes são fatores de peso que se sobrepõem permitindo a viabilidade deste projeto.

2.4- Pré-requisitos e Riscos para o Sucesso do Projeto

Para complementar a viabilidade deste projeto foram ainda considerados os seus pré-requisitos e riscos.

Os **pré-requisitos** necessários para que este projeto possa ser implementado e desenvolvido, são:

- Ser aprovado pelo Conselho de Administração (CA) do Hospital;
- Ter adesão dos colegas da equipa de enfermagem;
- Serem estabelecidos grupos de trabalho para a realização das instruções.

Os **riscos** para sucesso deste projeto estão relacionados com:

- Inexperiência da equipa de enfermagem na elaboração de instruções de trabalho;
- Pouco tempo disponível para a sua realização.

2.5 – Planeamento do Projeto

Abordo agora a fase de planeamento do projeto em que foram estabelecidos a sua finalidade e objetivos, assim como o tempo previsto para a sua elaboração. A calendarização das atividades é um processo interativo que determina as datas de início e de fim das respetivas atividades a desenvolver durante o projeto.

Assim, de forma a determinar todas as etapas e atividades do projeto, assim como o tempo previsto para cada uma delas foi elaborado um plano de atividade através de gráfico de GANTT (Anexo I) e que permitiu monitorizar todo o projeto.

2.5.1 - Finalidades e Objetivos

Foi definida como finalidade deste projeto: Promover a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, inovando e alterando práticas de prestação de cuidados de enfermagem no serviço.

Delineei os seguintes objetivos:

- ✓ Identificar áreas de maior necessidade de desenvolvimento de competências dos enfermeiros do serviço;
- ✓ Definir uma estratégia de reflexão sobre a intervenção de enfermagem que valorize o autocuidado e autonomia;
- ✓ Estabelecer linhas orientadoras para uniformizar intervenções em cuidados de enfermagem;
- ✓ Elaborar um conjunto de procedimentos, uniformizando cuidados de enfermagem em diversas situações.

2.5.2 - Duração

O projeto teve início no mês de Junho de 2011 com um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital para a sua realização no serviço de ortopedia.

De acordo com o cronograma foi estabelecida como data de finalização o mês de Março de 2012 (Anexo II). Constrangimentos de ordem pessoal e organizacional impuseram algumas alterações na calendarização inicialmente prevista que originaram que este só se conclísse em Julho de 2012.

2.5.3 – Intervenientes

Como já foi referido anteriormente a gestora do projeto é a autora deste trabalho. Outros dos intervenientes são todos os restantes elementos da equipa de enfermagem tendo representado um papel ativo na concretização deste projeto.

2.5.4 – Beneficiários

Os Beneficiários são todos aqueles que passo a descrever: Instituição, Serviço de ortopedia, Equipa de Enfermagem, Estudantes e Utentes do foro ortopédico juntamente com família/ cuidadores.

2.5.5 – Local

Este projeto foi realizado no serviço de ortopedia do Hospital.

2.5.6 – Recursos e Meios

Os meios consistem na determinação de quais os recursos – pessoa, equipamentos, materiais que são necessários, e em que quantidade para a realização das atividades do projeto (Miguel, 2006).

No desenvolvimento deste projeto foram necessários recursos humanos, materiais e físicos para a sua implementação e viabilidade, permitindo a sua aplicação no serviço. Estes encontram-se identificados no quadro nº3.

Quadro nº 3 - Plano de recursos necessários

Recursos	
Humanos	-Enfermeiro chefe e gestor do projeto -Equipa de enfermagem do serviço -Diretor clínico
Materiais	-Computador -Impressora, Tinteiros, Papel -Dossier -Data Show e ecrã
Físicos	-Sala de Reuniões -Sala de Registos de Enfermagem

Analisados os recursos necessários à implementação deste projeto considerei que não acarretariam custos financeiros adicionais ao serviço e instituição, uma vez que o tempo que os enfermeiros dispensaram para a elaboração das instruções fazia parte do seu tempo de descanso pós-laboral.

2.5.7 – Planeamento de Atividades

Entende-se por atividade o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto. Assim, uma atividade normalmente possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos. As atividades podem ainda ser subdivididas em tarefas (Miguel, 2006).

Para o sucesso deste projeto foram planeadas e calendarizadas as seguintes atividades:

- ✓ Identificação do problema;
- ✓ Pesquisa bibliográfica;
- ✓ Reunião com a Sr^a Enf^a chefe e Sr^o Diretor Clínico do serviço de ortopedia;
- ✓ Reunião com a Comissão da Qualidade da instituição;

- ✓ Elaboração de pedido de autorização para realização do projeto ao Presidente do CA da instituição;
- ✓ Reunião com a equipa de enfermagem: Apresentação do projeto/ constituição de grupos de trabalho;
- ✓ Realização do levantamento de necessidades de uniformização de procedimentos de enfermagem com a restante equipa de enfermagem;
- ✓ Reunião com o Sr. Enf^o António Castanheira (gabinete da qualidade do hospital);
- ✓ Apresentação do cronograma/ distribuição da elaboração de instruções por grupos de trabalho;
- ✓ Reuniões intercalares com os responsáveis dos grupos de trabalho;
- ✓ Elaboração de instruções -Trabalho dos grupos;
- ✓ Reunião com a Sr^a Eng^a Marta (responsável pela área da qualidade do HVFX);
- ✓ Apresentação das primeiras instruções de trabalho a toda a equipa de enfermagem;
- ✓ Apresentação das instruções de trabalho definitivas;
- ✓ Compilação e divulgação de dossier pedagógico no serviço;
- ✓ Preparação e divulgação de auditoria;
- ✓ Reuniões informais nas passagens de turno para dar a conhecer a auditoria a realizar;
- ✓ Realização de auditoria;
- ✓ Entrega de instruções de trabalho à Sr^a Enf^a Diretora;
- ✓ Aprovação das instruções de trabalho pela Sr^a Enf^a Diretora;
- ✓ Reunião com a equipa de enfermagem para comunicar resultados da auditoria realizada;

✓ Avaliação do projeto;

↻ Realização de formações em serviço pela equipa de enfermeiros envolvidos no projeto.

2.6 – Atividades Desenvolvidas para a Implementação do Projeto

Enquanto gestora do projeto coube-me planear e posteriormente controlar as atividades programadas que estavam a ser implementadas, tendo sempre em atenção desvios que pudessem surgir comprometendo o sucesso do projeto. Foi minha preocupação manter a restante equipa de enfermagem atualizada com o que estava a ser realizado e com o que estava calendarizado para realizar. **Passo a descrever todas as atividades desenvolvidas para o sucesso deste projeto:**

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA - A primeira etapa deste projeto foi a identificação do problema, ou seja, foi realizada uma análise das necessidades do serviço e verifiquei a inexistência de documentos que uniformizassem práticas de enfermagem. Durante o mesmo período de tempo foram decorrendo várias reuniões informais com os colegas do serviço para avaliar o interesse e disponibilidade para a concretização deste projeto.

PESQUISA BIBLIOGRAFICA - Realizada pesquisa bibliográfica por toda a equipa de enfermagem durante a realização do projeto, permitindo uma seleção de assuntos e oferecendo uma maior fidelidade de segurança na elaboração das instruções de trabalho. Enquanto gestora de todo este processo fiz uma enorme pesquisa no decorrer deste trabalho de forma a aumentar conhecimentos sobre a realização e orientação de projetos, assim como para o enquadramento teórico deste relatório.

REUNIÃO COM A SR.^a ENFERMEIRA CHEFE, DIRETOR CLÍNICO E COMISSÃO DA QUALIDADE DA INSTITUIÇÃO PARA SABER QUAL A VIABILIDADE DO PROJETO - Realizada reunião com a Sr.^a Enfermeira Chefe do serviço e Diretor Clínico no dia 03/06/11, e em outro momento (05/06/11) com a comissão da qualidade da instituição para saber qual a viabilidade do projeto. Apresentei o projeto e os seus objetivos e dei ainda a conhecer os intervenientes no projeto e quais os resultados esperados o que obteve um parecer positivo.

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO CA PARA IMPLEMENTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO - No seguimento foi elaborado um pedido de autorização oficial para a realização do projeto “**Procedimentos de Enfermagem ao Utente Ortopédico: Um Contributo para a Qualidade em Enfermagem**”, ao CA do HVFX. Neste pedido documentei a pertinência, objetivos e intervenientes deste projeto. Após parecer positivo do Sr.^o Enfermeiro Diretor sobre a aprovação da autorização deste projeto, foi reencaminhado ao CA tendo obtido uma resposta positiva em 15/06/2011 (Anexo III).

REUNIÃO COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM: APRESENTAÇÃO DO PROJETO/ CONSTITUIÇÃO DE GRUPOS DE TRABALHO - Foi agendada e realizada uma reunião com a equipa de enfermagem (Anexo IV), onde apresentei o projeto, e foram exploradas várias questões relativamente à pertinência do projeto e à adesão da equipa ao mesmo. Após *feedback* positivo, organizou-se a constituição dos grupos de trabalho dentro da equipa de enfermagem. Definiram-se objetivos de grupo que exigem iniciativa individual e foi fomentada a liberdade e a responsabilidade individual ao participarem no projeto.

LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE NORMAS DE INSTRUÇÕES DE TRABALHO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM, JUNTO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM - Durante 5 dias fez-se um levantamento junto da equipa de

enfermagem das necessidades de criar instruções de trabalho de forma a uniformizar os cuidados de enfermagem prestados no serviço.

Foram aproveitadas as horas de passagem de turno para reunir o maior número de enfermeiros e definiu-se os conteúdos que deveriam constar nas instruções. Frequentemente foram realizadas reflexões sobre a prática de cuidados prestados diariamente e foi incutido nos enfermeiros a procura de consensos no interesse comum.

REUNIÃO COM O SRº ENFº ANTÓNIO CASTANHEIRA - Foi feita uma reunião com um perito na área da qualidade e segurança do HVFX, para mais uma vez dar a conhecer a existência deste projeto e saber da viabilidade destas instruções integrarem o Manual da Qualidade da Instituição. Também obtive parecer positivo relativamente ao solicitado.

APRESENTAÇÃO DO CRONOGRAMA/ DISTRIBUIÇÃO DA ELABORAÇÃO DE INSTRUÇÕES POR GRUPOS DE TRABALHO - Foi colocado no serviço o cronograma do projeto e a distribuição das instruções de trabalho por grupos pré-estabelecidos pela equipa de enfermagem para trabalho (Anexo V). Foram criados subgrupos dentro da equipa de enfermagem onde existiu sempre um *feedback* aberto, franco e com objetivos de crescimento profissional e até pessoal partilhado por todos.

REUNIÕES INTERCALARES COM OS RESPONSÁVEIS DOS GRUPOS DE TRABALHO - Durante cerca de três meses foram realizadas reuniões intercalares com os responsáveis dos grupos de trabalho para ponto da situação. Selecionar e trabalhar o assunto alvo da Boa Prática foi sempre um dos objetivos, tendo sempre presente que o assunto a tratar deveria ser pertinente, abrangente e corresponder às expectativas de profissionais.

Também foi dado tempo para a discussão das instruções elaboradas permitindo acrescentar e alterar alguma informação.

ELABORAÇÃO DAS INSTRUÇÕES DE TRABALHO – As Instruções foram elaboradas por toda a equipa de enfermagem do serviço para uniformizar práticas de atuação nas diferentes situações nos utentes ortopédicos, utilizando a pesquisa bibliográfica assim como a consulta de alguns peritos na área.

Foi estabelecido pelo grupo de trabalho linhas orientadoras para uniformizar intervenções em cuidados de enfermagem, consideramos o utente como ator principal do autocuidado, intervindo o enfermeiro de forma pró-ativa, no sentido de valorizar a autonomia e gerir as suas capacidades de autocuidado como guias orientadoras de Boas Práticas em Enfermagem.

A figura do gestor do projeto é de grande importância para o desenvolvimento da motivação da equipa de enfermagem considerando as pessoas competentes, criativas e acima de tudo capazes de desenvolver um trabalho com qualidade. Respeitei o que as pessoas são para obter melhor proveito daquilo que sabem fazer, tentei sempre compensar as pessoas pelo que fazem e realizam com base na experiência, saber e nos resultados. Assim, como gestora tentei ser aquela que auxiliou todo o grupo a desenvolver as suas potencialidades.

Durante a elaboração das instruções pelos subgrupos, fui elogiando o seu trabalho, fiz críticas construtivas e solicitei a participação da equipa na formulação de novas propostas e soluções de problemas.

REUNIÃO COM A Sr^a ENG^a MARTA - Ainda existiu uma reunião com a Sr^a Eng^a Marta e Vale responsável pela equipa da qualidade do HVFX para dar conhecimento da realização deste projeto e para perceber em que situação se encontra a instituição no processo de creditação.

APRESENTAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DAS INSTRUÇÕES DE TRABALHO PROVISÓRIAS - Seguiu-se a colocação (em dossier próprio no serviço) e apresentação de instruções realizadas nos subgrupos a toda a equipa de enfermagem para sugestões e correções a fazer durante vinte cinco dias.

APRESENTAÇÃO DE INSTRUÇÕES DE TRABALHO DEFINITIVAS - Após algumas retificações das instruções, posteriormente em reuniões de passagem de turno foi dado a conhecer a existência das instruções de trabalho definitivas. Incentivando mais uma vez a sua leitura para correção de algum erro que ainda pudesse existir.

COLOCAÇÃO DE DOSSIER TÉCNICO-PEDAGÓGICO NO SERVIÇO COM INSTRUÇÕES DE TRABALHO (Anexo VI) - A criação do **Dossier técnico-pedagógico** intitulado **“Instruções de Trabalho – Manual da Qualidade do Serviço de Ortopedia”**, foi muito importante para permitir a familiarização da equipa de enfermagem com estas instruções.

Neste contexto foram trabalhadas e apresentadas 12 instruções de trabalho sobre diferentes temáticas que advieram da recolha de opiniões de todos os enfermeiros da equipa.

PREPARAÇÃO E DIVULGAÇÃO DA AUDITORIA - Foi comunicado à equipa de enfermagem em reuniões informais (passagem e turno) a intenção de (eu como auditora) realizar uma auditoria aos utentes com PTA do serviço. Foi apresentada a instrução de trabalho definitiva dos utentes submetidos a PTA e reforçada a importância de lerem a instrução que se encontra no dossier próprio.

REALIZAÇÃO DA AUDITORIA – Realizada a auditoria aos cuidados de enfermagem a 2 utentes com PTA e aos enfermeiros responsáveis pelos mesmos. Para a realização desta auditoria delineei os seguintes objetivos:

- Identificar desvios em relação a padrões, normas e critérios da qualidade dos cuidados de enfermagem ao utente ortopédico;
- Detetar deficiências e problemas no âmbito dos cuidados que requerem ações melhoria no serviço de ortopedia;
- Monitorizar a melhor prática existente;
- Incentivar o trabalho em equipa e favorecer a aquisição e atualização de conhecimentos através da revisão sistemática e crítica dos cuidados prestados.

A Metodologia utilizada para a sua realização foi:

- ✓ Contato com *expert* na área das auditorias;
- ✓ Realizado plano de auditoria a Instrução de trabalho “Cuidados de Enfermagem a Utentes Submetidos a PTA” (Anexo VII);
- ✓ Elaboração da lista de verificação da auditoria com referenciação a escolha do tema e objetivo (Anexo VIII);
- ✓ Escolha dos auditados - dois utentes submetidos a PTA e os enfermeiros responsáveis no turno;
- ✓ Reunião inicial com a enfermeira chefe do serviço e enfermeiros do turno (entrevista informal aos cuidados de enfermagem prestados aos utentes com PTA);
- ✓ Entrevista e observação aos profissionais auditados;
- ✓ Entrevista e observação aos utentes escolhidos;
- ✓ Observação dos processos clínicos;
- ✓ Registo de dados colhidos na lista de verificação (Anexo IX; Anexo X);
- ✓ Análise dos dados colhidos com elaboração de relatório.

ENVIO DAS INSTRUÇÕES DE TRABALHO À SR^a ENFERMEIRA DIRETORA PARA APROVAÇÃO – Foram encaminhadas via *email* as 12 instruções de trabalho realizadas pela equipa de enfermagem do serviço para a Sr^a Enfermeira Diretora da instituição para aprovação.

APROVAÇÃO DAS INSTRUÇÕES DE TRABALHO – Da Sr^a Enfermeira Diretora recebemos um *feedback* positivo de todo o trabalho desenvolvido e onde referenciava que as instruções já se encontram aprovadas e assinadas por ela, fazendo-as seguir para o gabinete da Qualidade que aguarda a esta data codificação para inserir o Manual da Qualidade da Instituição.

REUNIÃO COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM PARA COMUNICAR RESULTADOS DA AUDITORIA, PROPOSTAS DE MELHORIA E DESAFIOS FUTUROS PARA O SERVIÇO – Nesta reunião apresentei os resultados da auditoria realizada, dei a conhecer que as instruções já se encontram em codificação no gabinete da qualidade. Sugeri sugestões e melhorias para todo este processo de crescimento profissional para o serviço tendo sido observada uma satisfação generalizada dos colegas ao serem elementos ativos no desenvolvimento deste projeto.

AVALIAÇÃO DO PROJETO - Finalizei todo este percurso com a avaliação do trabalho com a **Elaboração do Relatório de Auditoria** e com apresentação dos resultados (Anexo XI) nesta fase, e por escassez de tempo, apenas à Sr^a Enfermeira Diretora. Foram ainda utilizadas as reuniões de passagem de turno para comunicar os resultados da auditoria, sugestões de propostas de melhoria e desafios futuros para o serviço.

Pretendo numa fase posterior apresentar os resultados ao Diretor Clínico do serviço e à Direção da Qualidade da instituição. Como síntese gostava de apresentar todos os elementos facilitadores e constrangedores no processo de avaliação detetados (referenciados no quadro seguinte).

Quadro nº 4 - Elementos facilitadores e constrangedores da auditoria

AUDITORIA	
Elementos Facilitadores	Elementos Constrangedores
Sem obstáculos por parte da organização	Falta de formação/ treino auditora
Equipa de enfermagem recetiva e motivada	Constrangimento por parte de um enfermeiro auditado
Existência de plano de auditoria	Disponibilidade horária da auditora
Dedicação por parte da auditora	
Conhecimento da auditora da área a auditar	
Atuação da auditora com descrição	

REALIZAÇÃO DE FORMAÇÕES EM SERVIÇO PELA EQUIPA DE ENFERMEIROS ENVOLVIDOS NO PROJETO – Destinatários: a equipa de enfermagem do centro cirúrgico (novo hospital).

Por escassez de tempo não foi possível fazer a apresentação das instruções pelos subgrupos de trabalho durante a elaboração do projeto. Ficando agendado desde já, para uma fase posterior (Janeiro 2013) a pedido da enfermeira chefe do centro cirúrgico que abrange todos os utentes cirúrgicos da instituição obrigando á junção de vários serviços cirúrgicos, tornando-se fundamental dar a conhecer aos novos elementos da equipa de enfermagem as instruções no cuidar a utentes ortopédicos.

2.7 – Atividades de Divulgação

A divulgação dos resultados obtidos após a implementação do projeto é uma fase bastante importante, no entanto, a escassez de tempo não nos permitiu desenvolver esta atividade da forma mais completa ficando para uma fase posterior.

Esta divulgação do trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem torna-se importante na medida em que dá a conhecer a pertinência do trabalho desenvolvido e todo caminho percorrido para a resolução do problema identificado. Permite o reconhecimento dos esforços por parte de todos os envolvidos, um maior envolvimento e compromisso de todos os participantes assim como um reconhecimento da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no serviço, podendo ainda servir de exemplo para outros serviços ou instituições.

Pretendo fazer esta divulgação de resultados através de diversos recursos e meios disponíveis para o fazer: reuniões informais ou formais, através da publicação na revista “+ Vida” – uma publicação José de Mello Saúde.

2.8- Avaliação do Projeto

As avaliações são momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido, podendo estes estarem previstos ou não no decorrer de todo este processo. Uma das características da Metodologia de Projeto é precisamente de a avaliação ser permanente, devendo ser feita ao longo do projeto (Leite et al., 2001).

Esta permite uma retroação com finalidade de facilitar a redefinição dos objetivos, caso seja necessário, bem como a análise dos resultados. Podem ser utilizados vários instrumentos de avaliação, desde a observação direta com registos dos acontecimentos, inquirição dos utentes/ familiares ou através de auditorias internas, tendo em atenção que os comportamentos a avaliar dependem dos objetivos do

projeto. Devem ser contemplados alguns aspetos como as circunstâncias do trabalho, pertinência dos percursos, relação entre previsão/ realização e análise das estratégias adotadas na execução (Leite et al.,2001).

Como forma de avaliar este projeto centrei-me nos objetivos estabelecidos ao iniciar este projeto que considero terem sido na totalidade atingidos, a saber:

- *Identificar áreas de maior necessidade de desenvolvimento de competências dos enfermeiros do serviço:* este primeiro objetivo foi atingido com participação de todos os elementos da equipa. Foram identificadas áreas em que não existia uniformização de procedimentos de enfermagem tendo-se construído subgrupos de trabalho dentro da própria equipa de enfermagem. Existiu a oportunidade definir áreas de melhoria nos cuidados de enfermagem prestados e a oportunidade de refletir naquilo que se faz diariamente.

- *Definir uma estratégia de reflexão sobre a intervenção de enfermagem ao utente ortopédico que valorize o autocuidado e autonomia:* foram planeados momentos que proporcionaram reflexões sobre a prática de cuidados de enfermagem prestados no serviço, existiu uma reflexão sobre aquilo que se faz e aquilo que se pretende fazer definindo estratégias para assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

- *Estabelecer linhas orientadoras para uniformizar intervenções em cuidados de enfermagem:* as instruções de trabalho realizadas vão permitir a uniformização dos cuidados prestados, sendo documentos facilitadores de integração de novos elementos e estudantes em ensino clínico no serviço e promovem o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

- *Elaborar um conjunto de instruções de trabalho, uniformizando cuidados de enfermagem ao utente ortopédico em diversas situações:* encontram-se já realizadas e aprovadas pela direção de enfermagem 12 instruções de trabalho.

Mas o verdadeiro impacto sobre este projeto “*Procedimentos de Enfermagem – um Contributo para a Qualidade em Enfermagem*” é difícil de medir, pela complexidade na definição de indicadores e pela deficiência do sistema de informação que possa surgir. No entanto, é possível efetuar medições indiretas de mudanças de atitudes,

comportamentos, procedimentos e processos, entre outras na equipa de enfermagem. Neste sentido, refiro ainda como resultados deste projeto:

- ✓ A satisfação manifestada pela equipa de enfermagem relativamente ao facto de terem participado ativamente neste projeto.
- ✓ Como fatores motivacionais destacados pela equipa de enfermagem saliento: estímulo, desafio no trabalho e realização profissional tendo mesmo referido um sentimento de crescimento profissional.

Como já foi referenciado anteriormente utilizei ainda como forma de avaliação a auditoria interna para monitorizar os cuidados prestados aos utentes, o que considero ter-se constituído como uma estratégia importante para evidenciar junto da equipa a pertinência de todo o trabalho realizado.

3 - REFLEXÃO FINAL DO TRABALHO DESENVOLVIDO E COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS

Ao longo das pesquisas efetuadas e do trabalho desenvolvido percebi que hoje em dia os profissionais de enfermagem são detentores de ferramentas e estratégias que podem contribuir para uma evolução significativa na enfermagem e na imagem social que a mesma representa na sociedade. Cada profissional tem o dever de para além de defender a qualidade de cuidados que presta, ser gestor dos mesmos, investindo na sua formação profissional, publicando os resultados e intervindo na sociedade sempre que possível de forma pertinente.

Os cuidados de enfermagem muito interferem e são decisivos para um número reduzido de dias de internamentos dos utentes nos hospitais e em muito contribuem para um processo de melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de modo a alcançar eficiências e eficácia nos serviços de saúde. Face a esta situação há necessidade de fazer chegar esta ideia aos políticos, administradores de saúde e até à própria sociedade e utentes para que sejam os próprios utentes a reivindicar qualidade nos cuidados de enfermagem.

Durante o desenvolvimento do projeto tive a oportunidade de planear, liderar e orientar o grupo nas atividades que desenvolveram, assim como, controlar suportando e apoiando a equipa na gestão e organização dos cuidados, de modo a atingir os objetivos contratualizados ao iniciar este trabalho.

Ainda que sem indicadores concretos a implementação das instruções de trabalho parece ter influenciado positivamente os resultados no serviço, quer em termos de satisfação dos utentes dos cuidados prestados como da equipa de enfermagem na uniformização dos cuidados de enfermagem ao utente ortopédico.

Da mesma forma os resultados parecem sugerir ganhos de eficiência já que não houve acréscimos de custos associados a investimentos ou a outros custos.

Quanto às limitações do trabalho, o planeamento foi condicionado pelo tempo disponível para a elaboração do mesmo, pela rotatividade de elementos da equipa de enfermagem e pela pouca experiência da gestora no desenvolvimento de trabalhos de auditoria. Como gestora do projeto e sendo esta uma figura integradora do trabalho, atuei como um centro vital de comunicações que liga todas as partes do projeto; desde administração, equipa do projeto, utentes até aos resultados obtidos (Roldão, 2000).

Importa referenciar que como gestora de todo este processo aprofundei e enriqueci todo o meu saber, explorando ao máximo todas as estratégias apreendidas durante este curso nomeadamente no que se refere ao envolvimento de uma equipa de trabalho de forma a tornar possível o cumprimento de metas conhecidas e estabelecidas por todos ao iniciar este projeto.

O papel das lideranças, entre outras tarefas, passa pela promoção da aprendizagem baseada na reflexão sobre e para a acção, pela gestão motivacional e por facilitar a incorporação da “base de conhecimentos” nas actividades regulares do serviço, fazendo com que a qualidade passe a integrar a rotina, em vez de colidir com ela (Pereira, 2004, p.382).

Acredito, que a construção destas instruções de orientação para o cuidado de enfermagem veio trazer mais-valias no meu desenvolvimento e crescimento de competências enquanto gestora do processo, assim como, para a restante equipa de enfermagem e para estudantes em ensino clínico.

Ao terminar este curso de gestão sinto que adquiri e desenvolvi competências de gestão que permitiram o desenvolvimento deste projeto, assumi comportamentos de liderança eficaz promovendo o envolvimento da restante equipa, geri e promovi a qualidade dos cuidados com o objetivo final de criar um projeto de inovação e mudança ao nível do serviço. Sinto que transmiti a energia e o entusiasmo necessário ao grupo de trabalho, pela minha experiência profissional na área da ortopedia e com os conhecimentos de gestão adquiridos durante este curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBIER, J. (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto Editora. ISBN 972-0-34106-8
- CÂMARA, P. et al. (2007). *Novo Humanator – recursos humanos e sucesso empresarial*. Lisboa, Publicações Dom Quixote
- CHARLES, A. (1994). *A Auditoria da Qualidade*. Makron Books do Brasil Editora. ISBN 85-346-0273-5
- COLLIÈRE, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: *Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2010). *CIPE Versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa
- CUNHA, E. (2008). *Enfermagem em Ortopedia*. Lisboa-Porto. Lidel- Edições Técnicas, lda, Junho. ISBN 978-972-757-503-9
- DECRETO-LEI nº 248/2009. *D.R. I Série*. 184 (2009-09-22) 6761-6765
- DECRETO-LEI nº 437/91 de 8 de Novembro
- DONABEDIAN, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Ed. By Bashshur, R., Oxford University Press.
- DINIZ, S. (2006). *A prática docente dos enfermeiros de instituições de saúde: sua fundamentação nos referenciais teóricos de enfermagem*. Guarulhos: Universidade de Guarulhos. Tese de mestrado.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2010). *2º Curso de Mestrado de Gestão em Enfermagem*. Acessível na Escola superior de enfermagem de Lisboa. Lisboa.

- FRAGATA, José & MARTINS, Luís (2004). *O erro em Medicina*. Coimbra: Almedina
- FRAGATA, J. (2009). *Governança dos hospitais*. Alfragide: Casa das Letras. ISBN: 978-972-46- 1930-9. P.75-105
- FIELDEN, J. et al (2003). An Investigation of patient satisfaction following discharge after total hip replacement surgery. In: *Orthopaedic Nursing*, vol.22, Nº6 (Novembro/Dezembro)
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem : pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência
- HRS (2009). *Manual de Procedimentos para a Qualidade HRS*
- KÉROUAC, S.; et al (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.
- JOSÉ DE MELLO.SAÚDE. *Manual de Acolhimento- Construir o Futuro, Respeitar o Passado*.
- LEITE, E. et al (2001). *Trabalho de Projeto: aprender por projetos centrados em problemas*. Porto: Edições Afrontamento. 4ª Edição. ISBN 972-36-0216-4
- LEITE, Valéria & FARO, Ana (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. Vol. 39, nº1. p.92-96.
- LEPROHON, J. (2002). *Ordem dos Enfermeiros*, nº5, Janeiro. p.26
- MEZOMO, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*, 1ª Edição Brasileira, Editora Manole. ISBN: 85-204-1263-7
- MONIQUOR (2004). *Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde*
- MORAIS, G. et al (2003). *Auditoria Interna, Função e Processo*, 2ª edição, Lisboa, Áreas Editora. ISBN: 972-8472-54-4
- NUNES, L. (1999). *O que distingue alguns tipos de normas?*

- ORDEM dos ENFERMEIROS (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005). *Padrões de Qualidade dos Cuidados e sistemas de informação de Enfermagem: instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Projecto: Parcerias para o seu desenvolvimento.
- OREM, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica*, 4ª ed. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería. ISBN:84-458-0092-2
- PEREIRA, F. (2004). Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos Indicadores de Ganhos em Saúde Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem: O Caminho Percorrido. *Ordem dos Enfermeiros*, nº13 (suplemento). Lisboa,2004. p.13-21.
- PEREIRA, F. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros- Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Tese de doutoramento.
- PINA, M. (2001). Qualidade! Para que te quero? *Ordem dos Enfermeiros*. Nº3, Junho
- RAYNAL, S. (2000). *A gestão por projecto*. Edição Instituto Piaget. Lisboa.ISBN: 972-771-214-2
- ROLDÃO, V. (2000). *Gestão de Projectos – Uma Perspectiva Integrada*. Edição Monitor. ISBN: 972-9413-40-1
- SALE, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde*. 1ª Edição, Lisboa, Publicações Universitárias e Científicas. ISBN: 972- 97457-6-5
- TAVARES, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- TEIXEIRA, S. (2010). *Gestão das Organizações*. 2ª Edição, dições Profissionais Sociedade Unipessoal, Lda, Lisboa. ISBN: 978-989-642-082-6

- <http://www.hospitalvilafrancadexira.com.pt/>. Acedido em 28/02/ 2012
- http://enfermeirocarloscosta.planetaclix.pt/trabalhos_subweb/artigos/FMR.PDF Acedido em 12/06/2012
- http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_M anuaisBPraticas.pdf Acedido em 12/06/2012

ANEXOS

ANEXO I

Diagrama de *Gantt*

ID	Task Name	Duration	Start	Finish
1	Identificação do problema	3 days	Wed 01-06-11	Fri 03-06-11
2	Pesquisa bibliográfica	307 days?	Fri 03-06-11	Tue 31-07-12
3	Reunião com a Sra En [®] Chefe e Sro Diretor Clínico e Comissão da Qualidade da instituição para saber qual a viabilidade do projecto	2 days	Fri 03-06-11	Sun 05-06-11
4	Pedido de autorização ao Presidente do CA para implementação e operacionalização do projeto	1 day	Wed 08-06-11	Wed 08-06-11
5	Reunião com a equipa de enfermagem: Apresentação do Projeto/ Constituição de Grupos de Trabalho	1 day	Mon 11-07-11	Mon 11-07-11
6	Levantamento das necessidades de normas de instruções de trabalho nos cuidados de enfermagem, junto da equipa de enfermagem do serviço	1 day	Mon 11-07-11	Mon 11-07-11
7	Reunião com o En [®] António Castanheira (perito na área da qualidade e segurança do HVFX)	1 day	Fri 25-11-11	Fri 25-11-11
8	Apresentação do Cronograma/ Distribuição da elaboração de instruções por grupos de trabalho	1 day	Sat 26-11-11	Sat 26-11-11
9	Reuniões intercalares com os responsáveis dos grupos de trabalho para ponto de situação	86 days	Sat 03-12-11	Sat 31-03-12
10	Elaboração de instruções- Trabalho dos Grupos	73 days	Sat 26-11-11	Mon 05-03-12
11	Reunião com a Eng [®] Marta, responsável pela Equipa da Qualidade do HVFX	1 day	Mon 23-01-12	Mon 23-01-12
12	Apresentação das instruções de trabalho provisórias à equipa de enfermagem	1 day	Mon 05-03-12	Mon 05-03-12
13	Apresentação à equipa de enfermagem das instruções de trabalho definitivos	1 day	Mon 09-04-12	Mon 09-04-12
14	Colocação do Dossier Pedagógico no serviço com o nome "Instruções de Trabalho - Manual da Qualidade do Serviço de Ortopedia"	1 day	Fri 08-06-12	Fri 08-06-12
15	Preparação e divulgação de auditoria	5 days?	Thu 05-07-12	Wed 11-07-12
16	Reuniões informais nas passagens de turno com a equipa de enfermagem para dar conhecimento da realização da auditoria aos utentes com PTA	4 days	Thu 05-07-12	Tue 10-07-12
17	Realização de Auditoria aos utentes com PTA	1 day	Wed 11-07-12	Wed 11-07-12
18	Realização do Relatório de Auditoria	1 day	Thu 12-07-12	Thu 12-07-12
19	Envio das instruções de trabalho à Sra En [®] Diretora para aprovação	1 day	Mon 16-07-12	Mon 16-07-12
20	Aprovação das instruções de trabalho pela Sra En [®] Diretora	1 day	Mon 30-07-12	Mon 30-07-12
21	Reunião com a equipa de enfermagem para: comunicação dos resultados da auditoria, propostas de melhoria e desafios futuros para o serviço	10 days	Wed 18-07-12	Tue 31-07-12
22	Avaliação do projeto	1 day	Tue 31-07-12	Tue 31-07-12
23	Realização de formações em serviço pela equipa de enfermeiros envolvidos no projeto			

ANEXO II

Cronograma Inicial

ANEXO III

Pedido de Autorização para Realização do Projeto

Para AN
permitem e de avançar
15/06/2011

Autor do
2011-06-15
M

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Vila Franca de Xira

Vila Franca de Xira, 8 de Junho de 2011

Assunto: Pedido de autorização para realização de um Projecto no Serviço de Ortopedia

Eu, Edite Maria da Silva Ferreira enfermeira graduada no Serviço de Ortopedia do Hospital Vila Franca de Xira, detentora do título de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, encontro-me a frequentar desde Outubro de 2010 o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Ao ingressar no último semestre do mestrado pretendo desenvolver um projecto no serviço onde trabalho que na minha opinião pode ser uma mais valia para a instituição.

No contexto da prática do serviço, pude verificar a necessidade de construção de um projecto de desenvolvimento na Área da Prestação dos Cuidados de Enfermagem Específicos ao Cliente Ortopédico. Deste modo, pretendo desenvolver um projecto na Área da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem com envolvimento de toda a equipa com elaboração de Normas de Procedimentos Específicos ao Cliente Ortopédico.

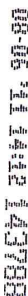
A observação prática, as conversas informais com colegas e com a Enfermeira Chefe do Serviço, vieram realçar a necessidade de intervenção nesta área. A participação responsável e esclarecida de enfermeiros nos novos processos de gestão contribuirá para o seu sucesso e reflectir-se-á necessariamente na melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem prestados ao cliente alvo principal da nossa actuação.

Desta forma, venho pedir autorização para elaboração e implementação do projecto no Serviço de Ortopedia do Hospital Vila Franca de Xira sem qualquer custo para a instituição.

Com os melhores cumprimentos,



Edite Ferreira
Enfermeira Graduada



De: Enfermeiro Director
Para: Conselho de Administração

Data: 13/06/2010

ASSUNTO: Parecer sobre pedido de autorização de elaboração de Projecto na Área da Qualidade

A qualidade e humanização na prestação de cuidados, é um imperativo que deve ser alcançado com o envolvimento efectivo dos profissionais, mormente, dos serviços assistenciais.

A elaboração de estudos e implementação de acções que visão suprir necessidades, bem como adequar e aperfeiçoar métodos de trabalho, com vista a obter melhorias ao nível da qualidade deve ser uma preocupação permanente.

Foi neste enquadramento que o Conselho de Auditoria Clínica para a Área de Enfermagem elaborou e procura desenvolver de forma contínua, o Manual de Procedimentos para a Qualidade.

Do referido manual constam Instruções específicas de cada serviço e especialidade que devem ser revistas periodicamente.

O projecto da Enfermeira Edite Ferreira “Elaboração de Normas de Procedimentos Específicos ao Cliente Ortopédico” pode contribuir para uniformizar os procedimentos e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, a estes utentes.

Assim, somos de opinião que deve ser autorizada a elaboração do referido projecto no Serviço de Ortopedia, devendo os gestores do Manual de Procedimentos para a Qualidade (Enfermeira Jesus Lino e Enfermeira Zélia Faustino) acompanharem a sua implementação em colaboração com a Enfermeira Chefe do Serviço.

O Enfermeiro Director



Luís Maruta

ANEXO IV

Apresentação do Projeto à Equipa de Enfermagem

PROJECTO INOVADOR

Normas de Procedimentos de Enfermagem ao Cliente Ortopédico - um Contributo para a Qualidade em Enfermagem



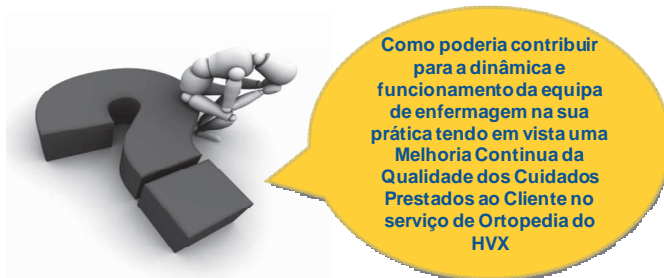
Autora:

Edite Maria da Silva Ferreira

Índice

1. REVISÃO DA LITERATURA
 - ✓ Conceitos chave
 2. DESENHO DO PROJECTO
 - ✓ Identificação do Problema
 - ✓ Finalidades e Objectivos do Projecto
 - ✓ Recursos e Meios Utilizados
 - ✓ Parceiros Envolvidos
 - ✓ Tempo/Duração do Projecto
 3. PLANO DE ACTIVIDADES
 - ✓ Funções do Gestor do Projecto
 - ✓ Cronograma de Actividades
 - ✓ Construção do Manual de Procedimentos
 4. AVALIAÇÃO DO PROJECTO
 5. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diagnóstico da Situação



Observei a necessidade de construção de um manual com linhas orientadoras para a uniformização dos cuidados

A observação prática, as conversas informais com colegas e Enf.º chefe, realçaram a necessidade de intervenção nesta área

O projecto irá definir procedimentos que garantam aos Enf.º respostas seguras, flexíveis e com iguais níveis de qualidade nas diferentes situações

Palavras-Chave

Conceitos envolvidos



DESENHO DO PROJECTO

Identificação do Problema

Um problema identificado para trabalho de projecto deve ser passível de estudo quando é um problema real reconhecido pelo grupo, fundamentalmente quando à partida se antevê que existe resolução com envolvimento de todo grupo de trabalho.

Falta de um documento interno no serviço que descreva uma sequência de actividades, responsabilidades e modos de actuação em diferentes situações no cliente ortopédico.

Necessidade de elaborar um Manual de Normas de Procedimentos de enfermagem para Clientes Ortopédicos.



Finalidades do Projecto

Resolver um problema, inovar e alterar práticas no serviço. Passando-se de uma situação actual insatisfatória para uma situação desejável e satisfatória na uniformização de procedimentos sustentados em evidência científica.



Objectivos do Projecto

Objectivo Geral

Definir procedimentos que garantam aos enfermeiros respostas seguras, flexíveis e com iguais níveis de qualidade cuidados nos tão diferentes e específicas situações

Objectivos Específicos

Estabelecer linhas orientadoras para a prestação de cuidados de enfermagem

Disciplinar processos com rigor científico

Promover procedimentos que garantam as boas práticas de enfermagem ao cliente ortopédico

Elaborar normas de procedimentos

Recursos e Meios Utilizados



Recursos financeiros:

Para além de não acarretar com qualquer custo para a instituição, penso que será uma mais valia para esta e para o serviço sem qualquer custo adicional.



Recursos Humanos:

Enfermeiros chefe e gestor do projecto. Equipa de enfermagem do serviço e director clínico.



Recursos Materiais:

Computador, Impressora, Tinteiros, Papel, Dossier, Data Show e ecrã

Recursos e Meios Utilizados (Cont.)



Recursos Físicos:

Sala de Reuniões e Sala de Registos de Enfermagem



Parceiros Envolvidos:

Equipa de Enfermagem



Beneficiários:

A instituição, serviço de ortopedia, equipa de enfermagem do serviço de ortopedia, estudantes, clientes do foro ortopédico, família/ cuidadores.



Referências Bibliográficas

- BARBIER, Jean (1993) – *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*, Porto Editora. ISBN: 972-0-34106-8
- CÂMARA, P. et al. (2007). *Novo Humaniator – recursos humanos e sucesso empresarial*, Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- CRAIG, Jean et al (2004) – *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*, Loures, Lusociência. ISBN: 972-8383-61-4
- CRUZ, Carvalho et al (1994) – *Qualidade uma Filosofia de Gestão*, Lisboa, Texto Editora. ISBN: 972-47-0318-5
- CUNHA, Emídio (2008) – *Enfermagem em Ortopedia*, Lidel-Edições Técnicas, lda, Junho. ISBN: 978-972-757-503-9
- FORTIN, Marie-Fabienne (2003) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X
- HRS (2009) – *Manual de Procedimentos para a Qualidade HRS*
- KÉROUAC, S.; et al. (1994) – *La Pensée Infirmière: conceptions et stratégies*, Quebec: Editions Études Vivantes.
- KÉROUAC, S.; et al (1996) - *El pensamiento enfermero*, Barcelona: Masson, S.A.
- KURCGANT, Paulina (1991) – *Administração em Enfermagem*. São Paulo: Editora pedagógica e universitária Ltda. ISBN: 85-12-12470-9LEITE, Elvira et al (2001) – *Trabalho de Projecto: aprender por projectos centrados em problemas*. 4ª Edição. Porto, Edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0216-4
- MEZOMO, João (2001) – *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*, 1ª Edição Brasileira, Editora Mandel. ISBN: 85-204-1263-7
- MORAIS, Georgina et al (2003) – *Auditoria Interna, Função e Processo*, 2ª edição, Lisboa, Áreas Editora. ISBN: 972-8472-54-4
- ORDEM dos ENFERMEIROS (2002) 2ª edição – *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos
- OREM, Dorothea (1993) – *Modelo de Orem: Conceptos de Enfermeria en la Práctica*, 4ª ed. Barcelona: Masson-Salvat Enfermeria. ISBN:84-458-0092-2
- ROLDÃO, Victor (2000) – *Gestão de Projectos – Uma Perspectiva Integrada*, 1ª edição, Edição Monitor. ISBN: 972-9413-40-1
- SALE, Diana (1998) – *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde*, 1ª Edição, Lisboa, Publicações Universitárias e Científicas. ISBN: 972- 97457-6-5
- TAVARES, António (1990) – *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*, Lisboa, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

ANEXO V

Grupos de Trabalho

GRUPOS DE TRABALHO

PROJECTO: Procedimentos de Enfermagem ao Utente Ortopédico – Um Contributo para a Qualidade em Enfermagem

(A primeira pessoa de cada grupo será o responsável pelo grupo de trabalho!! Cada grupo escolhe pelo menos uma **Instrução de Trabalho** a realizar e escreve o nome da instrução a frente do grupo de trabalho.)

- | | |
|------------------|----------------|
| ✓ Carina | Inês |
| ✓ São José | Patrícia Peres |
| ✓ Susete | |
| ✓ Silvia | |
| ✓ Rita | Mafalda |
| ✓ Laura | Nelson |
| ✓ Patrícia Pedro | |
| ✓ Raquel | |
| ✓ Liliana | |
| ✓ José | |
| ✓ Marco | |
| ✓ Maria João | |
| ✓ João | |
| ✓ Miguel | |
| ✓ Edite | |

ANEXO VI

Instruções de Trabalho

Título
Cuidados de Enfermagem ao Utente
Submetido a Artrodese



1. OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente submetido a artrodese.

2. ÂMBITO

Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia.

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

DEFINIÇÕES:

É um procedimento cirúrgico que fixa as vertebrae da coluna após fratura. Consiste em submeter duas ou mais vertebrae a uma restrição do movimento da articulação utilizando algum método de fixação, com parafusos de titânio ou espaçadores.

ABREVIATURAS:

ECG – Eletrocardiograma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CONCEIÇÃO, V. et al (2009) – *Enfermagem em Ortopedia*, Coimbra, Formasau. ISBN: 978-989-8269-01-0
- CUNHA, Emídio (2008) – *Enfermagem em Ortopedia*, Lidel- Edições Técnicas, lda, Junho. ISBN: 978-972-757-503-9

4. DESCRIÇÃO

4.1. Período Pré-Operatório:

- 4.1.1. Realizar o acolhimento no serviço com entrega do guia de acolhimento do serviço;

- 4.1.2. Identificar o utente com pulseira;
- 4.1.3. Colocar na folha de consentimento cirúrgico o nome e grau de parentesco do cuidador, com o número de telemóvel;
- 4.1.4. Explicar procedimentos pré-operatórios;
- 4.1.5. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.1.6. Realizar tricotomia da área a ser intervencionada;
- 4.1.7. Colher sangue para tipagem;
- 4.1.8. Informar e garantir o jejum de 6 a 8 horas;
- 4.1.9. Confirmar a existência de exames complementares de diagnóstico (ECG, Raios-X, e análises) e consentimento informado e consulta de anestesia;
- 4.1.10. Efetuar ensino de exercícios respiratórios e musculo-articulares, como:
 - A dissociação dos dois tempos respiratórios
 - O controlo dos movimentos respiratórios, ritmo e amplitude
 - A tosse dirigida e/ou assistida
 - A tonificação dos músculos dos membros inferiores (exercícios isométricos e isotónicos).
- 4.1.11. Disponibilizar para o esclarecimento de dúvidas.

4.2. Dia da cirurgia:

- 4.2.1. Supervisionar banho no chuveiro com desinfetante próprio;
- 4.2.2. Fornecer bata hospitalar;
- 4.2.3. Assegurar que o utente retira adornos (próteses, joalharia, etc);
- 4.2.4. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.2.5. Puncionar veia periférica;
- 4.2.6. Verificar o processo clínico, que deve acompanhar o utente no seu transporte até ao Bloco Operatório.

4.3. Período Pós-Operatório:

- 4.3.1. Durante as primeiras 24 horas pós-cirurgia, realizar ensino e treino de mobilizações ativas no leito:
 - 4.3.1.1. Decúbito Dorsal: Manter os Membros Inferiores ligeiramente fletidos.
 - 4.3.1.2. Decúbito lateral direito: Manter o membro inferior direito em extensão, fletir o membro inferior esquerdo e com os membros superiores cruzados sobre o tórax rolar sobre o leito.
 - 4.3.1.3. Decúbito lateral esquerdo: Manter o membro inferior esquerdo em extensão, fletir o membro inferior direito e com os membros superiores cruzados sobre o tórax rolar sobre o leito.
- 4.3.2. Após as primeiras 24 horas realizar ensino e treino de mobilização fora do leito:

- 4.3.2.1. Levante: Em decúbito lateral para o lado onde vai fazer o levante, colocar o membro inferior do mesmo lado para fora do leito e com o apoio do cotovelo, sentar-se.
- 4.3.2.2. Deambular: Consoante a tolerância.
- 4.3.2.3. Sentar: Fazer carga nos membros inferiores.
- 4.3.2.4. Apanhar objetos do chão: Fletir os membros inferiores.

4.3.3. Cuidados à ferida cirúrgica:

- 4.3.3.1. Manter aspiração constante através do sistema de drenagem (primeiras 48H após cirurgia);
- 4.3.3.2. Monitorizar e avaliar a saída de líquido (por turnos);
- 4.3.3.3. Retirar drenos e executar tratamento à ferida cirúrgica nas às 48 horas com técnica asséptica;
- 4.3.3.4. Após o primeiro tratamento, realizar penso de 4/ 4 dias e sempre que necessário;
- 4.3.3.5. A partir da inexistência de exsudado a ferida pode ser exposta ao ar (penso oclusivo facultativo);
- 4.3.3.6. Remover agrafos alternadamente nos 15º e 17º dias após a intervenção.

Reeducação funcional motora:

- 4.3.4. Realizar ensino e treino de exercícios isométricos: Glúteos, quadríceps, isquiotibiais.

4.4. Reeducação funcional respiratória:

- 4.4.1. Realizar ensino e treino de Consciencialização da respiração, dissociação dos tempos respiratórios e tosse assistida.

4.5. Orientação para a alta:

- 4.6.1. Sensibilizar o utente para recorrer ao Serviço de Urgência se o penso repassar, se a pele em volta da cicatriz estiver muito quente ou se tiver temperatura superior a 38º;
- 4.6.2. Entregar a Carta de Alta de Enfermagem, assim como a marcação de consulta e exames e informar o utente da frequência da realização de pensos, assim como sobre indicações/ contra-indicações médicas que se encontrem contempladas na Nota de Alta;
- 4.6.3. Sensibilizar o utente para não faltar às consultas e aos exames marcados no momento da alta;
- 4.6.4. Reforçar ensinamentos realizados durante o internamento;
- 4.6.5. Sensibilizar o utente para tomar os medicamentos a horas certas e manter a sua medicação habitual de domicílio.

ELABORADO POR:

APROVADO POR:

Carina Silva
Edite Ferreira
Silvia Majano
Susete Vieira

Enfermeira Diretora

Título

**Cuidados de Enfermagem ao Utente
com Colar Cervical**



1. OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente com colar cervical.

2. ÂMBITO

Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIA

DEFINIÇÕES:

Um colar cervical é um equipamento médico usado para imobilizar a espinal medula e suportar a cabeça utente. Os traumatismos da coluna dorso lombares podem afetar o corpo da vértebra, a lâmina e /ou as apófises articulares, espinhosas e transversas. Poucas fraturas destas vértebras estão associadas com défices neurológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CUNHA, Emídio (2008) – *Enfermagem em Ortopedia*, Lidel- Edições Técnicas, lda, Junho. ISBN: 978-972-757-503-9

4. DESCRIÇÃO

4.1. Posicionamento:

Colocar a pessoa em decúbito dorsal e garantir o alinhamento total ântero-posterior e lateral da coluna cervical mediante um segundo elemento que apoia os polegares na mandíbula e os outros dedos ao longo do crânio a partir do occipital, durante todo o processo:

4.1.1.Retirar o colar cervical.

4.1.2.Realizar a limpeza do colar cervical com álcool a 70°.

4.1.3.Realizar a higiene da região cervical mantendo a pele limpa e seca.

4.1.4.Verificar a integridade cutânea / zonas de pressão.

4.1.5.Recolocar o colar cervical pressionando levemente as porções laterais garantindo o ajuste adequado.

4.1.6.Posicionar a tira de velcro para fixar o colar cervical

ELABORADO POR:

APROVADO POR:

Carina Silva
Edite Ferreira
Silvia Majano
Susete Vieira

Enfermeira Diretora

Título

Cuidados de Enfermagem ao Utente
com Tração Esquelética



1. OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente com tração esquelética.

2. ÂMBITO

Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia.

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

DEFINIÇÕES:

É uma tração que se aplica diretamente no osso. É colocada sobre anestesia local ou geral, utilizando material diverso e diferenciado para cada caso, podendo passar pelo compasso de *Crutchfield* (craniano) e pelos fios de *Kirschener* ou cavilha de *Steinmann*, sendo inserido através do osso distal da fratura. O local de inserção varia com o tipo de fratura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CONCEIÇÃO, V.et al (2009) – *Enfermagem em Ortotraumatologia*, Coimbra, Formasau. ISBN: 978-989-8269-01-0
- CUNHA, Emídio (2008) – *Enfermagem em Ortopedia*, Lidel- Edições Técnicas, Ida, Junho. ISBN: 978-972-757-503-9

4. DESCRIÇÃO

4.1. Antes de colocar a tração esquelética:

- 4.1.1. Explicar o procedimento de forma a reduzir a ansiedade do utente;
- 4.1.2. Colocar o utente em decúbito dorsal;
- 4.1.3. Colocar tração esquelética (técnica médica). Consiste na introdução direta de um fio metálico no osso (distal à fratura). É aplicada com assépsia cirúrgica.

4.2. Depois de colocada a tração esquelética:

- 4.2.1. Colocar o fio no estribo;
- 4.2.2. Fazer passar o fio pelas roldanas da Tala de Buck;
- 4.2.3. Aplicar na extremidade do fio o peso prescrito (prescrição médica);
- 4.2.4. Respeitar o alinhamento do membro, tracionando o membro de acordo com o eixo longitudinal;
- 4.2.5. Posicionar o membro em tala de *brown*/ plano de *brown*;
- 4.2.6. Desinfetar diariamente o local de inserção do fio na pele com álcool a 70º ou SF, para evitar o aparecimento de inflamação e/ou infeções, que podem culminar num processo de osteíte ou osteomielite;
- 4.2.7. Despistar sinais inflamatórios nos locais de inserção do fio do estribo;
- 4.2.8. Despistar sinais de compromisso neuro circulatório;
- 4.2.9. Vigiar atentamente zonas de pressão e proeminências ósseas;
- 4.2.10. Colocar rolo/almofada no calcâneo para evitar o contacto com o leito;
- 4.2.11. Vigiar a queda ou pressão dos estribos sobre as proeminências ósseas, que anulam o efeito da tração e podem provocar graves lesões ou necrose da região pressionada;
- 4.2.12. Encorajar o utente a movimentar-se para aliviar a pressão na pele;
- 4.2.13. Ter atenção à inclinação lateral desajustada ou incorreta do estribo pode fazer com que o fio metálico (*Kirschner* ou *Steinmann*) se desloque do seu eixo de inserção, originando um alargamento exagerado ou superior ao necessário do orifício no osso e no tecido muscular, aumentando assim consideravelmente os riscos de infeção.

4.3. Reeducação Funcional Motora:

- 4.3.1. Realizar ensino e treino de exercícios isométricos: Glúteos, quadricípites, isquiotibiais.
- 4.3.2. Incentivar a execução de exercícios motores nas articulações e músculos livres de forma a manter a força muscular e a circulação de retorno;

4.4. Reeducação Funcional Respiratória:

- 4.4.1. Realizar ensino e treino de Consciencialização da respiração, dissociação dos tempos respiratórios e tosse assistida.

4.4.2. Incentivar o utente a fazer inspirações/ expirações profundas e a expetorar com frequência.

ELABORADO POR:

APROVADO POR:

Edite Ferreira

Enfermeira Diretora

Maria João Oliveira

Maria São José Rocha

Título
Cuidados de Enfermagem ao Utente
Submetido a Cifoplastia



1. OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente submetido a cifoplastia.

2. ÂMBITO

Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia.

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIA

DEFINIÇÕES:

Este tipo de cirurgia ocorre por norma após traumatismos na coluna cervical. É um procedimento realizado através de duas incisões pequenas e uma sonda que é posicionada no espaço vertebral onde está a fratura. O osso é perfurado e um balão é inserido em cada lado, esses balões são insuflados com líquido de contraste até que se expandam e atinjam a altura desejada, sendo posteriormente removidos. Os espaços criados pelos balões são preenchidos com cimento ortopédico, estabilizando a fratura.

ABREVIATURAS:

ECG – Eletrocardiograma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CONCEIÇÃO, V.et al (2009) – *Enfermagem em Ortotraumatologia*, Coimbra, Formasau. ISBN: 978-989-8269-01-0

- CUNHA, Emídio (2008) – *Enfermagem em Ortopedia*, Lidel- Edições Técnicas, lda, Junho. ISBN: 978-972-757-503-9

4. DESCRIÇÃO

4.1. Período Pré-Operatório:

- 4.1.1. Realizar o acolhimento do utente no serviço, vindo da urgência;
- 4.1.2. Identificar o utente com pulseira;
- 4.1.3. Explicar ao utente, de forma geral, a patologia em causa;
- 4.1.4. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.1.5. Avaliar frequentemente a função motora e sensitiva;
- 4.1.6. Garantir que o utente permaneça em repouso absoluto no leito (sem levantar a cabeceira da cama);
- 4.1.7. Promover e realizar uma higiene cuidada e hidratação da pele;
- 4.1.8. Administrar terapêutica analgésica;
- 4.1.9. Providenciar e incentivar o utente a ter uma dieta adequada e equilibrada, rica em fibras, proteínas e vitaminas, evitando os alimentos calóricos;
- 4.1.10. Ensinar e incentivar a realização de exercícios de exercícios isométricos: Glúteos, quadríceps, isquiotibiais de flexão plantar da tibiotársica dos membros inferiores, dentro dos limites que a imobilidade terapêutica exige, de todos os segmentos articulares livres.
- 4.1.11. Ensinar, instruir e treinar exercícios respiratórios como:
 - A dissociação dos dois tempos respiratórios
 - O controlo dos movimentos respiratórios, ritmo e amplitude
 - A tosse dirigida e/ou assistida
 - A tonificação dos músculos respiratórios;
- 4.1.12. Colocar na folha de consentimento cirúrgico o nome e parentesco do cuidador, com o número de telemóvel;
- 4.1.13. Explicar procedimentos pré-operatórios;
- 4.1.14. Disponibilizar para o esclarecimento de dúvidas;

4.2. Dia da cirurgia:

- 4.2.1. Informar e garantir o jejum (mínimo 6h);
- 4.2.2. Dar banho na cama com desinfetante próprio;
- 4.2.3. Mudar a roupa da cama;
- 4.2.4. Vestir bata hospitalar;
- 4.2.5. Realizar tricotomia da área a ser intervencionada (se necessário);

- 4.2.6. Confirmar a existência de exames complementares de diagnóstico (ECG, Raios-X, e análises), consentimento informado e consulta de anestesia;
- 4.2.7. Retirar adornos (próteses, joalheria, etc);
- 4.2.8. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.2.9. Verificar o processo clínico, que deve acompanhar o utente no seu transporte até ao Bloco Operatório.

4.3. Período pós-operatório:

Realizar ensino e treino de mobilização no leito:

- 4.3.1. Sem restrição de qualquer tipo de decúbito;
- 4.3.2. Avaliar frequentemente a função motora e sensitiva;
- 4.3.3. Levante assim que o utente tolerar;
- 4.3.4. Deambular consoante a tolerância;
- 4.3.5. Apanhar objetos do chão: fletir os membros inferiores.

4.4. Reeducação funcional motora:

- 4.4.1. Realizar ensino e treino de exercícios isométricos: Glúteos, quadricípites, isquiotibiais.

4.5. Reeducação funcional respiratória:

- 4.5.1. Realizar ensino e treino de Consciencialização da respiração, dissociação dos tempos respiratórios e tosse assistida.

4.6. Orientação para a alta:

- 4.6.1. Sensibilizar o utente para recorrer ao Serviço de Urgência se o penso repassar, se a pele em volta da cicatriz estiver muito quente ou se tiver temperatura superior a 38°;
- 4.6.2. Entregar a Carta de Alta de Enfermagem, assim como a marcação de consulta e exames e informar o utente da frequência da realização de pensos, assim como sobre indicações/ contraindicações médicas que se encontrem contempladas na Nota de Alta;
- 4.6.3. Sensibilizar o utente para não faltar às consultas e aos exames marcados no momento da alta;
- 4.6.4. Reforçar ensinamentos realizados durante o internamento;
- 4.6.5. Sensibilizar o utente para tomar os medicamentos a horas certas e manter a sua medicação habitual de domicílio.

ELABORADO POR:

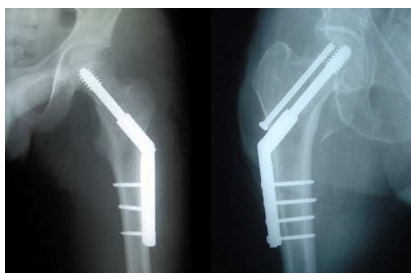
APROVADO POR:

Carina Silva
Edite Ferreira
Silvia Majano
Susete Vieira

Enfermeira Diretora

Título

**Cuidados de Enfermagem ao Utente
Submetido a DHS, após Fratura
Transtrocantérica do Fémur**



1. OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente submetido a DHS.

2. ÂMBITO

Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIA

DEFINIÇÕES:

As fraturas transtrocantéricas são extracapsulares e ocorrem entre o grande e o pequeno trocânter do fémur. Perfazem um quarto das fraturas da anca e incidem mais comumente no idoso.

O tratamento da fratura transtrocantérica é cirúrgico, não havendo mais indicação de tratamento incruento, excetuando-se os clientes com absoluta incapacidade de suportar a cirurgia, e eventualmente, os clientes com fraturas incompletas, sem desvio, nas quais pode ser utilizado a tracção esquelética.

As fraturas transtrocantéricas estão relacionadas a índices elevados de morbilidade e mortalidade. Após um ano da ocorrência da fratura, 20% dos pacientes não se reintegraram à sua vida familiar e social prévia. A mortalidade varia de 6% a 11% no primeiro mês, 14% a 36% no primeiro ano, sendo 15% maior do que a de indivíduos da mesma faixa etária que não sofreram a fratura.

Actualmente o tratamento cirúrgico mais adequado é a osteossíntese extra-medular com parafuso cervico-cefálico deslizante – **Dynamic Hip Screw (DHS)**

ABREVIATURAS

DHS - Dynamic Hip Screw

ECG – Eletrocardiograma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA COLEGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA; (2009) - Fratura transtrocanteriana. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo. Vol. 55, n.º 6, p. 637-640. ISSN 0104-4230.
- TINOCO, A.; [et al] (2009) – **Enfermagem em Ortotraumatologia**. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-01-0.

4. DESCRIÇÃO

4.1. Período Pré-Operatório:

- 4.1.1. Realizar o acolhimento do utente no serviço, vindo da urgência;
- 4.1.2. Identificar o utente com pulseira;
- 4.1.3. Explicar ao utente, de forma geral, a patologia em causa;
- 4.1.4. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.1.5. Colocar uma tração cutânea ao membro fraturado onde é aplicado uma força de mais ou menos 3 Kg (prescrição médica);
- 4.1.6. Vigiar tração cutânea no que respeita à sua eficácia, integridade, monitorizando o estado da pele;
- 4.1.7. Vigiar sinais de compromisso neuro-circulatório das extremidades;
- 4.1.8. Garantir que o utente permanece no leito;
- 4.1.9. Promover e realizar uma higiene cuidada e hidratação da pele;
- 4.1.10. Incentivar e efetuar a alternância de decúbitos possíveis e tolerados, bem como a adoção de posicionamentos articulares corretos;
- 4.1.11. Administrar terapêutica analgésica e/ou aplicar gelo;
- 4.1.12. Providenciar e incentivar o utente a ter uma dieta adequada e equilibrada, rica em fibras, proteínas e vitaminas, evitando os alimentos calóricos;
- 4.1.13. Incentivar a ingestão de líquidos em abundância;
- 4.1.14. Garantir a manutenção do padrão de eliminação vesical e intestinal do utente;
- 4.1.15. Ensinar e incentivar a realização de exercícios ativos de flexão plantar da tibiotársica do membro lesado, exercícios isométricos e isotónicos dos quadricípites e glúteos e a

mobilização ativa, dentro dos limites que a imobilidade terapêutica exige, de todos os segmentos articulares livres.

4.1.16. Ensinar, instruir e treinar exercícios respiratórios como:

- A dissociação dos dois tempos respiratórios
- O controlo dos movimentos respiratórios, ritmo e amplitude
- A tosse dirigida e/ou assistida
- A tonificação dos músculos respiratórios;

4.1.17. Colocar na folha de consentimento cirúrgico o nome e grau de parentesco do cuidador, com o número de telemóvel;

4.1.18. Explicar procedimentos pré-operatórios;

4.1.19. Disponibilizar para o esclarecimento de dúvidas;

4.2. Dia da cirurgia:

4.2.1. Informar e garantir o jejum (mínimo 6h);

4.2.2. Dar banho na cama com desinfetante próprio;

4.2.3. Mudar a roupa da cama;

4.2.4. Vestir bata hospitalar;

4.2.5. Realizar tricotomia da área a ser intervencionada;

4.2.6. Confirmar a existência de exames complementares de diagnóstico (ECG, Raios-X, e análises) e consentimento informado e consulta de anestesia.

4.2.7. Retirar adornos (próteses, joalheria, etc)

4.2.8. Avaliar e registar sinais vitais;

4.2.9. Verificar o processo clínico, que deve acompanhar o utente no seu transporte até ao Bloco Operatório.

4.3. Período Pós-Operatório:

4.3.1. Primeiro dia após cirurgia:

4.3.1.1. Encorajar a manter o membro intervencionado em posição neutra, mantendo o alinhamento anatómico, com ligeira flexão do joelho, aproximadamente 20º e colocar um dispositivo de alívio de pressão no calcâneo;

4.3.1.2. Incentivar e efetuar a alternância de decúbitos possíveis e tolerados, não efetuando o decúbito homolateral à cirurgia, que está contra-indicado e ao realizar o decúbito contralateral colocar uma almofada entre os membros inferiores da coxa ao joelho (cuidados mantidos ao longo do pós-operatório);

4.3.1.3. Incentivar a continuar a realizar os exercícios isométricos e isotónicos iniciados no pré-operatório, bem como os exercícios respiratórios (ao longo do pós-operatório);

4.3.1.4. Manter dieta delineada no pré-operatório (ao longo do pós-operatório);

- 4.3.1.5. Administrar terapêutica analgésica, anti-infecciosa, anti-inflamatória, anti-ulcerosa e anti-emética e/ou aplicar frio (ao longo do pós-operatório);
- 4.3.1.6. Avaliar e registar sinais vitais (ao longo do pós-operatório);

4.3.2. Segundo dia após a cirurgia:

- 4.3.2.1. Remover dreno (Redyvac);
- 4.3.2.2. Iniciar o primeiro levante recorrendo a um dispositivo de ajuda para alívio do excesso de carga parcial do membro intervencionado;
- 4.3.2.3. Explicar a importância do enfaixamento dos membros inferiores com recurso às meias anti-embólicas;

4.3.3. Terceiro dia após cirurgia:

- 4.3.3.1. Tendo em conta o grau de mobilidade que o utente apresentava anteriormente, o seu potencial de reabilitação, a estabilização alcançada, as patologias existentes e as suas reservas fisiológicas, deve iniciar treino de marcha com canadianas ou andarilho em piso regular, exercendo carga parcial no membro operado;

4.3.4. Quarto dia após cirurgia:

- 4.3.4.1. Se possível, iniciar o treino de marcha com o auxílio de andarilho ou canadianas em piso irregular (subir escadas), sempre com carga parcial no membro operado;

4.3.5. Cuidados à ferida cirúrgica:

- 4.3.5.1. Não molhar o penso operatório. Tapar com saco de plástico;
- 4.3.5.2. Manter aspiração constante através do sistema de drenagem (primeiras 48H após cirurgia);
- 4.3.5.3. Vigiar se o penso está limpo e íntegro (por turnos);
- 4.3.5.4. Monitorizar e avaliar a saída de líquido (por turnos);
- 4.3.5.5. Retirar drenos e executar tratamento à ferida cirúrgica 2 dias após a cirurgia, com técnica asséptica;
- 4.3.5.6. Após o primeiro tratamento, realizar penso de 4/4 dias e sempre que necessário;
- 4.3.5.7. A partir da inexistência de exsudado a ferida cirúrgica pode ser exposta ao ar (penso oclusivo facultativo)
- 4.3.5.8. Remover agrafos alternadamente nos 15º e 17º dias após a intervenção.

4.4. Orientação para a alta:

- 4.4.1. Deve recorrer ao Serviço de Urgência se o penso repassar, se a pele em volta da cicatriz estiver muito quente ou se tiver temperatura superior a 38°;
- 4.4.2. Não deve faltar às consultas e aos exames marcados no momento da alta;
- 4.4.3. Incentivar o utente a respeitar as restrições de excesso de carga e a utilizar um auxiliar de marcha durante cerca de 4 semanas (canadianas/andarilho);
- 4.4.4. Após as 4 semanas pode exercer carga no membro operado e deambular com o auxílio de uma canadiana;
- 4.4.5. Cerca de 2 meses após a cirurgia, se sentir segurança e se tolerar, pode deambular sem nenhum auxiliar de marcha;
- 4.4.6. Encorajar e explicar a importância da manutenção de exercícios de flexão ativa e com o membro em extensão;
- 4.4.7. Reforçar a importância de manter o enfaixamento dos membros inferiores no domicílio e cumprir a toma da terapêutica que lhe é prescrita.

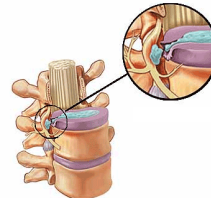
ELABORADO POR:

APROVADO POR:

Edite Ferreira
Mafalda da Silva
Nelson Lino

Enfermeira Diretora

Título
Cuidados de Enfermagem ao Utente
Submetido a Discetomia



1. OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente submetido a discetomia.

2. ÂMBITO

Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia.

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIA

DEFINIÇÕES:

A discetomia é uma cirurgia da coluna vertebral e consiste na remoção do disco intervertebral ou parte dele. É indicada nos casos em que existe uma hérnia de disco e que esta hérnia está comprimindo alguma estrutura neurológica, como a medula ou as raízes nervosas. Esse procedimento pode ser realizado na região cervical, torácica e lombar.

ABREVIATURAS:

ECG – Eletrocardiograma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CONCEIÇÃO, V. et al (2009) – *Enfermagem em Ortotraumatologia*, Coimbra, Formasau. ISBN: 978-989-8269-01-0
- CUNHA, Emídio (2008) – *Enfermagem em Ortopedia*, Lidel- Edições Técnicas, Ida, Junho. ISBN: 978-972-757-503-9

4. DESCRIÇÃO

4.1. Período Pré-Operatório:

- 4.1.1. Realizar o acolhimento no serviço;
- 4.1.2. Identificação do utente com pulseira;
- 4.1.3. Colocar na folha de consentimento cirúrgico o nome e parentesco do cuidador, com o número de telemóvel;
- 4.1.4. Explicar procedimentos pré-operatórios;
- 4.1.5. Disponibilizar para o esclarecimento de dúvidas;
- 4.1.6. Realizar tricotomia da área a ser intervencionada;
- 4.1.7. Informar e garantir o jejum (mínimo de 6h);
- 4.1.8. Confirmar a existência de exames complementares de diagnóstico (ECG, Raios-X, e análises), consentimento informado e consulta de anestesia;
- 4.1.9. Ensino de exercícios respiratórios;
- 4.1.10. Fazer ensino relativamente á mobilidade no leito, e incentivo à tosse e à respiração profunda para facilitar a libertação das secreções.

4.2. Dia da cirurgia:

- 4.2.1. Ensino de exercícios respiratórios;
- 4.2.2. Supervisionar banho no chuveiro com desinfetante próprio;
- 4.2.3. Fornecer bata hospitalar;
- 4.2.4. Retirar adornos (próteses, joalharia, etc);
- 4.2.5. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.2.6. Verificar o processo clínico, que deve acompanhar o cliente no seu transporte até ao Bloco Operatório.

4.3. Período Pós-Operatório:

- 4.3.1. Durante as primeiras 24 horas pós-cirurgia. Avaliar frequentemente a função motora e sensitiva. Realizar ensino e treino de mobilizações ativas no leito:
 - 4.3.1.1. Decúbito Dorsal: Manter os membros inferiores ligeiramente fletidos.
 - 4.3.1.2. Decúbito lateral direito: Manter o membro inferior direito em extensão, fletir o membro inferior esquerdo e com os membros superiores cruzados sobre o tórax rolar sobre o leito.
 - 4.3.1.3. Decúbito lateral esquerdo: Manter o membro inferior esquerdo em extensão, fletir o membro inferior direito e com os membros superiores cruzados sobre o tórax rolar sobre o leito.
- 4.3.2. Após as primeiras 24 horas realizar ensino e treino de mobilizações fora do leito:
 - 4.3.2.1. Levante: Em decúbito ventral, colocar os membros inferiores para o lado onde vai realizar o levante e com o apoio dos cotovelos no leito, descer não fazendo a flexão da coluna.
 - 4.3.2.2. Deambular: Consoante a tolerância.

4.3.2.3. Não sentar (só por períodos curtos e em bancos altos).

4.3.2.4. Apanhar objetos do chão: Fletir os membros inferiores sem flexão da coluna.

4.3.3. Cuidados à ferida cirúrgica:

4.3.3.1. Manter aspiração constante através do sistema de drenagem (primeiras 48H após cirurgia);

4.3.3.2. Monitorizar e avaliar a saída de líquido (por turnos);

4.3.3.3. Retirar drenos e executar tratamento à ferida cirúrgica nas às 48 horas com técnica asséptica;

4.3.3.4. Após o primeiro tratamento, realizar penso de 4/4 dias e sempre que necessário;

4.3.3.5. A partir da inexistência de exsudado a ferida pode ser exposta ao ar (penso oclusivo facultativo).

4.3.3.6. Remover agrafos alternadamente nos 15º e 17º dias após a intervenção.

4.4. Reeducação Funcional Motora:

4.4.1. Realizar ensino e treino de exercícios isométricos: Glúteos, quadricípites, isquiotibiais.

4.5. Reeducação Funcional Respiratória:

4.5.1. Realizar ensino e treino de Consciencialização da respiração, dissociação dos tempos respiratórios e tosse assistida.

4.6. Orientação para a alta:

4.6.1. Sensibilizar o utente para recorrer ao Serviço de Urgência se o penso repassar, se a pele em volta da cicatriz estiver muito quente ou se tiver temperatura superior a 38º;

4.6.2. Entregar a Carta de Alta de Enfermagem, assim como a marcação de consulta e exames e informar o cliente da frequência da realização de pensos, assim como sobre indicações/ contraindicações médicas que se encontrem contempladas na Nota de Alta;

4.6.3. Sensibilizar o utente para não faltar às consultas e aos exames marcados no momento da alta;

4.6.4. Reforçar ensinamentos realizados durante o internamento;

4.6.5. Sensibilizar o utente para tomar os medicamentos a horas certas e manter a sua medicação habitual de domicílio.

ELABORADO POR:

APROVADO POR:

Carina Silva
Edite Ferreira
Silvia Majano
Susete Vieira

Enfermeira Diretora

Título
Cuidados de Enfermagem ao Utente
Submetido à Colocação de Fixador
Externo



1. OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente submetido à colocação de fixador externo.

2. ÂMBITO

Serviço de Ortopedia Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia.

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIA

DEFINIÇÕES:

Os fixadores externos são aparelhos que permitem manter a estabilidade da estrutura óssea, por meio de fios e pinos rosquemos, que são colocados de forma percutânea, atravessando as partes moles até o osso, e são conectados a parras rígidas externas.

ABREVIATURAS:

ECG – Eletrocardiograma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CUNHA, Emídio (2008) – *Enfermagem em Ortopedia*, Lidel- Edições Técnicas, lda, Junho. ISBN: 978-972-757-503-9

4. DESCRIÇÃO

4.1. Antes de colocar o fixador externo:

- 4.1.1. Explicar o procedimento de forma a reduzir a ansiedade do utente;
- 4.1.2. Explicar ao utente que apesar de o aparelho parecer desajeitado e muito estranho o desconforto por este provocado é mínimo;
- 4.1.3. Efetuar ensino de exercícios respiratórios e musculo-articulares, como:
 - A dissociação dos dois tempos respiratórios
 - O controlo dos movimentos respiratórios, ritmo e amplitude
 - A tosse dirigida e/ou assistida
 - A tonificação dos músculos dos membros inferiores (exercícios isométricos e isotónicos).
- 4.1.4. Disponibilizar para o esclarecimento de dúvidas.

4.2. Preparação pré-operatória:

- 4.2.1. Garantir o jejum de 6 horas.
- 4.2.2. Assegurar que o cliente se encontra identificado com pulseira;
- 4.2.3. Confirmar a existência de exames complementares de diagnóstico (ECG, Raios-X, e análises), consentimento informado e consulta de anestesia;
- 4.2.4. Colocar na folha de consentimento cirúrgico o nome e grau de parentesco do cuidador, com o número de telemóvel;
- 4.2.5. Explicar procedimentos pré-operatórios;
- 4.2.6. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.2.7. Realizar tricotomia da área a ser intervencionada;
- 4.2.8. Dar banho com desinfetante próprio;
- 4.2.9. Mudar a roupa da cama;
- 4.2.10. Vestir bata hospitalar;
- 4.2.11. Assegurar que o utente retira adornos (próteses, joalharia, etc);
- 4.2.12. Verificar o processo clínico, que deve acompanhar o utente no seu transporte até ao Bloco Operatório.

4.3. Depois de colocado o fixador externo:

- 4.3.1. Elevar a extremidade do membro onde foi colocado o fixador externo para evitar o aparecimento de edema;
- 4.3.2. Avaliar e registar o estado neuro circulatório da extremidade de 4/4h nas 1ª 12 horas e depois 1 vez turno;

- 4.3.3. Verificar a área fraturada e os locais de inserção dos pinos após 48 horas da sua colocação;
- 4.3.4. Despiste de sinais de hemorragia local com observação e registos dos pensos por turno;
- 4.3.5. Realizar o penso de 3 em 3 dias no turno da manhã para vigiar possíveis sinais de infeção;
- 4.3.6. Avaliar e registar o local de inserção no que diz respeito a rubor, dor, exsudado e afrouxamento do pino aquando a realização do penso;
- 4.3.7. Desinfeção dos pinos é feita com álcool a 70º e/ou com soro fisiológico. Colocação de compressa seca a envolver os pinos se existir exsudado;
- 4.3.8. Elevar a extremidade do membro para evitar o edema;
- 4.3.9. Posicionar o membro;
- 4.3.10. Comunicar ao médico se existir alguma alteração.

ELABORADO POR:

APROVADO POR:

Edite Ferreira
Miguel Serra

Enfermeira Diretora

**Cuidados de Enfermagem ao Utente
Submetido a Hallux Valgus**



OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente com *Hallux Valgus*.

1. ÂMBITO

Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia

2. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

DEFINIÇÕES:

Hallux valgus é o termo médico de “joanetes”. *Hallux* em Latim significa o 1º dedo do pé, e *Valgus* a posição que este assume em relação ao eixo longitudinal do corpo, isto é, em valgo (afastando-se do eixo do corpo, da sua linha medial), logo, o joanete é uma deformidade que desvia o dedo do eixo normal do corpo. *Hallux valgus* é a patologia mais comum que ocorre nos pés dos adultos. A população adulta em geral possui algum grau de deformidade, sendo mais frequente nas mulheres que utilizam calçados de salto alto e bico fino, exercendo assim um fator extrínseco importante.

ABREVIATURAS:

ECG – Eletrocardiograma

RX – Raios X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BLACK, Joice. M., JACOBS, Esther. M. – Luckmann & Sorensen: Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma abordagem Psicofisiológica; Quarta edição, Volume 1, Guanabara-Koogan
- COUGHLIM, MICHAEL. J., MANN, ROGER. A. – *Surgery of the Foot and Ankle*. Volume one. Seventh Edition, Mosby, 1999. ISBN: 0-323-00327-3

- STEPHENS, Michael, C.; CRACCHIOLO, Andrea.; - *An Atlas of Foot and Ankle Surgery*. Second Edition, Edited by Nikolaus Wülker, Taylor&Francis Group; London and New York, 2005. ISBN: 1-84184-195-1

3. DESCRIÇÃO

3.1. Período Pré-Operatório:

- 3.1.1. Realizar o acolhimento no serviço com entrega do guia de acolhimento do serviço;
- 3.1.2. Identificar o utente com pulseira;
- 3.1.3. Confirmar a existência de exames complementares de diagnóstico (ECG, RX, e análises), consentimento informado e consulta de anestesia;
- 3.1.4. Colocar na folha de consentimento cirúrgico o nome e grau de parentesco do cuidador, com o número de telemóvel;
- 3.1.5. Explicar procedimentos pré-operatórios;
- 3.1.6. Informar que o tempo de internamento pode ir até três dias e o pós-operatório geralmente é pouco doloroso;
- 3.1.7. Informar e garantir o jejum de 6 a 8 horas;
- 3.1.8. Avaliar e registar sinais vitais;
- 3.1.9. Realizar tricotomia da área a ser intervencionada;
- 3.1.10. Verificar a integridade cutânea do(s) pé(s) e se as unhas estão cortadas e sem verniz;
- 3.1.11. Supervisionar banho no chuveiro com desinfetante próprio;
- 3.1.12. Fornecer bata hospitalar;
- 3.1.13. Assegurar que o utente retira adornos (próteses, joalheria, etc);
- 3.1.14. Puncionar veia periférica no membro superior oposto ao lado da cirurgia;
- 3.1.15. Disponibilizar para o esclarecimento de dúvidas;
- 3.1.16. Verificar o processo clínico, que deve acompanhar o cliente no seu transporte até ao Bloco Operatório.

3.2. Período Pós-Operatório:

- 4.2.1. O utente deverá manter o(s) pé(s) operado(s) elevado(s), por forma a diminuir o edema e a dor ;
- 4.2.2. Administrar terapêutica analgésica, anti-infecciosa, anti-inflamatória, anti-ulcerosa e anti-emética e/ou aplicar frio (ao longo do pós-operatório);
- 4.2.3. Avaliar e registar sinais vitais (ao longo do pós-operatório);
- 4.2.4. Iniciar o primeiro levante recorrendo a um dispositivo de ajuda para alívio do excesso de carga parcial do membro intervencionado - a sandália tipo Barouk que lhe foi prescrita; caso o utente não possua calçado apropriado,



ensinar que pode apoiar-se sobre o calcanhar, com cuidado, uma vez que, ao adotar essa posição, o pé pode edemaciar e causar dor;

4.2.5. Iniciar e supervisionar o treino de marcha com canadianas ou andarilho.

4.3. Cuidados à ferida cirúrgica:

4.3.1. Vigiar se o penso está limpo e íntegro (por turnos);

4.3.2. Executar tratamento à ferida cirúrgica às 48 horas com técnica asséptica;

4.3.3. Após o primeiro tratamento, realizar penso segundo indicação médica e sempre que necessário;

4.3.4. Caso o penso operatório não seja impermeável, não o molhar, protegendo-o com saco de plástico;

4.3.5. Remover agrafos alternadamente nos 15º e 17º dias após a intervenção.

4.4. Orientação para a alta:

4.4.1. O enfermeiro deverá reforçar a ideia de que o edema e inflamação são reações esperadas nos primeiros dias depois da cirurgia. Manter o membro elevado diminui o edema e a dor;

4.4.2. O utente deve aplicar gelo 3 a 4 vezes por dia, durante 20 minutos, de cada vez;

4.4.3. Sensibilizar o utente para não molhar o penso operatório e ensinar que em casa, pode colocar o membro operado dentro de um saco de plástico para tomar duche;

4.4.4. O utente deve manter o penso fechado até a primeira revisão médica;

4.4.5. Entregar a Carta de Alta de Enfermagem, e informar o utente da frequência da realização do penso operatório e datas da remoção do material de sutura, assim como sobre indicações/ contra-indicações médicas que se encontrem contempladas na Nota de Alta;

4.4.6. Sensibilizar o utente para recorrer ao Serviço de Urgência se o penso repassar, se a pele em volta da cicatriz estiver muito quente ou se tiver temperatura superior a 38º;

4.4.7. Sensibilizar o utente para não faltar às consultas e aos exames marcados no momento da alta;

4.4.8. Reforçar ensinamentos realizados durante o internamento;

4.4.9. Sensibilizar o utente para tomar os medicamentos a horas certas e manter a sua medicação habitual de domicílio;

4.4.10. Incentivar o utente a ingerir líquidos em abundância;

4.4.11. Sensibilizar o utente a evitar alimentos altamente calóricos, assim como bebidas alcoólicas, uma vez que estes prejudicam a cicatrização, pelo que devem ser evitados ou consumidos em pequenas quantidades;

4.4.12. Sensibilizar o utente para evitar o tabaco, uma vez que este prejudica a cicatrização, favorece a ocorrência de infeção e piora o resultado estético da cicatriz;

4.4.13. Informar o utente de que poderá recomeçar a sua atividade profissional ao fim de 45 dias aproximadamente, a conduzir ao fim de 15 dias, e que pode retomar a atividade desportiva três a seis meses após a cirurgia, consoante a modalidade desportiva e dependendo sempre da indicação médica.

ELABORADO POR:

APROVADO POR:

Edite Ferreira
Laura Martinez
Patrícia Pedro
Rita Monteiro

Enfermeira Diretora

Título

**Cuidados de Enfermagem ao Utente
Submetido a Prótese Total da Anca**



1. OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente com Prótese Total da Anca (PTA).

2. ÂMBITO

Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

DEFINIÇÕES:

Prótese Total da Anca - Intervenção cirúrgica que consiste na substituição protésica total da superfície articular do acetábulo e do fémur. Representa o tratamento cirúrgico mais comum na coxartrose.

ABREVIATURAS:

AVD's – Atividades de Vida Diária

ECG – Eletrocardiograma

PTA - Prótese Total da Anca

RX – Raios X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Brochura *Vida Activa* (2010)- Serviço Ortopedia, Hospital Vila Franca de Xira
- CONCEIÇÃO, V.et al (2009) – *Enfermagem em Ortotraumatologia*, Coimbra, Foramasau. ISBN: 978-989-8269-01-0

- CUNHA, Emídio (2008) – *Enfermagem em Ortopedia*, Lidel- Edições Técnicas, lda, Junho. ISBN: 978-972-757-503-9

4. DESCRIÇÃO

4.1. Período Pré-Operatório:

- 4.1.1. Realizar o acolhimento no serviço;
- 4.1.2. Identificar o utente com pulseira;
- 4.1.3. Colocar na folha de consentimento cirúrgico o nome e grau de parentesco do cuidador, com o número de telemóvel a contactar;
- 4.1.4. Explicar procedimentos pré-operatórios;
- 4.1.5. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.1.6. Realizar tricotomia da área a ser intervencionada;
- 4.1.7. Colher sangue para tipagem;
- 4.1.8. Informar e garantir o jejum de 6 a 8 horas;
- 4.1.9. Confirmar a existência de exames complementares de diagnóstico (ECG, Raios-X, e análises), consentimento informado e consulta de anestesia;
- 4.1.10. Efetuar ensino de exercícios respiratórios e musculo-articulares como:
 - A dissociação dos dois tempos respiratórios
 - O controlo dos movimentos respiratórios, ritmo e amplitude
 - A tosse dirigida e/ou assistida
 - A tonificação dos músculos dos membros inferiores (exercícios isométricos e isotónicos).
- 4.1.11. Disponibilizar para o esclarecimento de dúvidas.

4.2. Dia da cirurgia:

- 4.2.1. Supervisionar banho no chuveiro com desinfetante próprio;
- 4.2.2. Fornecer bata hospitalar;
- 4.2.3. Retirar adornos (próteses, joalheria, etc);
- 4.2.4. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.2.5. Puncionar veia periférica no membro superior oposto ao lado da cirurgia;
- 4.2.6. Verificar o processo clínico, que deve acompanhar o utente no seu transporte até ao Bloco Operatório.

4.3. Período Pós-Operatório:

- 4.3.1. Primeiro dia após cirurgia:

- 4.3.1.1. Encorajar a manter o membro intervencionado em posição neutra, mantendo o alinhamento anatômico, com ligeira flexão do joelho, aproximadamente 20º e colocar um dispositivo de alívio de pressão no calcâneo;
- 4.3.1.2. Incentivar e efetuar a alternância de decúbitos possíveis e tolerados, não efetuando o decúbito homolateral à cirurgia, que está contra-indicado. Ao realizar o decúbito contralateral colocar uma almofada entre os membros inferiores da coxa ao joelho (cuidados mantidos ao longo do pós-operatório);
- 4.3.1.3. Incentivar a continuar a realizar os exercícios isométricos e isotônicos iniciados no pré-operatório, bem como os exercícios respiratórios (ao longo do pós-operatório);
- 4.3.1.4. Administrar terapêutica analgésica, anti-infecciosa, anti-inflamatória, anti-ulcerosa e anti-emética e/ou aplicar frio (ao longo do pós-operatório);
- 4.3.1.5. Explicar a importância do enfaixamento dos membros inferiores com recurso às meias anti-embólicas;
- 4.3.1.6. Avaliar e registar sinais vitais (ao longo do pós-operatório);
- 4.3.1.7. Iniciar o primeiro levante (após efetuar RX) recorrendo a um dispositivo de ajuda para alívio do excesso de carga parcial do membro intervencionado.

4.3.2. Segundo dia após cirurgia:

- 4.3.2.1. Remover dreno (*Redyvac*);
- 4.3.2.2. Incentivar ao aumento gradual da carga parcial do membro;
- 4.3.2.3. Iniciar e supervisionar o treino de marcha com canadianas em piso regular.

4.3.3. Terceiro dia após cirurgia:

- 4.3.3.1. Iniciar e supervisionar o treino de marcha com o auxílio de andarilho ou canadianas em piso irregular (subir escadas).

4.3.4. Realizar ensinamentos relativos aos posicionamentos:

- 4.3.4.1.1. Manter sempre a extensão e a abdução do membro intervencionado no leito;
- 4.3.4.1.2. Manter almofada entre ambas as pernas para garantir o cumprimento da restrição de flexão e adução;
- 4.3.4.1.3. Alternar o decúbito dorsal com o decúbito lateral contrário ao lado operado;
- 4.3.4.1.4. Não posicionar em decúbito lateral para o lado operado;
- 4.3.4.1.5. Limitar a flexão a superior 60º nos primeiros 6 a 7 dias, e superior a 90º nos 2-3 meses seguintes;
- 4.3.4.1.6. Evitar adução para além da linha média durante 2 a 3 meses;
- 4.3.4.1.7. Encorajar a elevação e abaixamento da cabeceira da cama;

4.3.4.1.8. Incentivar a utilizar o trapézio para mudar de posição, durante a colocação da arrastadeira ou da cama a limpo.

4.3.5. Cuidados à ferida cirúrgica:

- 4.3.5.1. Manter aspiração constante através do sistema de drenagem (primeiras 48H após cirurgia);
- 4.3.5.2. Monitorizar e avaliar a saída de líquido (por turnos);
- 4.3.5.3. Retirar drenos e executar tratamento à ferida cirúrgica às 48 horas com técnica asséptica;
- 4.3.5.4. Após o primeiro tratamento, realizar penso de 4/4 dias e em SOS;
- 4.3.5.5. Caso o penso operatório não seja impermeável, não o molhar, protegendo-o com saco de plástico;
- 4.3.5.6. Vigiar se o penso está limpo e íntegro (por turnos);
- 4.3.5.7. A partir da inexistência de exsudado a ferida pode ser exposta ao ar (penso oclusivo facultativo);
- 4.3.5.8. Remover agrafos alternadamente nos 15º e 17º dias após a intervenção.

4.4. Orientação para a alta:

- 4.4.1. Sensibilizar o utente para recorrer ao Serviço de Urgência se o penso repassar, se a pele em volta da cicatriz estiver muito quente ou se tiver temperatura superior a 38º;
- 4.4.2. Sensibilizar o utente para não faltar às consultas e aos exames marcados no momento da alta;
- 4.4.3. Reforçar ensinamentos realizados durante o internamento e consulta pré-cirúrgica (evitar a adução e limitar a flexão da anca a 90);
- 4.4.4. Sensibilizar o utente para tomar os medicamentos a horas certas e manter a sua medicação habitual de domicílio;
- 4.4.5. Sensibilizar e reforçar o uso de um auxiliar de marcha durante 2-3 meses;
- 4.4.6. Assegurar a existência no domicílio de dispositivos auxiliares nas AVD's, tais como: assento elevado para a sanita, uma calçadeira de cabo longo, entre outros;
- 4.4.7. Reforçar a importância de manter o enfaixamento dos membros inferiores no domicílio.

ELABORADO POR

APROVADO POR

Edite Ferreira
José Batista
Liliana Certo
Marco Casas Novas
Raquel Sofia

Enfermeira Directora

Título
Cuidados de Enfermagem ao Utente
Submetido a Artroplastia Total do
Joelho



1. OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente com Prótese Total do Joelho (PTJ).

2. ÂMBITO

Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

DEFINIÇÕES:

Intervenção cirúrgica que consiste na substituição protésica total da superfície articular do joelho. Representa o tratamento cirúrgico mais comum na gonartrose.

ABREVIATURAS:

ECG – Eletrocardiograma

PTJ – Prótese Total do Joelho

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Brochura *Vida Activa* (2010)- Serviço Ortopedia, Hospital Vila Franca de Xira
- CONCEIÇÃO, V.et al (2009) – *Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia*, Coimbra, Formasau. ISBN: 978-989-8269-01-0
- CUNHA, Emídio (2008) – *Enfermagem em Ortopedia*, Lidel- Edições Técnicas, lda, Junho. ISBN: 978-972-757-503-9

4. DESCRIÇÃO

4.1. Período Pré-Operatório:

- 4.1.1. Realizar o acolhimento no serviço com entrega do guia de acolhimento do serviço;
- 4.1.2. Identificar o utente com pulseira;
- 4.1.3. Colocar na folha de consentimento cirúrgico o nome e grau de parentesco do cuidador, com o número de telemóvel;
- 4.1.4. Explicar procedimentos pré-operatórios;
- 4.1.5. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.1.6. Realizar tricotomia da área a ser intervencionada;
- 4.1.7. Colher sangue para tipagem;
- 4.1.8. Informar e garantir o jejum de 6 a 8 horas;
- 4.1.9. Confirmar a existência de exames complementares de diagnóstico (ECG, Raios-X, e análises), consentimento informado e consulta de anestesia;
- 4.1.10. Efetuar ensino de exercícios respiratórios e musculo-articulares, como:
 - A dissociação dos dois tempos respiratórios;
 - O controlo dos movimentos respiratórios, ritmo e amplitude;;
 - A tosse dirigida e/ou assistida
 - A tonificação dos músculos dos membros inferiores (exercícios isométricos e isotónicos).
- 4.1.11. Disponibilizar para o esclarecimento de dúvidas.

4.2. Dia da cirurgia:

- 4.2.1. Supervisionar banho no chuveiro com desinfetante próprio;
- 4.2.2. Fornecer bata hospitalar;
- 4.2.3. Assegurar que o utente retirar adornos (próteses, joalheria, etc);
- 4.2.4. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.2.5. Puncionar veia periférica no membro superior oposto ao lado da cirurgia;
- 4.2.6. Verificar o processo clínico, que deve acompanhar o cliente no seu transporte até ao Bloco Operatório.

4.3. Período Pós-Operatório:

- 4.3.1. Primeiro dia após cirurgia:
 - 4.3.1.1. Encorajar a manter o membro intervencionado em plena extensão com o auxílio de um dispositivo de alívio de pressão no calcâneo para favorecimento do posicionamento;

- 4.3.1.2. Incentivar a realização de exercícios ativos de flexão plantar da tibiotársica e de contração isométrica dos quadricíptes e glúteo no leito;
- 4.3.1.3. Iniciar tala dinâmica, ajustando o ângulo de extensão e flexão à tolerância apresentada pelo utente;
- 4.3.1.4. Iniciar o primeiro levante recorrendo a um dispositivo de ajuda para alívio do excesso de carga parcial do membro intervencionado.

4.3.2. Segundo dia após a cirurgia:

- 4.3.2.1. Remover dreno (Redyvac);
- 4.3.2.2. Incentivar ao aumento gradual da carga parcial do membro;
- 4.3.2.3. Explicar a importância do enfaixamento dos membros inferiores com recurso às meias anti-embólicas;
- 4.3.2.4. Iniciar treino de marcha com canadianas em piso regular.

4.3.3. Terceiro dia após cirurgia:

- 4.3.3.1. Iniciar e supervisionar o treino de marcha com o auxílio de andarilho ou canadianas em piso irregular (subir escadas).

4.3.4. Cuidados à ferida cirúrgica:

- 4.3.4.1. Manter aspiração constante através do sistema de drenagem (primeiras 48H após cirurgia);
- 4.3.4.2. Monitorizar e avaliar a saída de líquido (por turnos);
- 4.3.4.3. Retirar drenos e executar tratamento à ferida cirúrgica nas às 48 horas com técnica asséptica;
- 4.3.4.4. Após o primeiro tratamento, realizar penso de 4/4 dias e sempre que necessário;
- 4.3.4.5. A partir da inexistência de exsudado a ferida cirúrgica pode ser exposta ao ar (penso oclusivo facultativo);
- 4.3.4.6. Remover agrafos alternadamente nos 15º e 17º dias após a intervenção.

4.4. Orientação para a alta:

- 4.1.1. Sensibilizar o utente para recorrer ao Serviço de Urgência se o penso repassar, se a pele em volta da cicatriz estiver muito quente ou se tiver temperatura superior a 38°;
- 4.1.2. Entregar a Carta de Alta de Enfermagem, assim como a marcação de consulta e exames e informar o cliente da frequência da realização de pensos, assim como sobre indicações/ contraindicações médicas que se encontrem contempladas na Nota de Alta;
- 4.1.3. Sensibilizar o utente para não faltar às consultas e aos exames marcados no momento da alta;
- 4.1.4. Reforçar ensinamentos realizados durante o internamento;
- 4.1.5. Incentivar o utente a respeitar as restrições de excesso de carga e a utilizar um auxiliar de marcha durante cerca de 2 meses (canadianas/andarilho);
- 4.1.6. Encorajar e explicar a importância da manutenção de exercícios de flexão ativa e com o membro em extensão;
- 4.1.7. Reforçar a importância de manter o enfaixamento dos membros inferiores no domicílio.
- 4.1.8. Sensibilizar o utente para tomar os medicamentos a horas certas e manter a sua medicação habitual de domicílio.

ELABORADO POR:

APROVADO POR:

Edite Ferreira
José Batista
Liliana Certo
Marco Casas Novas
Raquel Sofia

Enfermeira Diretora

Título
Cuidados de Enfermagem ao Utente
com Tração Cutânea



1. OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente com tração cutânea.

2. ÂMBITO

Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia.

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

DEFINIÇÕES:

A tração cutânea é a forma mais simples de tração. Tem como função proporcionar uma pressão direta na extremidade afetada, desde que a integridade da pele e o edema do membro o permitam. É muitas vezes utilizada para aliviar espasmos musculares e imobilizar o membro temporariamente, por exemplo a seguir a fratura do fémur, dos ossos da perna, do braço ou antebraço, antes da redução ou fixação por cirurgia. Também em casos específicos pode ser utilizado como tratamento conservador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CONCEIÇÃO, V.et al (2009) – *Enfermagem em Ortotraumatologia*, Coimbra, Formasau. ISBN: 978-989-8269-01-0
- CUNHA, Emídio (2008) – *Enfermagem em Ortopedia*, Lidel- Edições Técnicas, Ida, Junho. ISBN: 978-972-757-503-9

4. DESCRIÇÃO

4.1. Antes de Colocar a Tração Cutânea:

- 4.1.1. Explicar o procedimento de forma a reduzir a ansiedade do utente;
- 4.1.2. Colocar a pessoa em Decúbito Dorsal;

- 4.1.3. Posicionar o membro fraturado em posição anatómica, sem rotação externa;
- 4.1.4. Realizar higiene ao membro, mantendo a pele limpa e seca;
- 4.1.5. Realizar a tricotomia do membro (caso haja necessidade), aplicando de seguida um produto protetor (por exemplo, tintura de benjoim) para a pele;
- 4.1.6. Realizar penso se existirem feridas, adequado às características destas;
- 4.1.7. Dispor de um segundo elemento para elevação e apoio do membro (sob o tornozelo e joelho) aquando da aplicação das bandas do Kit e da ligadura elástica;
- 4.1.8. Fazer tração manual, segurando o calcanhar com uma mão e o dorso do pé com a outra, exercendo pressão firme e constante;
- 4.1.9. Aplicar a tração a cerca de 10 cm entre a planta do pé e a alça da tração, de forma que as tiras fiquem paralelas;
- 4.1.10. Aplicar as bandas do kit ao longo do membro na região lateral interna e externa (até +- 10cm abaixo da fratura);
- 4.1.11. Aplicar a ligadura elástica, tem como vantagem ajudar a drenagem venosa, diminuindo assim o risco de edemas e tromboflebitas profundas.

4.2. Depois de Colocada Tração Cutânea:

- 4.2.1. Realizar a tração manual através da corda, fazendo-a passar pelas roldanas da Tala de Buck;
- 4.2.2. Colocar o fio da tração pela roldana e colocar os respetivos pesos (conforme prescrição médica);
- 4.2.3. Verificar alinhamento e posicionamento correto do membro; aplicar o peso prescrito, respeitando o eixo longitudinal do osso;
- 4.2.4. Colocar rolo/almofada no calcâneo para evitar o contacto com o leito;
- 4.2.5. Manter membro em posição anatómica (pé e rótula para cima), evitar a rotação externa se o utente estiver em decúbito dorsal;
- 4.2.6. Verificar se os pesos estão livremente suspensos, se o fio está desimpedido e se há necessidade de realizar contra-tração (elevando os pés da cama);
- 4.2.7. Despistar sinais de compromisso neuro circulatório, em caso de apresentar alterações, pode ser necessário retirar de imediato as ligaduras ou a própria tração;
- 4.2.8. Verificar integridade cutânea / zonas de pressão (com especial incidência na região maleolar, calcâneo e sacrococcígea);
- 4.2.9. Vigiar o aparecimento de manifestações cutâneas de origem alérgica ou úlceras de pressão;
- 4.2.10. Posicionar o utente com frequência dentro das posições ou limitações da imobilização, para evitar pressão prolongada sobre as proeminências ósseas e assim prevenir o aparecimento de úlceras de pressão ou rigidez articular;
- 4.2.11. Encorajar o utente a movimentar-se para aliviar a pressão na pele;

4.2.12. Vigiar e dar atenção às queixas do cliente, em especial se sentir dor, sensação de “repuxamento” excessivo, parestesias, sensação de frio ou calor no membro tracionado.

4.3. Reeducação Funcional Motora:

4.3.1. Realizar ensino e treino de exercícios isométricos: Glúteos, quadricípites, isquiotibiais.

4.3.2. Incentivo de mobilizações ativas para manter a força muscular e prevenção de rigidez articular das articulações livres.

4.4. Reeducação Funcional Respiratória:

4.4.1. Realizar ensino e treino de consciencialização da respiração.

4.4.2. Incentivar o utente a fazer inspirações/ expirações profundas e a expetorar com frequência.

ELABORADO POR:

APROVADO POR:

Edite Ferreira
João Perninha

Enfermeira Diretora

Cuidados de Enfermagem ao Utente com Imobilização Gessada

1. OBJETIVO

Descrever cuidados de enfermagem ao utente com Imobilização Gessada.

2. ÂMBITO

Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia

3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

DEFINIÇÕES:

Um aparelho gessado é um dispositivo de imobilização e proteção temporária constituído por gesso ou fibra de vidro. Podem ter a função de imobilizar segmentos do corpo ou o corpo inteiro. Estes aparelhos são utilizados para:

- 3.1. Imobilizar, suportar e proteger uma parte do corpo durante o processo de cicatrização óssea após uma fratura;
- 3.2. Corrigir e evitar deformações articulares;
- 3.3. Aplicar compressão uniforme aos tecidos moles após intervenções cirúrgicas, como por exemplo amputações;
- 3.4. Restringir o movimento e proteger uma parte do corpo de modo a facilitar a cura e evitar lesões em situações, tais como a osteomielite;
- 3.5. Promover a imobilização precoce através do suporte e proteção da zona corporal afetada.

“Moldagem”/ “Modelagem”/ “Manipulação” é a técnica que consiste em contornar as formas anatómicas com o material gessado.

“Conformação” é a manobra técnica levada a efeito sobre o gessado, submetendo os tecidos moles a uma forma de tensão controladas, em áreas pré-definidas, com a finalidade de obter compacidade uniforme na zona, respeitando a sua integridade.

ABREVIATURAS:

ECG – Eletrocardiograma

RX – Raios-X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ELKIN, Martha et al - *Intervenções de Enfermagem e procedimentos clínicos*, Lusociência, Loures 2005, ISBN:[972-8383-96-7](#)
- HOMEM, Paulo – *A Imobilização Gessada Convencional/ Clássica em Ortrotraumatologia*, Coimbra 2009, FORMASAU, Outubro. ISBN: 978-989-8269-05-8.

4.DESCRICÃO

A imobilização gessada é realizada pelo médico, com auxílio do enfermeiro.

O gesso necessita de 24 horas para secar totalmente. Devido a isto deverá haver alguns cuidados a ter durante este período. Durante as primeiras 48h deve-se manter a elevação do membro com gesso de modo a reduzir o edema, colocando sobre almofadas duras. Deverá ser incentivada a mobilização das áreas corporais de modo a manter a circulação e aliviar a rigidez.

Os idosos podem ter menor sensibilidade e por consequência ter menor capacidade de identificar a compressão. No entanto, o processo de consolidação pode ser mais demorado nos idosos, do que nos mais jovens. O gesso mais indicado para os idosos é o gesso sintético (fibra de resina termoplástica e fibra de vidro) porque é menos restritivo por ser mais leve facilitando o equilíbrio do cliente. O gesso normal poder ser em menor quantidade no cliente idoso para facilitar o levante e a mobilidade.

4.1. Tipos de Material de Imobilização

4.1.1. Ligadura de tecido saturada com sulfato de cálcio desidratado, sob a forma de pó branco

4.1.1.1. Vantagens na sua utilização:

- 4.1.1.1.1. Mantém a imobilização rígida;
- 4.1.1.1.2. Molda-se com facilidade;
- 4.1.1.1.3. Radiotransparente (permite realizar Rx);
- 4.1.1.1.4. Baixo custo económico.

4.1.1.2. Desvantagens na sua utilização:

- 4.1.1.2.1. Seca muito lentamente;
- 4.1.1.2.2. Suja ao aplicar;
- 4.1.1.2.3. Pesado, volumoso e incómodo;
- 4.1.1.2.4. Deteriora com a humidade.

4.1.2. Fibra de resina termoplástica

4.1.2.1. Vantagens na sua utilização:

- 4.1.2.1.1. Seca rapidamente (10 minutos, aproximadamente);
- 4.1.2.1.2. Pode aguentar o peso corporal aproximadamente 20 minutos;
- 4.1.2.1.3. Mantém a imobilização rígida;

- 4.1.2.1.4. Leve e poroso;
- 4.1.2.1.5. Resistente à humidade;
- 4.1.2.1.6. É fácil de reparar, podendo remendar-se.

4.1.2.2. Desvantagens na sua utilização:

- 4.1.2.2.1. Antes de se aplicar deve submergir-se em água entre 21°C a 27°C;
- 4.1.2.2.2. Se não secar bem, aumenta a probabilidade de macerar a pele;
- 4.1.2.2.3. Custo económico elevado.

4.1.3. Fibra de vidro

4.1.3.1. Vantagens na sua utilização:

- 4.1.3.1.1. Secagem rápida, cerca de 10 a 15 minutos;
- 4.1.3.1.2. Pode aguentar o peso corporal durante aproximadamente 30 minutos;
- 4.1.3.1.3. Mantém a imobilização rígida;
- 4.1.3.1.4. Leve e poroso;
- 4.1.3.1.5. Radiotransparente;
- 4.1.3.1.6. Pode submergir-se em água.

4.1.3.2. Desvantagens na sua utilização:

- 4.1.3.2.1. Não pode utilizar-se em fraturas muito graves, nem quando há edema ou drenagem significativa;
- 4.1.3.2.2. Maior probabilidade de provocar maceração da pele, caso não seque bem;
- 4.1.3.2.3. Custo muito elevado.

4.2. Tipos de imobilizações gessadas

A patologia a ser tratada influencia o tipo e espessura da imobilização gessada a aplicar. Regra geral, as articulações proximal e distal à região a ser imobilizada são incluídas na imobilização.

- 4.2.1. Luva gessada: é utilizada para tratar as fraturas estáveis dos metacarpos, dos ossos do carpo, do rádio distal ou do úmero ou ainda as entorses do punho. A imobilização estende-se desde a palma da mão e o polegar até metade do braço.
- 4.2.2. Bota gessada: é utilizada para tratar fraturas da tibia, do perónio e dos maléolos. A imobilização estende-se desde o pé até abaixo do joelho. Pode ser feita para sustentar, ou não o peso do corpo.
- 4.2.3. Imobilização cruropodálica: é usada para tratar as fraturas instáveis do fémur, da tibia e/ou do perónio. A imobilização envolve toda a região desde o pé até ao quadril e fixa o joelho em flexão quando a fratura é instável. Para evitar a sustentação do peso, é utilizado um cilindro gessado.
- 4.2.4. Existem ainda outros tipos de imobilizações gessadas, como:
 - 4.5.4.1. Imobilização axilopalmar;

4.5.4.2. Cilindro gessado;

4.5.4.3. Calção gessado;

4.2.5. Gessos funcionais:

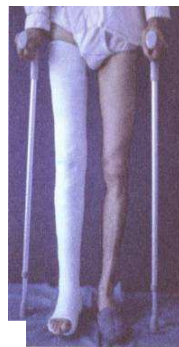
O tratamento com gessos funcionais consiste basicamente na transformação de um aparelho de gesso convencional num outro aparelho que liberte as articulações, para que desta forma a vida do utente possa ser mais prática e confortável. Este tipo de tratamento funcional, no entanto não se aplica a todos os tipos de fraturas e a clientes que não colaborem ou que sofram de alterações sensitivas, como por exemplo a neuropatia diabética. O método ortopédico funcional não se encontra suficientemente divulgado.



Luva gessada



Bota gessada



Imobilização
cruropodálica



Imobilização
axilo palmar
gessada



Cilindro
gessado

4.3. Realização da Imobilização Gessada

4.3.1. Recursos:

4.3.1.1. Mesa ortopédica;

4.3.1.2. Balcão de superfície lisa e impermeável, para estender a ligadura de gesso;

4.3.1.3. Material para tricotomia;

4.3.1.4. Lápis indelével para marcar;

4.3.1.5. Tintura de Benjoim (para proteger a pele);

4.3.1.6. Malha de *gersey*;

4.3.1.7. Algodão ortopédico;

4.3.1.8. Balde com água tépida;

4.3.1.9. Ligaduras gessadas e/ou talas de comprimento necessário;

4.3.1.10. Luvas;

4.3.1.11. Resguardo;

4.3.1.12. Diversas almofadas com cobertura impermeável para colocar sob o gesso molhado;

4.3.1.13. Creme hidratante.

4.3.2. Procedimentos:

4.3.2.1. Preparação do utente:

- 4.3.2.1.1. Explicar cuidadosamente todo o procedimento e esclarecer as dúvidas do utente, por forma a diminuir a ansiedade e promover a sua colaboração;
- 4.3.2.1.2. Informar o utente que após a aplicação da ligadura gessada, irá sentir calor local, durante, pelo menos, nos primeiros 5 a 15 minutos, devido à reação exotérmica que ocorre pelo contato do gesso natural com a água;
- 4.3.2.1.3. Informar o utente do período de secagem de gesso, variável entre 24 a 48 horas;
- 4.3.2.1.4. Posicionar o utente;
- 4.3.2.1.5. Solicitar ao utente que mantenha o membro a ser imobilizado relaxado durante o procedimento, de modo a manter a estabilidade do membro e a aliviar o desconforto e a dor;
- 4.3.2.1.6. Realizar a tricotomia do membro quando necessário (preparação pré-operatória), lavando em seguida a região tricotomizada com solução antisséptica ou com água e sabão;
- 4.3.2.1.7. Caso existam feridas, proceder à sua desinfeção e realização de penso oclusivo;
- 4.3.2.1.8. Aplicar creme hidratante, até este ser absorvido totalmente;
- 4.3.2.1.9. Posicionar o utente de maneira a facilitar a aplicação da imobilização gessada;
- 4.3.2.1.10. Proteger o utente durante a aplicação do gesso de modo a evitar exposição inoportuna, e que o gesso entre em contacto com outras partes do corpo;
- 4.3.2.1.11. Apoiar a parte do corpo de maneira adequada e manter a redução e o alinhamento, aquando da aplicação do gesso;
- 4.3.2.1.12. Aplicar a malha de jersey à extremidade comprometida, caso se considere conveniente, sem deixar dobras;
- 4.3.2.1.13. Almofadar o membro lesado com algodão ortopédico, com especial atenção às proeminências ósseas e extremidades da imobilização gessada, onde se devem, pelo menos efetuar duas circulares, por forma a manter a estabilidade da fratura e prevenir alterações cutâneas.

4.3.3. Hidratação da ligadura gessada

- 4.3.3.1. Desenrolar cerca de 10 cm da extremidade inicial da ligadura de gesso, que será agarrada pela mão esquerda (nos destros), enquanto o rolo é seguro pela mão contrária;
- 4.3.3.2. Mergulhar a ligadura de gesso em água à temperatura recomendada pelo fabricante, de preferência obliquamente, até deixar de borbulhar;

4.3.3.3. Retirar da água, e sem perder de vista a extremidade inicial, espremer, retirando o excesso de água, das extremidades para o centro.

4.3.4. Aplicação da ligadura gessada

4.3.4.1. As articulações distais e proximais às fraturas são imobilizadas por outro elemento, durante a aplicação do aparelho;

4.3.4.2. Aplicar a ligadura gessada com os segmentos articulares em posição neutra;

4.3.4.3. Aplicar a ligadura gessada circularmente, da extremidade para o centro (nos segmentos longos), de forma suave, mas ajustadamente, cobrindo cada volta cerca de 2/3 da anterior;

4.3.4.4. À medida que uma das mãos delicadamente enrola as ligaduras ainda húmidas, a outra esfrega a ligadura já moldada, de modo que o resultado final seja uma camada única, em vez de várias;

4.3.4.5. Reforçar as camadas de ligadura gessada nas zonas articulares, de carga, zonas de abertura de janela e outras onde se justifique;

4.3.4.6. Assegurar que a parte do corpo fica imobilizada na posição desejada;

4.3.4.7. Proceder às manobras de “conformação” preconizadas e outras inerentes à técnica;

4.3.4.8. Dobrar a malha de jersey algodão ortopédico, por cima das ligaduras gessadas, aplicando uma última ligadura por forma a segurar as extremidades soltas da malha tubular/ algodão ortopédico;

4.3.4.9. Após a colocação do aparelho gessado, limpar as zonas sujas de gesso com uma compressa húmida.

4.3.5. Tala gessada na imobilização

4.3.5.1. Medir a região a imobilizar;

4.3.5.2. Dispor, numa superfície de trabalho, camadas sobrepostas de ligadura gessada, em quantidade e dimensões convenientes;

4.3.5.3. Agarrar pelas extremidades, organizando-a em forma de harmónio;

4.3.5.4. Proceder à sua hidratação;

4.3.5.5. Retirar da água e colocar sobre uma superfície lisa e antiaderente;

4.3.5.6. Retirar o excesso de água, passando sobre ela as faces palmares por forma a restituir-lhe as suas dimensões originais;

4.3.5.7. Proceder rapidamente à sua aplicação, segundo o objetivo:

4.3.5.7.1. Como reforço de uma imobilização: aplicar a tala, fazendo-a aderir perfeitamente à zona, com algumas voltas de ligadura gessada, para uma melhor fixação e eficácia.

4.3.5.7.2. Tala Gessada como imobilização provisória/ definitiva: aplicar a tala à região e fixar com ligadura de gaze.

4.4. Corte e remoção da Imobilização Gessada

A abertura de janelas e bivalves na imobilização gessada são técnicas utilizadas para aliviar e prevenir a pressão excessiva nas áreas corporais gessadas, ou para proporcionar acesso ou visualização de outras partes do corpo. Relativamente às janelas, estas podem ser abertas nos aparelhos secos para avaliar a circulação e/ou para inspecionar áreas de desconforto ou áreas com suspeita de danos teciduais. Por sua vez, a abertura de bivalves possibilita a remoção da metade superior do aparelho sem interferir com a posição do membro, com a finalidade de facilitar os cuidados e a realização de exames.

4.4.1. Recursos

- 4.4.1.1. Serra de gessos;
- 4.4.1.2. Tesoura de Lister;
- 4.4.1.3. Afastador de gesso;
- 4.4.1.4. Proteção ocular.

4.4.2. Abertura de bivalves e janelas

- 4.4.2.1. Informar o utente acerca do procedimento;
- 4.4.2.2. Explicar ao utente que a lâmina da serra de gessos não o irá cortar, uma vez que é apenas vibratória e não lhe causará dor, apenas sensação de calor;
- 4.4.2.3. Marcar com lápis a linha a ser cortada, evitando as saliências ósseas, sempre que possível;
- 4.4.2.4. Certificar que o material para retirar a imobilização é adequado e se encontra em boas condições de funcionamento;
- 4.4.2.5. Usar uma proteção ocular, se possível (quer o utente, quer o operador da serra de gessos).
- 4.4.2.6. Ligar a serra de gessos, antes de entrar em contacto com a imobilização;
- 4.4.2.7. Introduzir a lâmina cortante em ângulo reto com o gesso, dirigindo a ponta da lâmina para o gesso e não para o cliente;
- 4.4.2.8. Executar o corte através de golpes sucessivos, em toda a profundidade e extensão, exercendo apenas a pressão necessária para atravessar a parede gessada, evitando desta forma o contacto com os tecidos moles;
- 4.4.2.9. Separar as valvas, com auxílio do afastador de gesso;
- 4.4.2.10. Cortar o almofadamento da imobilização gessada com a tesoura de Lister;
- 4.4.2.11. Apoiar a parte corporal;
- 4.4.2.12. Remover cuidadosamente a valva/ retalho gessado/ imobilização gessada;
- 4.4.2.13. Lavar e secar delicadamente a área que esteve imobilizada, com o cuidado de proteger previamente os bordos da imobilização gessada, para evitar que os

líquidos escorram para o seu interior/exterior, tornando-a humedecida e frágeis, prevenindo possíveis dermatites ou dermatoses;

4.4.2.14. Aplicar creme hidratante, até este ser absorvido totalmente;

4.4.2.15. Almofadar com compressas ou algodão ortopédico, para evitar que o tecido subjacente se exteriorize através delas e forme zonas de pressão nos seus bordos;

4.4.2.16. Adaptar devidamente e com precaução as duas metades da imobilização e fixar com um enfaixamento;

4.4.2.17. Em caso de remoção da imobilização gessada, realizar um ensino ao cliente sobre:

4.4.2.17.1. Não esfregar nem arranhar a pele;

4.4.2.17.2. Reiniciar gradualmente o uso ativo da parte do corpo dentro das diretrizes do esquema terapêutico prescrito;

4.4.2.17.3. Controlar o edema através da elevação da extremidade.

4.5. Preparação do utente com Imobilização Gessada para cirurgia

4.5.1. Período Pré-Operatório:

4.5.1.1. Certificar que o utente se encontra identificado com pulseira;

4.5.1.2. Confirmar a existência de exames complementares de diagnóstico (ECG, Raios-X, e análises) e consentimento informado e consulta de anestesia;

4.5.1.3. Colocar na folha de consentimento cirúrgico o nome e parentesco do cuidador, com o número de telemóvel;

4.5.1.4. Explicar procedimentos pré-operatórios;

4.5.1.5. Avaliar e registar sinais vitais;

4.5.1.6. Abrir Imobilização Gessada (consoante indicação médica), realizar tricotomia da área a ser intervencionada e avaliar condições cutâneas;

4.5.1.7. Informar e garantir o jejum de 6 a 8 horas;

4.5.1.8. Efetuar ensino de exercícios respiratórios e musculo-articulares, como:

- A dissociação dos dois tempos respiratórios
- O controlo dos movimentos respiratórios, ritmo e amplitude
- A tosse dirigida e/ou assistida
- A tonificação dos músculos dos membros inferiores (exercícios isométricos e isotónicos).

4.5.1.9. Disponibilizar para o esclarecimento de dúvidas.

4.5.2. Dia da cirurgia:

4.5.2.1. Supervisionar o banho;

4.5.2.2. Fornecer bata hospitalar;

- 4.5.2.3. Assegurar que o utente retirou adornos (próteses, joalheria, etc);
- 4.5.2.4. Avaliar e registar sinais vitais;
- 4.5.2.5. Puncionar veia periférica no membro superior oposto ao lado da cirurgia;
- 4.5.2.6. Verificar o processo clínico, que deve acompanhar o utente no seu transporte até ao Bloco Operatório.

4.5.3. Período Pós-Operatório:

- 4.5.3.1. O utente deverá manter o membro elevado, por forma a diminuir o edema e a dor ;
- 4.5.3.2. Administrar terapêutica analgésica, anti-infecciosa, anti-inflamatória, anti-ulcerosa e anti-emética e/ou aplicar frio (ao longo do pós-operatório);
- 4.5.3.3. Avaliar e registar sinais vitais (ao longo do pós-operatório);
- 4.5.3.4. Incentivar e efetuar a alternância de decúbitos possíveis e tolerados;
- 4.5.3.5. Incentivar a continuar a realizar os exercícios isométricos e isotónicos iniciados no pré-operatório, bem como os exercícios respiratórios (ao longo do pós-operatório);

4.5.4. Cuidados à ferida cirúrgica:

- 4.5.4.1. Vigiar se a Imobilização Gessada/ penso operatório está limpo e íntegro (por turnos);
- 4.5.4.2. Executar tratamento à ferida cirúrgica às 48 horas com técnica asséptica;
- 4.5.4.3. Após o primeiro tratamento, realizar penso segundo indicação médica e sempre que necessário;
- 4.5.4.4. Proteger a Imobilização Gessada/ penso operatório com saco de plástico, aquando os cuidados de higiene;
- 4.5.4.5. Remover grafos alternadamente nos 15º e 17º dias após a intervenção.

4.6. Orientação para a alta

- 4.6.1. Entregar a Carta de Alta de Enfermagem, assim como a marcação de consulta e exames e informar o utente da frequência da realização de pensos, assim como sobre indicações/ contraindicações médicas que se encontrem contempladas na Nota de Alta;
- 4.6.2. Realizar um ensino ao utente sobre:
 - 4.6.2.1. Manter o membro elevado diminui o edema e a dor;
 - 4.6.2.2. Não coçar a pele e não introduzir objetos aguçados sob o gesso;
 - 4.6.2.3. O ar frio do secador pode aliviar o prurido;

- 4.6.2.4. Proteger a imobilização gessada antes das eliminações urinária/ fecal e antes dos cuidados de higiene;
- 4.6.2.5. Secar completamente o gesso de vidro ou de fibra, depois de molhado, secar com um secador de cabelo, na graduação fria;
- 4.6.2.6. Não realizar atividades físicas com o membro que possui a imobilização gessada;
- 4.6.2.7. Não se apoiar sobre o gesso, no decorrer das 48h após a sua colocação e se houver contraindicação médica;
- 4.6.2.8. Não aplicar verniz, tinta ou gama laca no gesso;
- 4.6.2.9. Não faltar às consultas e aos exames marcados no momento da alta;
- 4.6.2.10. Tomar os medicamentos a horas certas e manter a sua medicação habitual de domicílio;
- 4.6.2.11. Deve ingerir líquidos em abundância;
- 4.6.2.12. Evitar alimentos altamente calóricos, assim como bebidas alcoólicas, uma vez que estes prejudicam a cicatrização, pelo que devem ser evitados ou consumidos em pequenas quantidades;
- 4.6.2.13. Evitar o tabaco, uma vez que este prejudica a cicatrização, favorece a ocorrência de infecção e piora o resultado estético da cicatriz.

4.6.3. Sensibilizar o utente para recorrer ao Serviço de Urgência caso:

- 4.6.3.1. Apresente dores, edema ou sensação de queimadura;
- 4.6.3.2. Sintam uma flitena ou lesão por baixo do gesso;
- 4.6.3.3. Apresente algum odor estranho vindo do gesso;
- 4.6.3.4. Refira parestesias/ dormência persistentes;
- 4.6.3.5. Apresente o gesso muito sujo;
- 4.6.3.6. Apresente o gesso com zonas moles, rachar ou partir;
- 4.6.3.7. Apresente o gesso largo;
- 4.6.3.8. Apresente problemas de pele na extremidade do gesso;
- 4.6.3.9. Apresente hipertermia;
- 4.6.3.10. Surjam dúvidas sobre o tratamento.

ELABORADO POR:


APROVADO POR:

Edite Ferreira
Maria Inês Carneiro
Patrícia Peres
Rita Monteiro

Enfermeira Diretora


ANEXO VII

Plano de Auditoria

PLANO DE AUDITORIA	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
TEMA	Cuidados de Enfermagem a Utentes Submetidos a PTA
OBJECTIVOS	Melhorar os Cuidados de Enfermagem Prestados aos Utentes com PTA
ÂMBITO	Serviço de Ortopedia
DATA	11/07/2012
DURAÇÃO	2 Horas
AUDITOR COORDENADOR	Enf ^a Edite Ferreira
AUDITOR	Enf ^a Edite Ferreira
REFERENCIAIS/ CRITÉRIOS	-Manual da qualidade do serviço
DOCUMENTOS APLICÁVEIS	Instrução de trabalho: Cuidados de Enfermagem ao Utente Submetido a Prótese Total da Anca
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista a enfermeiros responsáveis e utentes - Observação - Análise e observação de processos clínicos

ANEXO VIII

Lista de Verificação de Auditoria

LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (S N N/A)
Período Pré-Operatório:				
1	O enfermeiro realizou o acolhimento no serviço com entrega do guia de acolhimento do serviço.			
2	O enfermeiro identificou o utente com pulseira.			
3	O enfermeiro colocou na folha de consentimento cirúrgico o nome e parentesco do cuidador, com o número de telemóvel.			
4	O enfermeiro explicou procedimentos pré-operatórios.			
5	O enfermeiro avaliou e registou os sinais vitais.			
6	Foi realizada tricotomia da área a ser intervencionada.			
7	O enfermeiro informou e garantiu o jejum de 6 a 8 horas.			
8	Foi confirmar a existência de exames complementares de diagnóstico (ECG, Raios-X, e análises) e consentimento informado e consulta de anestesia.			
9	Foram efetuados ensinamentos de exercícios respiratórios e musculares, como: <ul style="list-style-type: none"> • A dissociação dos dois tempos respiratórios • O controlo dos movimentos respiratórios, ritmo e amplitude • A tosse dirigida e/ou assistida • A tonificação dos músculos dos membros inferiores (exercícios isométricos e isotónicos) 			
10	O enfermeiro disponibilizou-se para o esclarecimento de dúvidas.			
Data: 11/ 07/2012		Assinatura:		
Auditores: Enf ^a Edite Ferreira				


LISTA DE VERIFICAÇÃO			
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE		
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA		
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>Código: HVFX -IT-</td> </tr> <tr> <td>Edição:01</td> </tr> </table>	Código: HVFX -IT-	Edição:01
	Código: HVFX -IT-		
Edição:01			
OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA			

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (S N N/A)
Dia da cirurgia:				
11	Foi supervisionado banho no chuveiro com desinfetante próprio.			
12	Foi fornecida ao utente bata hospitalar.			
13	Foram retirados adornos (próteses, joalheria, etc).			
14	Foram avaliados e registados sinais vitais.			
15	Foi puncionada veia periférica no membro superior oposto ao lado da cirurgia.			
16	O enfermeiro verificou o processo clínico, que deve acompanhar o utente no seu transporte até ao Bloco Operatório.			
Período Pós-Operatório/Primeiro dia após cirurgia:				
17	Foi encorajado a manter o membro intervencionado em posição neutra, mantendo o alinhamento anatómico, com ligeira flexão do joelho, aproximadamente 20° e colocar um dispositivo de alívio de pressão no calcâneo.			
18	Foi incentivado e efetuar a alternância de decúbitos possíveis e tolerados, não efetuando o decúbito homolateral à cirurgia, que está contra-indicado e ao realizar o decúbito contralateral colocar uma almofada entre os membros inferiores da coxa ao joelho (cuidados mantidos ao longo do pós-operatório).			
19	Foi incentivado a continuar a realizar os exercícios isométricos e isotónicos iniciados no pré-operatório, bem como os exercícios respiratórios (ao longo do pós-			
Data: 11/ 07/2012		Assinatura:		
Auditores: Enfª Edite Ferreira				

LISTA DE VERIFICAÇÃO			
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE		
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA		
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX	Código: HVFX -IT- Edição:01	
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA		

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (S N N/A)
	operatório).			
20	Foi administrada terapêutica analgésica, anti-infecciosa, anti-inflamatória, anti-ulcerosa e anti-emética e/ou aplicar frio (ao longo do pós-operatório).			
21	Foi explicado a importância do enfaixamento dos membros inferiores com recurso às meias anti-embólicas.			
22	Avaliados e registados sinais vitais (ao longo do pós-operatório).			
23	Foi efetuado primeiro levante (após efetuar RX) recorrendo a um dispositivo de ajuda para alívio do excesso de carga parcial do membro intervencionado.			
Segundo dia após cirurgia:				
24	Foi removido dreno (<i>Redyvac</i>).			
25	O utente foi incentivado ao aumento gradual da carga parcial do membro.			
26	O utente iniciou e foi supervisionado o treino de marcha com canadianas em piso regular.			
Terceiro dia após cirurgia:				
27	O utente iniciou e foi supervisionado o treino de marcha com o auxílio de andarrilho ou canadianas em piso irregular (subir escadas).			
Realizar ensinamentos relativos aos posicionamentos:				
28	O utente manteve sempre a extensão e a abdução do			

Data: 11/ 07/2012	Assinatura:
Audidores: Enf ^a Edite Ferreira	


LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (S N N/A)
	membro intervencionado no leito.			
29	O utente manteve a almofada entre ambas as pernas para garantir o cumprimento da restrição de flexão e adução.			
30	Não posicionar em decúbito lateral para o lado operado.			
31	Ensino sobre o limitar a flexão a superior 60° nos primeiros 6 a 7 dias, e superior a 90° nos 2-3 meses seguintes.			
32	Evitar adução para além da linha média durante 2 a 3 meses.			
33	O utente foi encorajado a elevar e a baixar a cabeceira da cama durante o internamento.			
34	O utente foi incentivado a utilizar o trapézio para mudar de posição, durante a colocação da arrastadeira ou da cama a limpo.			

Cuidados à ferida cirúrgica:

35	Foi mantido a aspiração constante através do sistema de drenagem (primeiras 48H após cirurgia).			
36	Foi monitorizado e avaliado a saída de líquido (por turnos).			
37	Retirados drenos e executado tratamento à ferida cirúrgica às 48 horas com técnica asséptica.			
38	Após o primeiro tratamento, foi realizado penso de 4/4 dias e em SOS.			
39	Caso o penso operatório não seja impermeável, não o			

Data: 11/ 07/2012	Assinatura:
Auditores: Enf ^a Edite Ferreira	


LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição: 01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (S N N/A)
	molhar, protegendo-o com saco de plástico.			
40	Feita observação pelo enfermeiro se o penso está limpo e íntegro (por turnos).			
41	A partir da inexistência de exsudado a ferida pode ser exposta ao ar (penso oclusivo facultativo).			
42	Remover grafos alternadamente nos 15º e 17º dias após a intervenção.			
Orientação para a alta:				
43	Sensibilizado o utente para recorrer ao Serviço de Urgência se o penso repassar, se a pele em volta da cicatriz estiver muito quente ou se tiver temperatura superior a 38º.			
44	Foi sensibilizado para não faltar às consultas e aos exames marcados no momento da alta.			
45	Foram reforçados ensinios realizados durante o internamento e consulta pré-cirúrgica (evitar a adução e limitar a flexão da anca a 90).			
46	Foi sensibilizado para tomar os medicamentos a horas certas e manter a sua medicação habitual de domicílio.			
47	Sensibilizado e reforçado o uso de um auxiliar de marcha durante 2-3 meses.			
48	O enfermeiro assegurou a existência no domicílio de dispositivos auxiliares nas AVD's, tais como: assento elevado para a sanita, uma calçadeira de cabo longo, entre outros.			

Data: 11/ 07/2012	Assinatura:
Auditores: Enfª Edite Ferreira	


ANEXO IX

Auditoria aos Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA 1


LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição: 01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
Período Pré-Operatório:				
1	O enfermeiro realizou o acolhimento no serviço com entrega do guia de acolhimento do serviço.	Entrevista aos 2 utentes e aos enfº responsáveis	O utente verbalizou que foi feito acolhimento mas sem entrega de guia de acolhimento. Entrevistado o enfº responsável que referiu não ter entregue porque o utente tinha feito a consulta pré-cirúrgica das PTA com entrega de livro próprio.	Parcial
2	O enfermeiro identificou o utente com pulseira.	Observação dos 2 utentes		Total
3	O enfermeiro colocou na folha de consentimento cirúrgico o nome e parentesco do cuidador, com o número de telemóvel.	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
4	O enfermeiro explicou procedimentos pré-operatórios.	Entrevista aos 2 utentes e aos enfº responsáveis		Total
5	O enfermeiro avaliou e registou os sinais vitais.	Verificação dos processos clínicos dos 2 utentes		Total
6	Foi realizada tricotomia da área a ser intervencionada.	Observação dos	Não necessitou	Não

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Auditores: Edite Ferreira	


LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
		2 utentes		Aplicável
7	O enfermeiro informou e garantiu o jejum de 6 a 8 horas.	Entrevista aos 2 utentes e aos en ^o responsáveis		Total
8	Foi confirmado a existência de exames complementares de diagnóstico (ECG, Raios-X, e análises), consentimento informado e consulta de anestesia.	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
9	Foram efetuados ensinamentos de exercícios respiratórios e musculares, como: <ul style="list-style-type: none"> A dissociação dos dois tempos respiratórios O controlo dos movimentos respiratórios, ritmo e amplitude A tosse dirigida e/ou assistida A tonificação dos músculos dos membros inferiores (exercícios isométricos e isotónicos) 	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis	O utente referiu que ninguém lhe ensinou exercícios respiratórios, apenas os musculares. O en ^o refere que devido ao excesso de trabalho não foram efetuados os ensinamentos respiratórios.	Não Conforme Não Conforme Não Conforme Total
10	O enfermeiro disponibilizou-se para o esclarecimento de dúvidas.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis		Total
Dia da cirurgia:				
11	Foi supervisionado banho no chuveiro com desinfetante próprio.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o		Total
Data: 11/07/2012		Assinatura:		
Auditores: Edite Ferreira				

LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
		responsáveis		
12	Foi fornecida ao utente bata hospitalar.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis		Total
13	Foram retirados adornos (próteses, joalheria, etc).	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis		Total
14	Foram avaliados e registados sinais vitais.	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
15	Foi puncionada veia periférica no membro superior oposto ao lado da cirurgia.	Observação dos 2 utentes		Total
16	O enfermeiro verificou o processo clínico, que deve acompanhar o utente no seu transporte até ao Bloco Operatório.	Entrevista aos 2 en ^o responsáveis		Total
Período Pós-Operatório/Primeiro dia após cirurgia:				
17	Foi encorajado a manter o membro intervencionado em posição neutra, mantendo o alinhamento anatómico, com ligeira flexão do joelho, aproximadamente 20º e colocar um dispositivo de alívio de pressão no calcâneo.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis		Total
18	Foi incentivado e efetuar a alternância de decúbitos possíveis e tolerados, não efetuando o decúbito	Entrevista aos 2 utentes e aos 2		Total

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Auditores: Edite Ferreira	

LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA


Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
	homolateral à cirurgia, que está contra-indicado e ao realizar o decúbito contralateral colocar uma almofada entre os membros inferiores da coxa ao joelho (cuidados mantidos ao longo do pós-operatório).	enº responsáveis		
19	Foi incentivado a continuar a realizar os exercícios isométricos e isotónicos iniciados no pré-operatório, bem como os exercícios respiratórios (ao longo do pós-operatório).	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enº responsáveis	Apenas os musculares por referência do utente desconhece os respiratórios. O enº referiu que não esteve com o utente neste dia.	Não Conforme
20	Foi administrada terapêutica analgésica, anti-infecciosa, anti-inflamatória, anti-ulcerosa e anti-emética e/ou aplicar frio (ao longo do pós-operatório)	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
21	Foi explicado a importância do enfaixamento dos membros inferiores com recurso às meias anti-embólicas.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enº responsáveis		Total
22	Avaliados e registados sinais vitais (ao longo do pós-operatório).	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
23	Foi efetuado primeiro levante (após efetuar RX) recorrendo a um dispositivo de ajuda para alívio do excesso de carga parcial do membro intervencionado.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enº responsáveis		Total
Segundo dia após cirurgia:				

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Auditores: Edite Ferreira	

LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA


Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
24	Foi removido dreno (<i>Redyvac</i>).	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
25	O utente foi incentivado ao aumento gradual da carga parcial do membro.	Entrevista aos 2 en ^o responsáveis		Total
26	O utente iniciou e foi supervisionado o treino de marcha com canadianas em piso regular.	Entrevista aos 2 en ^o responsáveis		Total
Terceiro dia após cirurgia:				
27	O utente iniciou e foi supervisionado o treino de marcha com o auxílio de andarilho ou canadianas em piso irregular (subir escadas).	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis	O utente referiu que apenas no 4º dia após a cirurgia. O en ^o refere que não estava presente neste dia.	Não Conforme
Realizar ensinamentos relativos aos posicionamentos:				
28	O utente manteve sempre a extensão e a abdução do membro intervencionado no leito.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis		Total
29	O utente manteve a almofada entre ambas as pernas para garantir o cumprimento da restrição de flexão e adução.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis		Total

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Audidores: Edite Ferreira	

LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
30	Não posicionar em decúbito lateral para o lado operado.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis		Total
31	Ensino sobre o limitar a flexão a superior 60° nos primeiros 6 a 7 dias, e superior a 90° nos 2-3 meses seguintes.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis		Total
32	Evitar adução para além da linha média durante 2 a 3 meses.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis		Total
33	O utente foi encorajado a elevar e a baixar a cabeça da cama durante o internamento.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis		Total
34	O utente foi incentivado a utilizar o trapézio para mudar de posição, durante a colocação da arrastadeira ou da cama a limpo.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^o responsáveis		Total
Cuidados à ferida cirúrgica:				
35	Foi mantido a aspiração constante através do sistema de drenagem (primeiras 48H após cirurgia).	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
36	Foi monitorizado e avaliado a saída de líquido (por	Verificação dos		Total

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Auditores: Edite Ferreira	

LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição: 01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
	turnos).	2 processos clínicos		
37	Retirados drenos e executado tratamento à ferida cirúrgica às 48 horas com técnica asséptica.	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
38	Após o primeiro tratamento, foi realizado penso de 4/4 dias e em SOS.	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
39	Caso o penso operatório não seja impermeável, não o molhar, protegendo-o com saco de plástico.	Observação dos 2 utentes		Total
40	Feita observação pelo enfermeiro se o penso está limpo e íntegro (por turnos).	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
41	A partir da inexistência de exsudado a ferida pode ser exposta ao ar (penso oclusivo facultativo).	Observação dos 2 utentes e entrevista aos 2 en ^o responsáveis	Uso de penso na ferida cirúrgica por critério do ortopedista responsável pelo utente.	Não Conforme
42	Remover grafos alternadamente nos 15º e 17º dias após a intervenção.	Observação dos 2 utentes e entrevista aos 2 en ^o responsáveis	Utente com alta clinica ao 6º dia de internamento.	Não aplicável
Orientação para a alta:				
43	Sensibilizado o utente para recorrer ao Serviço de	Entrevista aos 2		Total

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Audidores: Edite Ferreira	


LISTA DE VERIFICAÇÃO			
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE		
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA		
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>Código: HVFX -IT-</td> </tr> <tr> <td>Edição:01</td> </tr> </table>	Código: HVFX -IT-	Edição: 01
	Código: HVFX -IT-		
Edição: 01			
OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA			

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
	Urgência se o penso repassar, se a pele em volta da cicatriz estiver muito quente ou se tiver temperatura superior a 38º.	utentes e aos 2 enfº responsáveis		
44	Foi sensibilizado para não faltar às consultas e aos exames marcados no momento da alta.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
45	Foram reforçados ensinamentos realizados durante o internamento e consulta pré-cirúrgica (evitar a adução e limitar a flexão da anca a 90).	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
46	Foi sensibilizado para tomar os medicamentos a horas certas e manter a sua medicação habitual de domicílio.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
47	Sensibilizado e reforçado o uso de um auxiliar de marcha durante 2-3 meses.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
48	O enfermeiro assegurou a existência no domicílio de dispositivos auxiliares nas AVD's, tais como: assento elevado para a sanita, uma calçadeira de cabo longo, entre outros.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total


Data: 11/07/2012	Assinatura:
Auditores: Edite Ferreira	

ANEXO X

Auditoria aos Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA 2


LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N NA)
Período Pré-Operatório:				
1	O enfermeiro realizou o acolhimento no serviço com entrega do guia de acolhimento do serviço.	Entrevista aos 2 utentes e aos enfº responsáveis		Total
2	O enfermeiro identificou o utente com pulseira.	Observação dos 2 utentes		Total
3	O enfermeiro colocou na folha de consentimento cirúrgico o nome e parentesco do cuidador, com o número de telemóvel.	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
4	O enfermeiro explicou procedimentos pré-operatórios.	Entrevista aos 2 utentes e aos enfº responsáveis		Total
5	O enfermeiro avaliou e registou os sinais vitais.	Verificação dos processos clínicos dos 2 utentes		Total
6	Foi realizada tricotomia da área a ser intervencionada.	Observação dos 2 utentes		Total
7	O enfermeiro informou e garantiu o jejum de 6 a 8 horas.	Entrevista aos 2 utentes e aos enfº responsáveis		Total
8	Foi confirmado a existência de exames	Verificação dos		Total
Data: 11/07/2012		Assinatura:		
Auditores: Edite Ferreira				

LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA


Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N NA)
	complementares de diagnóstico (ECG, Raios-X, e análises), consentimento informado e consulta de anestesia.	2 processos clínicos		
9	Foram efetuados ensinamentos de exercícios respiratórios e musculares, como: <ul style="list-style-type: none"> • A dissociação dos dois tempos respiratórios • O controlo dos movimentos respiratórios, ritmo e amplitude • A tosse dirigida e/ou assistida • A tonificação dos músculos dos membros inferiores (exercícios isométricos e isotónicos) 	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^{fo} responsáveis	O utente referiu que ninguém lhe ensinou exercícios respiratórios nem musculares. O en ^{fo} entrevistado não esteve com o utente neste dia e referiu que é trabalho do enfermeiro de reabilitação.	Não Conforme Não Conforme Não Conforme Não Conforme
10	O enfermeiro disponibilizou-se para o esclarecimento de dúvidas.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^{fo} responsáveis		Total
Dia da cirurgia:				
11	Foi supervisionado banho no chuveiro com desinfetante próprio.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^{fo} responsáveis		Total
12	Foi fornecida ao utente bata hospitalar.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^{fo} responsáveis		Total

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Audidores: Edite Ferreira	

LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA


Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
13	Foram retirados adornos (próteses, joalheria, etc).	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
14	Foram avaliados e registados sinais vitais.	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
15	Foi puncionada veia periférica no membro superior oposto ao lado da cirurgia.	Observação dos 2 utentes		Total
16	O enfermeiro verificou o processo clínico, que deve acompanhar o utente no seu transporte até ao Bloco Operatório.	Entrevista aos 2 enfº responsáveis		Total
Período Pós-Operatório/Primeiro dia após cirurgia:				
17	Foi encorajado a manter o membro intervencionado em posição neutra, mantendo o alinhamento anatómico, com ligeira flexão do joelho, aproximadamente 20º e colocar um dispositivo de alívio de pressão no calcâneo.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
18	Foi incentivado e efetuar a alternância de decúbitos possíveis e tolerados, não efetuando o decúbito homolateral à cirurgia, que está contra-indicado e ao realizar o decúbito contralateral colocar uma almofada entre os membros inferiores da coxa ao joelho (cuidados mantidos ao longo do pós-operatório).	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Auditores: Edite Ferreira	


LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AValiação AUDITORES (T P N N/A)
19	Foi incentivado a continuar a realizar os exercícios isométricos e isotónicos iniciados no pré-operatório, bem como os exercícios respiratórios (ao longo do pós-operatório).	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis	O utente refere que ninguém lhe falou destes exercícios. O enfº verbalizou que estes ensinamentos são feitos pelo enfº de reabilitação.	Não Conforme
20	Foi administrada terapêutica analgésica, anti-infecciosa, anti-inflamatória, anti-ulcerosa e anti-emética e/ou aplicar frio (ao longo do pós-operatório).	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
21	Foi explicado a importância do enfaixamento dos membros inferiores com recurso às meias anti-embólicas.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
22	Avaliados e registados sinais vitais (ao longo do pós-operatório).	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
23	Foi efetuado primeiro levante (após efetuar RX) recorrendo a um dispositivo de ajuda para alívio do excesso de carga parcial do membro intervencionado.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
Segundo dia após cirurgia:				
24	Foi removido dreno (<i>Redyvac</i>).	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
25	O utente foi incentivado ao aumento gradual da carga	Entrevista aos 2		

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Audidores: Edite Ferreira	


LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
	parcial do membro.	enfº responsáveis		Total
26	O utente iniciou e foi supervisionado o treino de marcha com canadianas em piso regular.	Entrevista aos 2 enfº responsáveis		Total
Terceiro dia após cirurgia:				
27	O utente iniciou e foi supervisionado o treino de marcha com o auxílio de andarilho ou canadianas em piso irregular (subir escadas).	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
Realizar ensinamentos relativos aos posicionamentos:				
28	O utente manteve sempre a extensão e a abdução do membro intervencionado no leito.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
29	O utente manteve a almofada entre ambas as pernas para garantir o cumprimento da restrição de flexão e adução.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
30	Não posicionar em decúbito lateral para o lado operado.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
31	Ensino sobre o limitar a flexão a superior 60º nos primeiros 6 a 7 dias, e superior a 90º nos 2-3 meses	Entrevista aos 2 utentes e aos 2		Total
Data: 11/07/2012		Assinatura:		
Auditores: Edite Ferreira				

LISTA DE VERIFICAÇÃO		
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE	
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA	
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>Código: HVFX -IT-Edição:01</td> </tr> </table>	Código: HVFX -IT-Edição:01
	Código: HVFX -IT-Edição:01	
OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA		


Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
	seguintes.	enfº responsáveis		
32	Evitar adução para além da linha média durante 2 a 3 meses.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
33	O utente foi encorajado a elevar e a baixar a cabeceira da cama durante o internamento.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
34	O utente foi incentivado a utilizar o trapézio para mudar de posição, durante a colocação da arrastadeira ou da cama a limpo.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
Cuidados à ferida cirúrgica:				
35	Foi mantido a aspiração constante através do sistema de drenagem (primeiras 48H após cirurgia).	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
36	Foi monitorizado e avaliado a saída de líquido (por turnos).	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
37	Retirados drenos e executado tratamento à ferida cirúrgica às 48 horas com técnica asséptica.	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
38	Após o primeiro tratamento, foi realizado penso de 4/4	Verificação dos		Total

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Auditores: Edite Ferreira	

LISTA DE VERIFICAÇÃO	
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX Código: HVFX -IT- Edição:01
	OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N N/A)
	dias e em SOS.	2 processos clínicos		
39	Caso o penso operatório não seja impermeável, não o molhar, protegendo-o com saco de plástico.	Observação dos 2 utentes		Total
40	Feita observação pelo enfermeiro se o penso está limpo e íntegro (por turnos).	Verificação dos 2 processos clínicos		Total
41	A partir da inexistência de exsudado a ferida pode ser exposta ao ar (penso oclusivo facultativo).	Observação dos 2 utentes e entrevista aos 2 enfº responsáveis	Uso de penso na ferida cirúrgica. O enfº referiu que é por critério do ortopedista.	Não Conforme
42	Remover agrafos alternadamente nos 15º e 17º dias após a intervenção.	Observação dos 2 utentes e entrevista aos 2 enfº responsáveis	Utente com alta clinica ao 6º dia de internamento.	Não aplicável
Orientação para a alta:				
43	Sensibilizado o utente para recorrer ao Serviço de Urgência se o penso repassar, se a pele em volta da cicatriz estiver muito quente ou se tiver temperatura superior a 38º.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº responsáveis		Total
44	Foi sensibilizado para não faltar às consultas e aos exames marcados no momento da alta.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 enfº		Total

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Auditores: Edite Ferreira	

LISTA DE VERIFICAÇÃO			
	MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA A QUALIDADE		
	INSTRUÇÃO: AUDITORIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UTENTES SUBMETIDOS A PTA		
	ÂMBITO: Serviço de ortopedia do HVFX <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>Código: HVFX -IT-</td> </tr> <tr> <td>Edição: 01</td> </tr> </table>	Código: HVFX -IT-	Edição: 01
	Código: HVFX -IT-		
Edição: 01			
OBJECTIVOS: Melhorar os Cuidados de Enfermagem ao Utente com PTA			

Nº	REFERENCIAL/ CRITÉRIOS ITEMS A VERIFICAR	AMOSTRAGEM	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO AUDITORES (T P N NA)
		responsáveis		
45	Foram reforçados ensinamentos realizados durante o internamento e consulta pré-cirúrgica (evitar a adução e limitar a flexão da anca a 90).	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^{fo} responsáveis		Total
46	Foi sensibilizado para tomar os medicamentos a horas certas e manter a sua medicação habitual de domicílio.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^{fo} responsáveis		Total
47	Sensibilizado e reforçado o uso de um auxiliar de marcha durante 2-3 meses.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^{fo} responsáveis		Total
48	O enfermeiro assegurou a existência no domicílio de dispositivos auxiliares nas AVD's, tais como: assento elevado para a sanita, uma calçadeira de cabo longo, entre outros.	Entrevista aos 2 utentes e aos 2 en ^{fo} responsáveis		Total

Data: 11/07/2012	Assinatura:
Audítores: Edite Ferreira	

ANEXO XI

Relatório da Auditoria



RELATÓRIO DE AUDITORIA

TEMA - Cuidados de Enfermagem a Utentes submetidos a PTA

OBJECTIVOS - Melhorar os Cuidados de Enfermagem Prestados aos Utentes com PTA

ÂMBITO - Serviço de Ortopedia

DATA - 11/07/2012

DURAÇÃO - 2 Horas

AUDITOR COORDENADOR - Enfª Edite Ferreira

AUDITOR - Enfª Edite Ferreira

REFERENCIAIS/ CRITÉRIOS - Manual da qualidade do serviço

DOCUMENTOS APLICÁVEIS:

Instrução de trabalho - *Cuidados de Enfermagem ao Utente Submetido a Prótese Total da Anca*

METODOLOGIA:

- ✓ Entrevista a enfermeiros responsáveis e utentes
- ✓ Observação dos utentes
- ✓ Consulta e observação de processos clínicos

1-SUMÁRIO EXECUTIVO

O auditor agradece a forma cordial como foi recebida na Unidade Clínica auditada, salientando a disponibilidade dos profissionais no acesso às evidências requeridas, assim como o interesse na implementação de medidas de melhoria nos cuidados de enfermagem a utentes submetidos a PTA. A equipa de enfermagem presente verbalizou que “*seria um momento de reflexão pessoal*” dos cuidados que prestavam aos utentes com PTA.

Foram auditados os dois enfermeiros responsáveis pelos dois utentes com PTA, entrevistados estes mesmos utentes e feita consulta do seu processo clínico.

Dos critérios analisados no **Período Pré-Operatório** e segundo as entrevistas realizadas aos enfermeiros auditados, aos dois utentes e após consulta de processos clínicos concluiu-se que 70% dos itens verificados apresenta **Conformidade Total** com exceção que apenas a um utente foi entregue o guia de acolhimento do serviço (o enf^o refere que como o utente já tinha o livro “Vida Ativa” entregue na consulta pré-operatória, não entregou para não haver repetição da informação).

Relativamente ao item 6 (tricotomia da área cirúrgica) apenas foi aplicado a um utente ao outro não se aplicou por não ser necessário. No item 9 relativo aos ensinamentos respiratórios verificou-se que existe 100 % **não conformidade** e apenas a um utente foram realizados ensinamentos de exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores pelo enf^o de reabilitação.

No **Dia da Cirurgia** em ambos os utentes e após análise do processo clínico, observação do utente, entrevista ao utente e enfermeiro responsável constatou-se 100% de **Conformidade Total**.

Durante o **Período Pós-Operatório/Primeiro dia após cirurgia** verificou-se que existia **Conformidade Total** (85,7%) nos itens auditados nos dois utentes com exceção do item 19 que existe uma **não conformidade** para ambos os utentes, uma vez que se constatou que após entrevista aos auditados, ambos verbalizaram que não foram realizados ensinamentos de exercícios respiratórios.

No **Segundo dia após cirurgia** existe 100% **Conformidade Total**.

No **Terceiro dia após cirurgia** existe uma **Conformidade Total** de 50%, porque dos dois utentes apenas um iniciou treino de marcha em piso irregular neste dia, detetando-se uma não conformidade.

Quanto ao item “**Realizar ensinamentos relativos aos posicionamentos**” nos dois utentes constatou-se 100% de **Conformidade Total** em relação a esta fase.

Nos **Cuidados à ferida cirúrgica** predomina também uma maioria de **Conformidade Total** (75%), apenas no item 41 e após observação dos utentes existe uma **não conformidade**, ambos apresentavam ferida cirúrgica protegida por um penso oclusivo por indicação médica. Também o item 42 em ambos os utentes não é aplicado porque tiveram alta clínica do serviço antes da remoção dos agrafos.

Nos itens **Orientação para a alta** em ambos os utentes existe 100 % **Conformidade Total**.

Tendo em conta os resultados apresentados (Quadro I) e como referência a percentagem 85% de conformidade total apresentada em *Audit Tools for Monitoring Infection Control Standards* (2004) consideramos que esta auditoria apresenta **Conformidade Total** com resultados **87,5%** encontrando-se de forma bastante positiva dentro das conformidades exigidas pela instrução de trabalho, assegurando desta forma uma adequada qualidade dos cuidados prestados no serviço de ortopedia.

Quadro I - % de Conformidades

Nível de Conformidade	
Critérios: Cuidados de Enfermagem a Utes submetidos a PTA	Score
Conformidade Total	87,5%
Conformidade Parcial	4,16%
Não Conforme	6,25%

Não aplicável

2,08%

As medidas de melhoria propostas são:

Período Pré-Operatório

- Incentivar a equipa para entrega do guia de acolhimento mesmo sendo entregue na consulta pré-operatória o livro "Vida Ativa".
- Promover junto da equipa a realização de ensinamentos respiratórios e musculares para a prevenção de complicações que possam surgir durante o internamento.

Período Pós-Operatório/Primeiro dia após cirurgia:

- Reforçar os ensinamentos já efetuados no pré-operatório pelo enfermeiro dos cuidados gerais, não esperar que seja apenas o enfermeiro de reabilitação a realizar.

Terceiro dia após cirurgia:

- Cumprir o plano de reabilitação dos utentes internados salvo exceções por dificuldades do utente.

Cuidados à ferida cirúrgica:

- Respeitar a prescrição médica.

*Tendo em conta que as ações de melhoria recaem sobre cuidados de reabilitação sugiro a permanência do enfermeiro de reabilitação nos turnos da tarde e fim-de-semana (nos dias úteis de manhã existe fisioterapeuta) com disponibilidade total para cuidados específicos de reabilitação.