



Marta Sofia Cabaça Pias

Relatório de Trabalho de Projeto

Segurança do Cliente

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Prof. Dra. Maria de Lurdes Martins

MAIO | 2013

***“O homem primeiro tropeça,
depois anda,
depois corre,
um dia voará...”***

José Saramago

Vondelpark, Amesterdão, 2009



**Poderá o homem voar,
sem primeiro concetualizar o voo?**

AGRADECIMENTOS

À minha família pela intensidade dos momentos vividos, quando a minha disponibilidade para vós não pode ser total, estarão sempre no meu coração.

Aos meus amigos por não desistirem de mim.

Aos Enfermeiro Orientadores pelos desafios lançados e por me fazer acreditar, todos os dias, que é este o caminho que quero seguir.

Aos colegas pelo apoio, por participarem e acreditarem nos meus projetos.

À Enfermeira Chefe, pelo apoio incondicional.

Aos Mestres que têm iluminado este caminho, Professora Doutora Lurdes Martins, Professora Doutora Alice Ruivo e Professora Doutora Lucília Nunes.

A todos os Docentes deste Mestrado pelos conhecimentos partilhados.

... a todos, estou eternamente agradecida!

Resumo

O presente relatório conduz-nos, através de um processo descritivo, de análise e reflexão, à síntese do percurso desenvolvido com vista à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e à obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Em seguimento do plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e dos objetivos enunciados, recorreremos à metodologia de projeto, centrada na resolução de problemas, optando-se pela análise crítica e reflexiva do projeto de desenvolvimento académico, do projeto de aprendizagem clínica e do projeto de intervenção em serviço e da aquisição do perfil de competências de Mestre, suportados por um referencial teórico.

Através do projeto de intervenção em serviço foi desenvolvido um projeto de segurança do cliente, numa unidade de cuidados intensivos coronários, que evidencia o papel do Enfermeiro Especialista, na segurança do cliente e na qualidade dos cuidados, tendo por base a segurança como foco de enfermagem, descrito na CIPE versão 2 (2011), da seguinte forma, papel de estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.

Reconhecemos como áreas centrais de estudo deste relatório o conhecimento científico em enfermagem, a qualidade dos cuidados, a segurança do cliente, o controlo de infeção e o cuidado à pessoa em situação crítica.

Palavras-Chave: Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Segurança do Cliente, Política de Segurança, Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Abstract

This report takes us, through a descriptive process of analysis and reflexion, to the end of the journey for the acquisition of abilities to become a medical-surgical nurse in critic patient care and to the achievement of the master's degree in the medical- surgical nursing.

Following the masters degree in medical- surgical nursing curriculum from the Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal and the provided objectives, we resort to the project methodology, centred on problem solving, choosing the critic and reflective analysis of the academic path, learning project and the intervention project applied in the hospital, as well as the acquisition of the masters abilities, supported by theoretical references.

Using the intervention project, a patient safety protocol was designed, in a coronary intensive care unit, focusing on the expert nursing's role, patient safety and patient care quality, based on Safety as a Nursing focus, described on CIPE version 2 (2011), as the role of being safe, out of harm, risk or lesion.

We recognize as central areas of study in this report, the scientific knowledge of nursing, patient care quality, patient safety, infection control and critical patient care.

Key words: Masters in Medical-Surgical Nursing, Expert in Critical Patient Care, Patient's Safety, Safety Policies, Nursing Care Quality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACCN- American Association of Critical Care
CCI- Comissão de Controle de Infecção
CDI- Cardiodesfibrilhador Implantável
CH- Centro Hospitalar
CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DAV- Dispositivo de Assistência Ventricular
DGS- Direção Geral de Saúde
EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio
ECTS- European Credit Transfer and Accumulation System
Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos
ERS- Entidade Reguladora de Saúde
ESS- Escola Superior de Saúde
EVA- Escala Visual Analógica
FMEA- Failure Mode and Effects Analysis
GIARC- Gabinete de Indicadores e Auditoria
IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva
IPS- Instituto Politécnico de Setúbal
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
PAC- Projeto de Aprendizagem Clínica
PIS - Projeto de Intervenção em Serviço
PNCI- Plano Nacional de Controlo de Infecção
REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCA- Síndrome Coronário Agudo
Sr.- Senhor
Sr^a.- Senhora

SWOT- Strengths, Weakness, Opportunities

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCICOR- Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
	2.1 ESTADO DE ARTE- SEGURANÇA	27
3.	ANÁLISE DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÊMICO	37
4.	ANÁLISE DO PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	49
5.	SÍNTESE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	75
6.	REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	100
7.	CONCLUSÃO	109
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
APÊNDICES		
	I- Trabalho de Grupo – Módulo de Supervisão de Cuidados	120
	II- Trabalho de Grupo – Módulo de Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos	136
	III- Relatórios de Participação em Congressos, Reuniões e Conferências	151
	IV- Plano de Sessão - “Monitorização da Pressão Arterial Invasiva e Gasimetria”	158
	V- Guia de Acolhimento do Cliente	160
	VI- Diagrama de Espinha de Peixe	163
	VII- Análise SWOT	165
	VIII- FMEA	167
	IX- Mapa de Planeamento e Avaliação do PIS	171
	X- Check-List de Segurança do Cliente Admitido na UCICOR	175
	XI- Procedimento de Preenchimento de Check-List de Segurança do Cliente	178

XII- Procedimento de Atuação para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário na Pessoa Algalhada	182
XIII- Lista de Documentos Compilados para Apoio à Check-List de Segurança	187
XIV- Plano das Sessões de Formação	190
XV- Cronogramas	194
XVI- Grelha de Auditoria e Avaliação de Indicadores	196
XVII- Artigo de Investigação	205

ANEXOS

I- Certificados de Presença em Congressos, Reuniões e Conferências	222
II- Documentos da Campanha de Higienização das Mãos	226
III- Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	231
IV- Check-List de Segurança da ERS	233
V- Mapa de Registo das Atividades de Limpeza	242

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório assume-se como o relato de um caminho teórico e reflexivo construído, tendo como fim a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e a obtenção de grau acadêmico de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A obtenção do grau de Mestre, de acordo com o Decreto-Lei nº. 74/2006 de 24 de março pressupõe: *“no artigo 18º, nº 4 - No ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional. No artigo 20º, 1- O ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre integra: a) Um curso de especialização, constituído por um conjunto organizado de unidades curriculares, denominado Curso de Mestrado, a que corresponde um mínimo de 50% do total dos créditos do ciclo de estudos; b) Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados, nos termos que sejam fixados pelas respetivas normas regulamentares, a que corresponde um mínimo de 35% do total dos créditos do ciclo de estudos. Em curso de Mestrado com 90 ECTS, tal mínimo representa 31,5 ECTS.”*

Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, p.2247

A obtenção do título de Enfermeiro Especialista visa, segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros a *“competência científica técnica e humana para prestar, para além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica”*.

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, artigo 7º, p.1742

Não poderíamos deixar de o começar de outra forma que não esta:

“O homem primeiro tropeça, depois anda, depois corre, um dia voará...”

José Saramago (1999), p.63

Porque a vida é isto mesmo, uma procura incessante pela superação e satisfação. Na enfermagem as asas que nos movem são a procura pela excelência do cuidar. O que se faz? Como se faz? Porquê desta forma? São questões que surgem diariamente na praxis de enfermagem. Questões que surgem no cuidar o outro, que nos faz um pedido e que sendo um ser único espera de nós a resposta adequada ao seu pedido.

Este Mestrado em Enfermagem teve para nós o grande objetivo da procura de novas aprendizagens e novos conhecimentos, que permitam uma maior qualidade nos cuidados prestados.

O contexto deste relatório ocorre no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), constitui-se como instrumento de avaliação – Trabalho de Projecto, associado à realização dos estágios curriculares Tendo sido realizados três estágios, os estágios I e II com um total de dezasseis ECTS correspondentes a quatrocentas e trinta e duas horas, que decorreram numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR), de um Centro Hospitalar (CH) do distrito de Setúbal, entre 26 setembro e 8 fevereiro de 2012. O estágio III com um total de dezasseis ECTS, correspondentes a quatrocentas e trinta e duas horas totais, decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR), na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) e no Gabinete de Indicadores e Auditoria Clínica (GIARC) de um Centro Hospitalar (CH) do distrito de Setúbal entre 19 março de 2012 e 11 de julho de 2012. Foi também, desenvolvido um projeto de intervenção em serviço, na área da segurança do cliente na UCICOR.

Tendo por referência Fortin (1999), os relatórios de investigação documentam os aspetos principais da investigação e apresentam finalidades diversas. Um relatório de investigação enquanto trabalho académico tem por objetivos comunicar resultados e demonstrar o sucesso académico do autor, que resultará na concessão de um grau académico, nomeadamente no Grau de Mestre. Este relatório documenta o percurso percorrido no desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço e do Projeto de Aprendizagem Clínica e apresenta como principais objetivos dar a conhecer os resultados que advêm dos dois projetos, tendo como referência os objetivos gerais do mestrado, legalmente fixados em Decreto-Lei:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, p.2246

Objetivos estes associados ao desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, definidas pela OE - publicadas em Decreto-Lei e ao desenvolvimento de um perfil de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica definidas pela ESS-IPS.

Devido à complexidade dos vários temas optou-se pela metodologia descritiva da aquisição de conhecimento, acompanhada de análise crítica e reflexiva.

Este trabalho encontra-se estruturado em oito capítulos, introdução, enquadramento concetual, análise do projeto de aprendizagens académicas, análise do projeto de aprendizagem clínica/competências, síntese do projeto de intervenção em serviço, reflexão sobre a aquisição do perfil de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, conclusão e referências bibliográficas.

No enquadramento concetual, optámos por um enquadramento histórico-social da ciência social e humana da enfermagem, num caminho em que se procura um referencial teórico de identificação. A Teórica de Enfermagem que nos acompanhou ao longo deste percurso/relatório foi Imogene King com a sua Teoria de Sistemas de Interação e Teoria de Consecussão de Objetivos.

Na análise do projeto de aprendizagens académicas, fazemos recurso aos conteúdos programáticos lecionados no terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e aos trabalhos académicos realizados na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, composta pelos módulos de supervisão de cuidados, de seminário de peritos sobre catástrofe e planos de emergência, de cuidados ao cliente em fim de vida, de questões éticas complexas, de espiritualidade e cuidados de enfermagem, de intervenções de enfermagem ao cliente com problemas cardiovasculares e de intervenções de enfermagem a clientes em situação de urgência.

Na análise do projeto de aprendizagem clínica/competências, optámos por proceder à explicitação, análise e reflexão das atividades desenvolvidas na aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Enfermagem em Situação Crítica, em contexto de estágio.

Na síntese de projeto de intervenção em serviço, à luz da metodologia de projeto, efetuámos um resumo das fases em que se constituiu o projeto de segurança do cliente admitido na UCICOR, damos a conhecer e refletimos sobre os seus resultados no aumento da segurança do cliente e dos cuidados prestados, tendo por base a melhoria contínua da qualidade e sobre os contributos para a nossa aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista e de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Na reflexão sobre a aquisição do perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, optámos pela análise reflexiva da aquisição do perfil de competências previamente definido pela ESS em ligação às competências comuns do Enfermeiro Especialista, às competências específicas da área clínica e às atividades desenvolvidas em contexto de estágio.

Na conclusão será apresentada a síntese deste relatório e a análise da consecução dos objetivos.

A bibliografia é constituída pela lista de documentos que foram utilizados na realização deste relatório (Fortin, 1999).

Todo o relatório se rege pela Norma Portuguesa 405.

Com a finalidade de dar a conhecer os resultados do presente relatório, foi redigido um artigo, com intuito de divulgação nacional e internacional, disponível em apêndice.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

“O senso comum é melhor para uma esfera da vida, a ciência para outra e a crítica filosófica para uma terceira: mas só Deus sabe qual deles é, em termos absolutos, mais verdadeiro”

William James, 1906 in Santos, 2002, p.52

Organizar o pensamento em enfermagem implica compreender a enfermagem enquanto ciência social e humana. Na dicotomia entre ciências naturais e as ciências sociais, à luz da dupla rutura epistemológica, Boa Ventura de Sousa Santos (2002), conclui que o conhecimento é por si só uma prática social, que tem por fim atribuir sentido a outras práticas sociais e contribuir para a sua evolução. Que a complexidade de uma sociedade reside na configuração de conhecimentos adequados às práticas sociais. Que a autenticidade de cada forma de conhecimento consiste na sua adequação à prática e que a crítica de qualquer forma de conhecimento implica a crítica da prática social, a que este se pretende adequar. Essa crítica, já mais deve ser confundida com a crítica dessa forma de conhecimento – *“(...) pois a prática que se conhece e o conhecimento que se pratica estão sujeitos a determinações parcialmente diferentes.”*

Santos, 2002, p 52

Parece legítimo, através das assunções precedentes, que compreender a enfermagem enquanto ciência requeira que se compreenda o seu percurso histórico e social e só depois as suas concetualizações e teorias.

Na história da enfermagem é notória a existência de duas fases: a fase pré-profissional e a fase profissional (Bento 1997, de acordo com Meyer 1995).

A fase pré-profissional tem início na pré-história e perdura por milhares de anos, nesta fase o cuidar não constitui um ofício, mas sim um papel social inerente à mulher. Desde sempre foi a mulher que cuidou das crianças, dos doentes, dos adultos e da família, do moribundo... à mulher cabe o cuidado no nascimento, na sustentabilidade da vida e no cuidado na morte. (Bento 1997, segundo Collière, 1989).

A partir do século VI, ligado à Igreja Católica, emerge o modelo religioso na prática dos cuidados. É nesta fase que surgem as primeiras instituições, normalmente junto dos mosteiros, os cuidados são também eles prestados por pessoas ligadas à Igreja. A filosofia do cuidado assentava nos ideais cristãos de caridade, devoção e amor pelo próximo. A doença era vista como um castigo de Deus e aqueles que cuidavam procuravam a salvação da sua própria alma.

Nesta fase o cuidado deixa de ter como foco o corpo e passa a ter como foco a alma, deixa de ter como fim o bem-estar e passa a focalizar-se na doença interpretada como castigo, é também nesta fase que no cuidado surge o aconselhamento, o ensino, o consolo, o suporte e a busca pelo perdão.

Até ao século XVIII o hospital era a instituição que prestava cuidados aos pobres e aos enfermos que constituíam perigo, logo teriam que ser afastados da sociedade.

Com o renascimento, o capitalismo, a reforma protestante e a separação do poder político da Igreja, a mulher religiosa afasta-se do seu papel de enfermeira, cedendo o seu lugar à mulher laica, normalmente serviçais que vinham do campo para a cidade. Contudo estas mantinham a mesma ideologia e os mesmos valores morais e religiosos.

O período seguinte caracteriza-se pelo encontro da medicina com a enfermagem, no mesmo espaço – no hospital e no doente.

A medicina assume o topo hierárquico do hospital e nesta fase estabelecem-se as primeiras relações de subordinação ligadas à prática de enfermagem, que até então era independente da prática da medicina.

O modelo religioso do cuidado é então substituído pelo cuidado com o ambiente do doente. E nesta altura a enfermagem passa à fase profissional.

É com a necessidade sentida pelos médicos, da presença de alguém que os pudesse assistir de forma científica, que surge a necessidade de formação científica e treino na enfermagem - nascendo então a enfermagem profissional moderna.

No final do século XIX começam a surgir as Escolas de Enfermagem, cujo foco era a arte de cuidar o doente, o ensino da enfermagem é confiado aos médicos. Mesmo a escola fundada por Nightingale tinha como filosofia “(...) treinamento é capacitar a enfermeira para agir da melhor forma na execução de ordens (...) é torná-la não servil, mas fiel às ordens médicas e de autoridades” (Nutting e Doek, in Bento, 1997, p.34)

Com a evolução das ciências naturais, a física, a química, a biologia, o contexto de guerra, novas exigências e desafios surgem na medicina, que desenvolve técnicas de diagnóstico e terapêutica.

O doente no hospital constitui objeto de estudo médico, dá-se a separação do corpo do espírito, o objetivo de interesse e investigação passa a ser a doença e não o doente. Surgem as primeiras funções delegadas nas enfermeiras e a primeira parece mesmo ter sido a avaliação da temperatura corporal. A prática dos cuidados nesta fase centra-se na doença e o ensino de enfermagem, centra-se num duplo modelo, o religioso que capacita a enfermeira a servir o doente e o modelo auxiliar do médico, que lhe confere conhecimentos técnicos de medicina, cirurgia, anatomia, entre outros, que lhe permite o auxílio do médico. Nesta época a enfermagem centra-se nos cuidados curativos e no modelo biomédico dos cuidados pela afirmação através da tecnicidade.

No século XX, com a emergência da psicanálise e da psicologia, um novo entendimento sobre o homem emerge, inspirando e impulsionando uma nova luz na enfermagem.

Nesta fase os cuidados passam a centrar-se na pessoa, o doente deixa de ser visto como portador de doença, para passar a ser um ser bio-psico-sócio-cultural-espiritual, ponto de partida e de chegada dos cuidados.

Nesta nova perspetiva a enfermagem concretiza os cuidados que ajudam as pessoas a satisfazerem as suas necessidades para manterem ou recuperarem saúde.

Surge a necessidade de conhecer verdadeiramente a pessoa de quem se cuida, de utilizar novas técnicas e métodos de trabalho. A disciplina de enfermagem diferencia-se da disciplina médica e cria-se novamente espaço para a autonomia de enfermagem.

No mundo atual com a abertura das fronteiras culturais, económicas e políticas, com a evolução dos meios de comunicação, com o surgimento de novos padrões de doença muito associados ao estilo de vida e ao meio ambiente, o surgimento de novas conceções de saúde e de doença fazem emergir uma nova fase de cuidados centrados na abertura sobre o mundo.

Os cuidados de enfermagem aproximam-se da comunidade e descentralizam-se do hospital. Colocam-se em causa as tecnologias pesadas e invasivas, valorizando-se técnicas mais simples que possam ser compreendidas pelas pessoas. A pessoa é co-responsável nos cuidados. Os cuidados de enfermagem nesta perspetiva organizam-se em cuidados relacionados com a manutenção e continuidade da vida e os cuidados relacionados com as necessidades de reparar o que possa constituir um obstáculo à vida. Nesta conceção é notório o papel social dos cuidados de enfermagem no seio da equipa multidisciplinar.

A autora (Bento,1997) refere ainda que na busca pela identidade, a primeira expressão do saber em enfermagem foram as técnicas de enfermagem, através da descrição organizada e rigorosa dos procedimentos.

Na década de 50-60, nos Estados Unidos da América surge a preocupação de organizar os princípios científicos que orientam a prática de enfermagem, procurando justificar as técnicas de enfermagem tendo por base as ciências naturais e sociais.

A busca pela autonomia e pela especificidade, levou grandes intelectuais da enfermagem, hoje conhecidas como teóricas, a organizarem os seus trabalhos para a construção de um saber específico de enfermagem – com a sua expressão em conceitos, teorias e modelos de enfermagem.

Estas concepções de enfermagem visam a orientação da prática e permitem melhorá-la através da descrição, explicação, predição e controlo de sintomas.

No livro “La Pensée Infirmière” de Kerouac et al, as concepções de enfermagem são organizadas em seis escolas.

Sendo elas a Escola das Necessidades, em que a enfermagem tem por base o restabelecimento da independência da pessoa para a realização de atividades que permitam satisfazer as necessidades quando a pessoa apresenta défice na sua execução.

A Escola da Interação que se caracteriza pela interação entre pessoas (enfermeira – pessoa) com o mesmo objetivo de procura de um estado funcional de saúde.

A Escola dos Resultados que busca como finalidade dos cuidados de enfermagem o restabelecimento de um equilíbrio homeostático e de sinergias.

A Escola da Promoção de Saúde cuja finalidade consiste na promoção da saúde, na sua manutenção, reforço e desenvolvimento, através de processos de aprendizagem.

Na Escola do Ser Humano Unitário, a finalidade dos cuidados centra-se na procura pela harmonia entre homem e ambiente, para que se

atinga o máximo bem-estar dentro do potencial de saúde de cada pessoa, família ou grupo.

Por fim, a Escola do Cuidar defende que a enfermagem tem por foco principal o cuidado. As teóricas desta escola defendem a melhoria da qualidade dos cuidados a sua orientação consiste na abertura sobre o mundo.

Também no século XX com a profissionalização da enfermagem, com uma crescente preocupação do seu desenvolvimento, com a uniformização curricular do curso, com a transferência do ensino de enfermagem das Escolas de Enfermagem com sede em Hospitais para o ensino superior, os enfermeiros começam a procurar níveis mais avançados de formação, começam a dedicar-se à investigação, o que leva à produção de conhecimento. Assim surgiram novos cursos pós-graduados, mestrados e doutoramentos, que dão especial enfoque à investigação e à disciplina de Enfermagem. É deste modo que se entra na Era da Teoria reconhecendo que a aliança entre a investigação e a teoria produz Ciência em Enfermagem (Tomey, 2002).

Pensar o conhecimento em enfermagem, a sua epistemologia torna perentória a análise da Teoria de Barbara Carper, que identifica diferentes tipos de conhecimento em enfermagem. Primeiramente, são identificados quatro tipos de conhecimento e mais tarde são acrescentados outros dois tipos.

O primeiro, corresponde ao *conhecimento empírico*, sendo que este se traduz em conhecimento objetivo, de análise de factos, baseado em investigação, que permita a verificação, predição e generalização. Neste tipo de conhecimento é incluído o desenvolvimento das teorias.

O segundo, corresponde ao *conhecimento ético*, ao reconhecimento do que é correto, do bem e do mal, dos princípios e valores na praxis, no ensino e na investigação.

O terceiro, o *conhecimento estético*, o conhecimento da arte de enfermagem.

O quarto, o *conhecimento pessoal*, subjetivo, com raízes no conhecimento e sabedoria pessoais, corresponde ao que cada indivíduo dá de si à enfermagem.

Foram acrescentados o *conhecimento reflexivo*, que dá lugar à reflexão do experienciado, dando lugar ao desenvolvimento e o *conhecimento sociopolítico*, relacionado com os contextos mutáveis aos quais a enfermagem tem o dever de dar resposta (Nunes, 2010).

Na fase contemporânea percebe-se a importância do desenvolvimento contínuo da teoria, mas também a importância da aplicação das teorias na prática de enfermagem.

A teoria permite o aperfeiçoamento da prática, descrevendo-a, explicando-a e permitindo a antevisão da ocorrência de fenómenos. As teorias de enfermagem permitem orientar o pensamento e nortear a tomada de decisão. Assim sendo a teoria leva à autonomia profissional ao orientar a prática, o ensino e a investigação (Tomey, 2002).

Assumir que se concetualiza o cuidado de enfermagem de acordo com um modelo ou teoria e que se é fiel a essa conceção em todos os momentos profissionais é uma tarefa de difícil execução para não dizer impossível. Por esse motivo faz-nos sentido explicitar que a teoria que nos acompanhou neste percurso de aquisição de conhecimento e de competências que constituiu este Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, teve que ser uma teoria com a qual nos identificássemos enquanto profissionais na nossa prática de cuidados. Por esse mesmo motivo escolhemos uma Teoria da Escola da Interação, por considerarmos que na essência da enfermagem o denominador comum de todas as equações será sempre as pessoas e a forma como se inter-relacionam.

Ao lermos pela primeira vez o parágrafo que de seguida transcrevemos, não tivemos qualquer dúvida na nossa identificação com o modelo de Imogene King de Estrutura de Sistemas de Interação e a Teoria de Consecução de Objetivos e na sua utilidade na realidade dos cuidados intensivos.

“Tenho um bonito exemplo disso, quando trabalhava lado a lado com um aluno de licenciatura numa unidade de neurologia com um doente em coma. Estava a falar com o doente, explicando-lhe tudo o que estava a acontecer e mostrando ao aluno o que acredito ser importante nos cuidados de enfermagem. Uns dias mais tarde, quando o doente recuperou a consciência pediu à enfermeira da unidade para descobrir aquela maravilhosa enfermeira que fora a única a explicar-lhe o que estava a acontecer. Queria agradecer-lhe. Fiz transações. Pude observar o movimento dos seus músculos. Estava a tentar ajudar-nos enquanto um médico enfiava um tubo na sua garganta.”

Imogene King in Tomey, 2002, p.388

Para King o propósito de uma teoria é a produção de conhecimento através da investigação. Recorre ao raciocínio indutivo e dedutivo. Constitui recurso para a sua obra vários estudos e trabalhos de investigação de outros autores, especialmente relativos ao desenvolvimento de conceitos.

Ao desenvolver a estrutura dos sistemas de interação, King, assume uma estrutura concetual representativa dos sistemas pessoal, interpessoal e social. Assumindo o ser humano como unidade funcional de todos os sistemas. Para compreender o ser humano na sua unidade e no seu sistema pessoal há que compreender a sua perceção de imagem corporal, de crescimento e desenvolvimento, de vida, espaço, tempo e compreensão. Os sistemas interpessoais surgem na interação entre duas, três ou mais pessoas, nomeadamente na relação enfermeira – doente. Compreender o sistema interpessoal pressupõe a compreensão de conceitos de comunicação, interação, função, stresse e transação. Os

sistemas sociais resultam de interações de grupos que constituem uma sociedade, os conceitos a ter em conta no sistema social são o conceito de autoridade, de organização de estatuto e poder, bem como de tomada de decisão.

King refere ainda como particularidade da sua estrutura de sistemas as transações humanas nos vários tipos de ambientes, sem a ocorrência de fragmentação do ser humano ou do ambiente.

Em 1981 através da sua estrutura de sistemas de concepção, King desenvolve a sua teoria de consecução por objetivos. Ambas têm por base o pressuposto que a enfermagem consiste na interação dos seres humanos com o seu ambiente levando a um estado de saúde que lhes permite funcionar em papéis sociais.

Nesta teoria são definidos os conceitos de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente. A definição de enfermagem, segundo a teoria de King consiste num processo interpessoal de ação, interação, reação e transação. Tendo a enfermagem como objetivo prestar ajuda aos indivíduos para que estes consigam preservar a sua saúde, de forma a conseguirem desempenhar os seus papéis.

A pessoa, é vista por King, como ser espiritual, com capacidade para procurar o conhecimento, para pensar, escolher e decidir. Têm capacidade de registo da sua história e conservação da sua cultura. Como sistemas, as pessoas constituem sistemas abertos em transação com o ambiente. Os indivíduos são seres com unicidade, munidos de valor intrínseco, seres holísticos que têm necessidades, desejos e objetivos particulares.

A saúde, consiste num estado dinâmico, que implica um constante ajuste aos stressores e ao ambiente interno e externo, através do uso dos recursos pessoais que visam atingir a potência máxima para a vida diária. A doença consiste numa interferência no ciclo de vida.

O ambiente, para King surge da perceção de como os indivíduos interagem com o ambiente para manterem a sua saúde, e é extremamente

importante para as enfermeiras. Como sistema aberto e em interação o ambiente encontra-se em constante mudança.

A Teoria da Consecução de Objetivos focaliza-se no sistema interpessoal enfermeira - doente e nas suas interações. Neste processo cada um dos membros percebe o outro, faz os seus juízos e toma atitudes – estas atividades dão origem à reação. Resulta a interação, havendo congruência de perceções, se se conseguirem ultrapassar as perturbações ocorrem as transações (Tomey, 2002).

Na sua teoria King desenvolveu ainda oito proposições que passamos a citar:

“1- Se o rigor percetual estiver presente nas interações enfermeira-cliente ocorrem transações.

2- Se a enfermeira e o cliente efetuarem transações os objetivos são atingidos.

3- - Se os objetivos forem atingidos, haverá satisfação.

4- Se os objetivos forem atingidos, ocorrem cuidados de enfermagem eficazes.

5- Se as transações forem feitas nas interações enfermeira-cliente, o crescimento e o desenvolvimento serão melhorados.

6- Se as expetativas e o desempenho de papel, conforme entendidas por enfermeira e cliente forem coerentes, ocorrerão transações.

7. Se houver conflito de papel na enfermeira ou no cliente ou em ambos, ocorrerá stress nas interações.

8- Se as enfermeiras com conhecimentos e competências especiais comunicarem informação adequada aos clientes, ocorrerá o estabelecimento de objetivos mútuos e a consecução do objetivo.

O estabelecimento do objetivo mútuo é um passo na transação.”

Tomey 2002, p.384

A Teoria em Enfermagem ao conferir significado ao conhecimento, promove a autonomia da profissão, uniformiza a prática, o ensino e a investigação. As Teorias de Enfermagem ao permitirem descrever, explicar e antever fenômenos, contribuem para a melhoria contínua da qualidade da prática (Tommet, 2002).

2.1 Estado de Arte – Segurança

Atualmente a qualidade em saúde é uma preocupação mundial, e organizações como a OMS (Organização Mundial de Saúde), o Conselho Internacional de Enfermeiros, Conselho Nacional da Qualidade e Instituto da Qualidade em Saúde, demonstram-no, mas a Ordem dos Enfermeiros (OE) não é exceção e é neste sentido que procura implementar sistemas de qualidade e definir padrões de qualidade. Ao formular os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros pretende que eles venham a ser um instrumento que precise o papel do enfermeiro junto do seu cliente, perante toda a sociedade.

A OE (2001) define como enunciados descritivos de qualidade a procura da excelência no exercício profissional em que o enfermeiro procura os mais elevados níveis de satisfação do cliente, procura ajudar o cliente a atingir o seu máximo potencial de saúde, procura prevenir complicações na saúde do cliente, procura potencializar o bem-estar e garantir as atividades de vida nas quais o cliente é dependente, em conjunto com o cliente procuram desenvolver processos eficazes de adaptação a problemas de saúde e contribui para a eficácia a nível da organização dos cuidados de enfermagem.

De acordo com Patient Safety First (2010), conhecer os fatores humanos que podem interferir com os cuidados de saúde é uma mais-valia para a segurança do cliente.

A teoria do queijo suíço de Reason, defende que em qualquer sistema existem vários níveis de segurança, mas também existem várias

condições latentes (os vários buracos do queijo suíço), se as condições latentes se alinharem, a probabilidade que o erro venha a ocorrer aumenta exponencialmente.

De acordo com a mesma entidade os fatores humanos devem ser reconhecidos e controlados para evitar que o erro ocorra. São apontados como mais comuns a cognição, carga de trabalho mental e stress, ou seja, enquanto seres humanos, os profissionais de saúde levam para o seu local de trabalho todo o seu ser, muitas vezes incluindo os seus problemas. O stress pode ser resultado de fatores pessoais, mas também pode resultar de fatores intrínsecos ao trabalho, tais como a carga excessiva de trabalho ou situações de urgência. Se a pessoa se encontra em stress a probabilidade de errar aumenta. As distrações com os níveis de ruído e interrupções também aumentam o risco de erro. Outro factor potenciador de erro é o ambiente físico, a sobrelotação, a desordem e a iluminação insuficientes. O cansaço, exaustão física e erros de comunicação também potenciam a ocorrência do erro.

Algumas estratégias para evitar o erro consistem na confirmação e no pedido a outro profissional para supervisionar o procedimento, o treino de situações de urgência e de comunicação na equipa. Tarefas que exijam concentração, como por exemplo a preparação de medicação devem ser efetuadas em locais próprios, onde não existam focos de distração. Reunir as equipas para informar, esclarecer e ajudar a desenvolver um modelo mental compartilhado, permitem traçar objetivos comuns e trabalhar as ameaças. Devem ser detetadas as falhas e trabalhadas as resoluções. Mantendo-se inerente a necessidade de avaliação por parte das comissões de gestão do risco, para traçar e implementar estratégias de mudança, que visem práticas seguras, maior eficácia e eficiência, traduzindo em ganhos em saúde e organizações com elevado nível de qualidade.

Segundo a CIPE versão 2.0 (2011), a segurança é um foco de enfermagem e define-se da seguinte forma: estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.

De acordo com Fragata (2011), os cuidados de saúde são uma atividade de risco para os seus vários intervenientes, clientes, profissionais, gestores e pagadores. Com a publicação do livro *To ERR is Human*, foram divulgados dados sobre o erro em saúde e assim tornou-se de domínio público que só nos Estados Unidos da América morriam por ano 98.000 pessoas vítimas de erros no sistema de saúde, o que equivale à queda de um jacto Jumbo por dia.

Atualmente os estudos sobre o erro e dano em saúde são cada vez mais frequentes. Em Portugal os seus resultados não são muito diferentes dos obtidos por outros países, sendo que por cada cem internamentos hospitalares ocorrem dez eventos adversos. Desses eventos 65% não provocaram qualquer dano, 30% provocaram dano que resultou no aumento do tempo de internamento hospitalar ou em dano físico e cerca de 5% resultaram em danos muito graves ou morte. Estes estudos revelam ainda que cerca de 50% dos casos poderiam ser evitados.

De acordo com Moreno (2009), a melhoria dos cuidados ao cliente continua a ser o grande objetivo dos intensivistas, sendo que todos os anos são publicados imensos estudos que levam à melhoria da prática clínica. Uma área por vezes esquecida nos grandes estudos de investigação é o processo do cuidar, a cultura, o clima de trabalho e os comportamentos dos profissionais. A justificação para esse fenómeno prende-se com a dificuldade em estudar esses temas e a dificuldade na atração de financiamento para a investigação.

Os mesmos autores fazem referência ao Relatório do Institute of Medicine – “Errar é Humano: Construção de um Sistema de Saúde mais Seguro”. Neste Relatório a Segurança é definida como ausência do erro clínico. Neste estudo fica ainda explícito o quão comum e incapacitante é prestar cuidados de qualidade. Entre 44.000 e 98.000 pessoas morrem a cada ano nos Estados Unidos da América, vítimas de erro clínico. Isso faz com que o erro clínico seja a 8ª causa de morte e mais frequente que acidentes de viação (43.458), cancro da mama (42458) e SIDA (16.516).

Referem ainda dois estudos recentes que vêm desocultar alguns fatores que contribuem para o conhecimento dos erros mais comuns em unidades de cuidados intensivos. O primeiro estudo – “Avaliação da Sentinela de Eventos”- um estudo observacional de 24 horas, transversal, em 205 unidades de cuidados intensivos em todo o mundo, incluindo Portugal, apresenta os seguintes números, 39 eventos graves em cada 100 clientes por dia. Sendo identificadas as seguintes causas: desconexão/deslocação não planeada de linhas, cateteres e drenos (158 ocorrências); erros de medicação (136 ocorrências); falhas nos equipamentos (112 ocorrências), perda/obstrução da via área artificial (47 ocorrências) e alarmes desligados inadequadamente (17 ocorrências).

O segundo estudo realizado pelo mesmo grupo do anterior sobre administração de terapêutica, refere que um dos grandes fatores que influencia a ocorrência do erro corresponde ao –“Rácio Enfermeiro - Cliente Inadequado”. Outros erros comuns são a desadequação dos volumes correntes durante a ventilação mecânica, utilização incorreta de terapia antimicrobiana no choque séptico e doses de beta-bloqueantes e estatinas desadequados.

A National Patient Safety Agency (2004), definiu sete passos para a segurança do cliente. O primeiro, consiste na construção de uma cultura de segurança e ambiente seguro, não punitiva, pois a punição leva ao medo de relatar o incidente. Com o desenvolvimento deste tipo de cultura garante-se que o incidente é relatado e investigado. Garantindo ainda que é prestado o devido apoio a clientes, familiares e funcionários. O segundo, consiste em liderar e apoiar a equipa, garantindo programas de formação, reuniões de gestão do risco que permitam avaliar as situações e detetar novas situações de anomalia. O terceiro, consiste na integração dos elementos das equipas nas atividades da gestão do risco. O quarto, consiste em promover a comunicação e melhorar os sistemas de notificação. O quinto, consiste em envolver o cliente no processo, pois todo o cliente espera da equipa de saúde honestidade para com ele, todo o cliente tem o direito de ser informado e de receber o devido apoio. O sexto,

traduz o aprender com a lição de segurança para evitar que existam replicações evitáveis de erros já ocorridos. Por fim, procurar implementar soluções que evitem o erro.

A Organização Mundial de Saúde (2006-2007), cria uma Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e emite um documento intitulado de “Programa para a Frente” onde são identificados os focos e áreas de atenção para a segurança do cliente em todo o mundo. Esses focos correspondem ao controlo de infeção, inclusão dos clientes no processo de doença, tratamento e cuidado, política de relato que promova a análise, investigação e implementação de ações preventivas, criação de uma taxonomia de segurança do cliente, pesquisa e investigação, tradução do conhecimento em soluções práticas, divulgação das práticas mais seguras através de normas de orientação, domínio da tecnologia, cuidar o cliente em situação aguda, em estado grave, identificando as prioridades chave para a ação e a partilha de conhecimentos.

De uma forma mais prática, com base em erros comuns, a Joint Commission (2011) enuncia algumas premissas que pretendem melhorar a segurança do Cliente usando sempre pelo menos duas formas de identificação (nome e data de nascimento). Melhorar a comunicação. Usar medicação com segurança, ou seja optar sempre por rotular a medicação após a preparação e antes da administração. Ter em especial atenção a medicação anticoagulante. Evitar infeções, cumprindo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde. Conferir sempre, antes da alta clínica, a medicação que o cliente irá realizar, prevenindo que existam incompatibilidades com a medicação. Identificar riscos para a segurança do cliente. Estar desperto para a viabilidade da ocorrência do erro e conhecer os fatores que o potenciam, é fulcral para minimizar a probabilidade de ocorrência, mas se mesmo dessa forma todos os fatores se alinharem e o erro acabe por acontecer a segurança do cliente depende de uma cultura de comunicação do erro e de divulgação de resultados, para minimizar os danos, Página 31 de 241 alidade dos cuidados implementando práticas seguras.

A ocorrência do erro, nas unidades de cuidados intensivos, tem na sua gênese a complexidade dos casos e dos cuidados, o uso de técnicas e equipamentos invasivos, a pressão de atuar em situação de urgência e as potenciais quebras de informação que podem ocorrer entre os elementos das equipas multidisciplinares (Moreno 2009, em Fragata 2011).

Outro autor, Valentim (2009), citado por Fragata (2011), reconhece a origem multifatorial da ocorrência de erro em unidades de cuidados intensivos, e apresenta como causas mais comuns para a ocorrência de erros a complexidade das situações e a falência multiorgânica, ao uso de um grande número de fármacos intravenosos administrados internamentos prolongados e o rácio enfermeiro-cliente desadequado.

Segundo, Fragata (2011), verificam-se menos erros em unidades com sistemas de monitorização mais simples, que usem sistemas de relato de incidentes, com passagens de turno estruturadas, com internamentos menos prolongados. O rácio equipa de saúde - cliente é essencial na prevenção de erros de medicação e na prevenção de infeções adquiridas em ambiente hospitalar.

A implementação de medidas que visem a prevenção da ocorrência de erro é hoje essencial para tornar os sistemas de saúde nomeadamente os cuidados de saúde prestados nas unidades de cuidados intensivos.

Medidas como a prescrição eletrónica, uniformização da terapêutica, uniformização da arrumação dos fármacos nos carros de urgência, introdução de sistemas unidose, separação de fármacos potencialmente perigosos aquando da sua arrumação, tendo por base a lista sugerida pelo Institute for Safe Medication Practices, verificação dos cinco certos - doente certo, fármaco certo, dose certa, hora certa, via certa e condições clínicas reunidas, uso de bombas e seringas infusoras, a administração efetuada pelo profissional que prepara o fármaco, registo de alertas alérgicos, interações e reações adversas provocadas pelos fármacos administrados, permitem promover a segurança. No momento da alta

deverá haver especial atenção para evitar incompatibilidades e sobreposição terapêutica.

Segundo, Fragata (2011), as infecções adquiridas nos hospitais são também elas danos provocados nos clientes, na Europa ocorrem 25.000 mortes por ano, por infecções adquiridas nos hospitais.

As infecções mais comuns são as infecções urinárias associadas a algaliação, pneumonias associadas à ventilação mecânica, sépsis associada aos cateteres centrais, infecções no local cirúrgico, infecções associadas ao uso prolongado de antibióticos.

Os agentes mais comuns associados às infecções anteriormente descritos são *Enterococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* e *Clostridium difficile*.

A transmissão por contato é a mais comum e a medida mais eficaz para a travar consiste na lavagem das mãos. A OMS lançou a campanha “*clean care is safer care*”, na sua primeira campanha sobre a segurança dos doentes, dando a conhecer as recomendações universais para a correta lavagem/higienização das mãos, bem como os cinco momentos em que deve ser efetuada.

Outras medidas essenciais, para a prevenção de infecções correspondem à profilaxia antibiótica, realização de tricotomia ao local a ser intervencionado e a própria técnica cirúrgica.

Nos clientes com necessidade de ventilação evasiva a elevação da cabeceira a 30° , a interrupção da sedação em intervalos para promover a superficialização dos clientes, proteção da mucosa gástrica e profilaxia da tromboembolia pulmonar.

No cliente com necessidade de colocação de cateteres e linhas, a técnica deve ser executada de forma asséptica, a via de eleição para a colocação deve ser a subclávia, evitando a femoral. A manipulação dos cateteres deverá ocorrer também de forma asséptica, deve evitar-se a presença residual de sangue e soros glicosados. Deve proceder-se à

vigilância diária do local de inserção. A remoção deverá ocorrer ao mínimo sinal de infecção.

No cliente com necessidade de colocação de cateter urinário, deve também ocorrer de forma asséptica, o circuito deve manter-se fechado, a remoção deve ocorrer assim que possível.

Relativamente a dotações seguras a OE, em 2006, divulga um documento de autoria do Conselho Internacional de Enfermeiros, intitulado – “Dotações Seguras Salvam Vidas”, constituído por um enquadramento teórico sobre dotações seguras, a importância de dotações seguras, oportunidades e obstáculos, como agir, recomendações e o papel das Associações de Enfermagem.

Segundo este, mesmo documento, a definição de dotação segura, não reúne um consenso na literatura, a maioria dos autores admite que as dotações seguras dependem de fatores como o contexto, não se pode concetualizar que dotações seguras possam ser iguais em África e na Europa. Como definição que parece ser consensualmente aceite, assume-se dotações seguras como a dotação de pessoal para dar resposta às necessidades dos clientes num determinado ambiente.

Em 1995, A Federação Americana de Professores define: “Dotações seguras significam estar disponível em todas as alturas uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos”

OE (2006), p.6

A Associação de Enfermagem do Estado da Carolina do Norte, em 2005, ao refletir sobre dotações seguras, refere que as dotações seguras refletem-se na manutenção da qualidade dos cuidados prestados aos clientes, na vida profissional dos enfermeiros e nos resultados de uma organização. As dotações seguras dependem ainda de fatores como a competência e experiência dos enfermeiros, o ambiente contextual, política

de gestão e suporte e política de proteção na comunicação de situações anômalas.

Fragata (2011), refere também que atualmente a abordagem da temática segurança do cliente em ambiente hospitalar impõe ainda uma especial atenção para o flagelo das quedas e úlceras de pressão, que correspondem a indicadores de insegurança dos serviços hospitalares.

Estima-se que ocorram 4,8 a 8,4 quedas por dia a cada 100 doentes internados, mais comuns nos indivíduos com idade superior a 80 anos e com história conhecida de queda.

A correta identificação, dos clientes em risco é imprescindível para que se promova um ambiente e medidas preventivas, a Escala de Morse permite efetuar essa avaliação tendo em consideração a história de queda, a presença de diagnóstico secundário predisponente de queda, a capacidade de mobilização, a presença de terapêutica endovenosa, a facilidade na deambulação e o nível de consciência das limitações.

As úlceras de pressão, também elas associadas a fatores secundários ao internamento, ocorrem em 10 a 15% dos clientes internados, a sua profilaxia passa pela identificação e estratificação do risco, existindo para tal ferramentas como o sistema de Waterloo que permite a execução dessa estratificação e uma escala numérica que avalia fatores como a perceção sensorial, a humidade da pele, a atividade e mobilidade do cliente, a nutrição, a fricção e forças de deslizamento. Após a estratificação do risco existe uma série de medidas que visam prevenir o aparecimento de úlceras de pressão, sendo elas a inspeção da pele nomeadamente das zonas que estão sujeitas a pressão, a necessidade de manter a pele hidratada e seca, a necessidade de alternar decúbitos periodicamente, fazer recurso de colchões com características especiais e otimização de nutrição.

Conhecidos os múltiplos riscos e condicionantes inerentes aos cuidados de saúde, cada vez mais se procura importar modelos de segurança de outras áreas, nomeadamente da aeronáutica, pelas

semelhanças da necessidade de concentração, coordenação, sinergia, consecução de objetivos, treino e trabalho em equipa. O uso de listas de verificação e o recurso ao treino periódico das equipas, parece ser uma mais-valia, a importar da aeronáutica para os cuidados de saúde, com o intuito de aumentar a segurança e produzir ganhos em saúde (Fragata, 2011). Assumindo esta conseqüência, no desenho mental, do Projecto de Intervenção em Serviço, com área de eleição escolhida - Segurança do Cliente Internado, fazia-nos sentido que o resultado final deste projeto resulta-se num instrumento de trabalho que ajuda-se os profissionais a aumentar a segurança dos clientes. O modelo de check-list pareceu-nos desde uma fase muito inicial, adequar-se na perfeição.

3. ANÁLISE DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÊMICO

De acordo com o preconizado em Decreto-Lei para o ciclo de estudos, que conduz ao grau de Mestre, no artigo 20º “1- *O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, integra: a) Um curso de especialização constituído por um conjunto organizado de unidades curriculares, denominado curso de mestrado, a que corresponde um mínimo de 50% do total dos créditos do ciclo de estudos;*”

Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, p.2248

É no percurso deste caminho que nos faz sentido proceder à análise do Projeto de Desenvolvimento Académico da Unidade Curricular de Enfermagem Médico - Cirúrgica II, lecionada no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica e constituída pelos módulos de supervisão de cuidados, seminário de peritos, cuidados ao cliente em fim de vida, questões éticas emergentes em cuidados complexos, espiritualidade e cuidados de enfermagem, intervenções de enfermagem ao cliente com problemas cardiovasculares e intervenções de enfermagem ao cliente com problemas em situação de urgência.

Apresentamos como objetivos desta análise a explicitação da forma como os aportes teóricos desta unidade curricular permitiram melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes, famílias e sociedade.

Atendendo ao percurso e desenvolvimento profissional pessoal, optámos por começar esta análise dando especial enfoque ao cliente com problemas cardiovasculares. Em Portugal, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte, não fugindo às tendências europeias. Contudo Portugal apresenta índices de mortalidade, morbidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos dos mais elevados da europa e do mundo.

Surgiu, por esse motivo, a necessidade de criação de um Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, que fora

aprovado por Despacho do Ministro da Saúde número 16415/2003 e publicado em Diário da República número 193, II série de de 22 de agosto de 2003.

Neste programa são identificados os principais fatores de risco associados às doenças cardiovasculares e traçadas estratégias de intervenção, estratégias de melhoria da qualidade e estratégias de melhoria dos sistemas de informação.

Este programa assenta em cinco pólos fundamentais:

"1. Melhorar a vigilância epidemiológica dos fatores de risco e das patologias cardiovasculares; 2. Promover a prevenção cardiovascular, atuando especificamente sobre cada um dos fatores de risco; 3. Encorajar o cidadão a ser responsável pela sua própria saúde; 4. Melhorar a organização da prestação de cuidados, nomeadamente em relação ao exame periódico de saúde e à aborgagem da dor pré-cordial e dos acidentes vasculares cerebrais; 5. Promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas".

DGS (2006), p.6

A insuficiência cardíaca, corresponde a um síndrome caracterizado por uma deficiência na circulação sanguínea, provocada pela incapacidade cardíaca de um eficaz bombeamento levando à congestão dos tecidos vasculares pulmonares e tecidos periféricos, esta síndrome aparece normalmente associado à evolução da doença coronária e da doença hipertensiva. Apresenta sintomas como a dispneia de esforço, a dispneia paroxística noturna, ortopneia e edemas pulmonares e periféricos. Estima-se que sejam diagnosticados por ano 550.000 mil novos casos de insuficiência cardíaca, com tendência ao aumento deste número. A sua taxa de mortalidade aos cinco anos é elevada, cerca de 50% (Morton, 2007).

Tanto a insuficiência cardíaca como o enfarte agudo do miocárdio levam muitas vezes à necessidade do tratamento em unidades de cuidados intensivos, devido ao seu início súbito e eminência de risco de vida.

Hoje em dia esta é uma área extremamente desenvolvida, quer nos meios complementares de diagnóstico, quer nos tratamentos curativos ou preventivos (Morton, 2007).

Assim sendo, procedimentos como cateterismo cardíaco, angioplastia coronária, implante de pacemaker e de sistema cardioversor-desfibrilhador implantável, terapia farmacológica, colocação de contrapulsção com bomba por balão intra-aórtico, bem como a transferência de unidade hospitalar para um centro cirúrgico, são práticas correntes no quotidiano de uma unidade de cuidados intensivos cardíacos.

Durante o decorrer do módulo, houve uma temática que suscitou particular interesse, talvez por não fazer parte da realidade vivenciada, talvez por constituir um tratamento fim de linha que muitas vezes pode salvar vidas de clientes com que se lida diariamente - o suporte circulatório mecânico através de dispositivo de assistência ventricular (DAV). O DAV encontra-se indicado na insuficiência ventricular esquerda grave após enfarte agudo do miocárdio, após procedimento cirúrgico ou insuficiência cardíaca congestiva em estado terminal, até que o coração recupere a sua função, ou até que surja um coração para transplante. Normalmente o suporte ventricular esquerdo requer a colocação de uma cânula que interliga o ventrículo esquerdo ao dispositivo. O processo de circulação ocorre como normalmente, o sangue retorna ao coração direito para que seja oxigenado pelos pulmões, depois regressa à aurícula esquerda através das veias pulmonares, segue para o ventrículo esquerdo e daí para o DAV que ejeta o sangue para a aorta descendente durante a sístole. Por vezes dá-se a necessidade de suporte biventricular, com duas unidades bomba que assumem as funções do ventrículo esquerdo e do direito. Existem bombas centrífugas e bombas pulsáteis. Existem já

dispositivos como o SAVE ThoratecHeartMate SNAP-VE, apropriado ao uso domiciliar, permitindo ao cliente alguma qualidade de vida no seu quadro de insuficiência cardíaca em estado terminal e em que não esteja indicado o transplante cardíaco (Morton, 2007).

Como é evidente acarreta alguns riscos de infecção, insuficiência ventricular direita, eventos tromboembólicos. Mas permite ao cliente o não ficar confinado a uma cama hospitalar.

Como é visível até aqui, é ténue a linha que separa a pessoa em situação crítica, da pessoa em situação crónica e paliativa, ocorrendo por vezes uma fusão inevitável.

Ao pensar os cuidados em fim de vida e a espiritualidade nos cuidados de enfermagem, é inevitável deixar de pensar na forma como gostaríamos que nos tratassem, se no lugar do outro estivesse o eu. É por esse motivo que sentimos a necessidade de transcrever a seguinte carta que no nosso entendimento traduz a essência do cuidar no fim de vida.

“Tenho direito a ser tratado como um ser humano, até à hora da minha morte. Tenho direito à esperança independentemente de qual possa ser a sua direcção. Tenho direito a ser cuidado por todos os que consigam manter um sentido de esperança independentemente de qualquer mudança que surja. Tenho direito a expressar, à minha maneira os meus sentimentos e emoções acerca da minha morte. Tenho direito a participar nas decisões que digam respeito aos meus cuidados. Tenho direito a participar nas decisões que digam respeito aos meus cuidados. Tenho direito a esperar por um atendimento médico e de enfermagem continuados mesmo que os objectivos de cura tenham que ser mudados para objectivos de conforto. Tenho direito a não morrer sozinho. Tenho direito a não ter dores. Tenho direito a que me respondam honestamente a todas as questões. Tenho direito a não ser enganado. Tenho direito, bem como a minha família a sermos ajudados a respeitar a minha morte. Tenho direito a morrer em paz e com dignidade. Tenho direito à minha individualidade, e a não ser julgado pelas minhas decisões que podem ser contrárias às crenças dos outros.

Tenho direito a discutir e aumentar as minhas vivências espirituais e/ou religiosas, independentemente do que isso possa significar para os outros. Tenho direito a esperar que a inviolabilidade do meu corpo seja respeitada após a morte. Tenho direito a ser cuidado por pessoas conhecedoras e sensíveis que reconhecerão as minhas necessidades e que terão alguma satisfação em me ajudarem a enfrentar a minha morte.”

Carta do doente moribundo
Lansing in Bolander (1998), p.1865

O enfermeiro pode marcar a diferença, em ações como a gestão da dor, o controlo de sintomas, o garantir medidas de conforto, o ajudar a encontrar um sentido, o ajudar a lidar com os sentimentos. Estimular o "empowerment", fazer por que o cliente encontre ou construa forças, sendo que isso significa fornecer toda a informação solicitada sobre o processo de doença e sobre o processo de internamento. O dar poder ao cliente significa ainda fazê-lo perceber que apesar de fisicamente se encontrar debilitado, ele tem vontades e desejos que devem ser respeitados e cumpridos (Bolander, 1998).

Teoricamente Kolkaba com a sua teoria de médio alcance - *Teoria do Conforto* explica este paradigma melhor que ninguém, sendo que define o conforto como uma sensação vivenciada por aqueles que são alvo de medidas de conforto, classificadas em três tipos, alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio corresponde à satisfação de uma necessidade específica. A tranquilidade corresponde ao estado de calma. A transcendência corresponde à condição vivenciada pela pessoa, em que esta ultrapassa os seus problemas ou sofrimento. Nas suas quatro dimensões: física, das manifestações corporais; psico-espiritual do interno, da auto-estima, do conceito de si, do significado da vida, da relação com as convicções e com a religião; ambiental, das influências do meio e social, das relações interpessoais, familiares e sociais (Tomey, 2002).

A espiritualidade traduz a forma como alcançamos a transcendência do mundo material. Na necessidade de encontrar um sentido para a vida, para a doença, para as contrariedades e para a morte. Na necessidade de encontrar um objetivo de vida. Na necessidade de amor e relacionamento, seja ele o amor das relações humanas, ou uma crença individual numa fonte de amor, em algo superior. Na necessidade de perdão. Na necessidade de ter esperança.

Por vezes a vivência espiritual entrelaça-se com a religiosa, pelo que o enfermeiro na sua esfera de cuidar deve salvaguardar o direito ao acompanhamento religioso do cliente.

O papel do enfermeiro no cuidado espiritual assemelha-se ao papel de advogado do cliente, ou seja é necessário que o cliente sinta que os seus ideais são respeitados e de natureza confidencial. No cuidado espiritual o enfermeiro deve estar atento a sinais físicos e psicológicos como a depressão a baixa de auto-estima, sentimentos de insegurança, dor e alterações corporais, que na maioria das vezes são o primeiro indicador de desequilíbrio da pessoa ou da família.

Bolander (1998), propõe ainda como sugestões para o desenvolvimento na área da espiritualidade, o esforço pelo respeito das crenças e das práticas religiosas de cada indivíduo, o esforço pela abstenção de julgamentos das crenças das outras pessoas, a abertura de espírito relativamente ao que é diferente, a melhoria e aperfeiçoamento do conhecimento sobre as religiões, a participação em programas de formação, reuniões e congressos sobre o cuidado espiritual, a melhoria do conhecimento acerca das crença dos clientes, tendo por objetivo a prestação de cuidados de saúde mais eficazes.

Ao refletir sobre o desafio da docente deste módulo, com a atividade em que propôs que identificássemos quais os problemas de natureza espiritual que identificamos nos clientes de quem cuidamos, que identificássemos quais as dificuldades sentidas na equipa para dar resposta às necessidades espirituais e que identificássemos qual o

conceito que prevalece na equipa de enfermagem que integramos. Consideramos que é de todo pertinente explicitar o contexto, de cuidados intensivos coronários, onde decorre o encontro entre a pessoa que tem um problema de natureza espiritual e o profissional - enfermeiro. Os problemas espirituais mais notórios são o medo de morrer só, o medo de não voltar a ver aqueles que amam, o medo de não haver tempo para... para o que for, para pedir perdão, para a despedida, para a reconciliação com alguém ou com a vida. Na maioria das vezes estes problemas, têm solução ao alcance de qualquer enfermeiro seja no escutar, no facultar, no permitir... Contudo consideramos que as equipas de cuidados intensivos apesar de sensíveis para as necessidades espirituais dos seus clientes, estão pouco treinadas no cuidar espiritual. Consideramos ainda que muitas vezes a espiritualidade ainda é muito confundida com religiosidade e apoio religioso, como a tecnicidade e criticidade das situações exigem muito do profissional este acaba por se refugiar nos fazeres técnicos.

No módulo de supervisão de cuidados optámos pela análise de um caso real, ocorrido num hospital, que é prova da forma como as equipas de saúde por vezes não se encontram despertas para as necessidades espirituais dos seus clientes e famílias. O caso remonta ao acompanhamento por parte dos familiares de um cliente em fase terminal, no período noturno, tendo sido permitido à família a permanência junto da pessoa; e à discordância da equipa médica, por considerar que as famílias não devem permanecer na unidade de cuidados intensivos no período noturno.

Recorrendo ao Processo de Enfermagem, à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, à Teoria do Conforto de Kolcaba, à Legislação Portuguesa, Código Deontológico do Enfermeiro, ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, consegue-se perceber a legitimidade da decisão tomada pelo enfermeiro que se encontrava de serviço (consultar apêndice I).

A supervisão de cuidados tem como fim a orientação e o desenvolvimento da prática reflexiva do ato profissional do enfermeiro. Muito interligada às raízes da supervisão pedagógica e da supervisão clínica. A supervisão clínica, por Wilson Abreu, constitui o processo de análise de situações problema, pelo estudante e pelo supervisor, na procura pelo sentido das decisões tomadas. Sendo de esperar que se desenvolvam no estudante competências clínicas, relacionais e afectivas, bem como competências de gestão de cuidados (Deodato, 2007).

Relativamente à supervisão clínica em enfermagem Wilson Abreu declara que a *“A enfermagem sentiu necessidade de lançar um olhar mais profundo sobre si mesma.”*

Abreu, 2003 p.15

Antes mesmo do desenvolvimento deste conceito, já grandes teóricas o defendiam, Imogene King, reconhecia a necessidade de acompanhamento e avaliação da informação tida em conta na tomada de decisão (Abreu, 2003).

Parece que este deverá ser o caminho a seguir para a melhoria contínua da qualidade em saúde, talvez este processo que outrora foi importado, deva agora ser exportado para áreas como a economia e a política da saúde.

Na praxis de enfermagem são muitas as problemáticas que surgem relacionados com o agir ético e com a tomada de decisão.

No Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 79º - Dos deveres deontológicos em geral, na sua alínea c, torna-se notório que o enfermeiro no desempenho da sua prática tem o dever de proteger e defender a pessoa das práticas que possam pôr em causa o cumprimento da lei, a ética e o bem comum.

No cerne do cuidar encontram-se, os princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da justiça, da autonomia, da liberdade e do consentimento.

O módulo de questões éticas emergentes em cuidados complexos, lançou o desafio constante de pensar dilemas e questões éticas da atualidade. Por ser um tema com que lidamos algumas vezes a nossa escolha para a construção de um algoritmo de decisão ética recaiu sobre a decisão ética de reanimar versus não reanimar. O cliente em paragem respiratória é um adulto de 35 anos, com antecedentes de doença de acidente vascular cerebral isquêmico com múltiplos défices motores e cognitivos, totalmente dependente nas atividades de vida. É levado ao serviço de urgência por vômito e dificuldade respiratória, fica internado com diagnóstico de pneumonia. Na construção deste algoritmo parece-nos existir fundamentação teórica, ética e legal nos dois sentidos de atuação. No entanto, enquanto equipa perante esta situação optaríamos pela não reanimação, tendo por base os princípios éticos do respeito pela dignidade humana, da beneficência e da não maleficiência e os princípios legais de respeito pela integridade física e moral, o respeito pela qualidade de vida e a prevenção de situações ilegais de prática de obstinação terapêutica e prática de distanásia (consultar apêndice I).

A Declaração Antecipada de Vontade, pode em determinadas situações ser bastante útil para o cliente que previamente manifestou a sua vontade e para os profissionais que não tenham outra forma legal de conhecer a vontade do cliente, contudo e de acordo com o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2010), não é necessária uma declaração antecipada de vontade para que na medicina e na ética se recuse a obstinação terapêutica.

Segundo, Nunes (2012), em crónicas de tempos que correm: do “testamento vital”, o testamento vital consiste efetivamente numa declaração antecipada de vontade, que consiste num documento que é produzido e assinado, por alguém que na plenitude das suas capacidades mentais, é capaz de decidir por si, sobre si, do que consente ou não. Este documento protege o princípio da liberdade e da autonomia da pessoa.

Todo o atendimento em saúde, está hoje em constante evolução, segundo o Presidente da Comissão de Defesa e Protecção ao Consumidor e da Qualidade da Indústria dos Cuidados em Saúde, em 1998, *“a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde requer um compromisso com a prestação de serviços com base em evidências científicas, novas e contínuas inovações práticas de cuidados em saúde efectivas e abordagens preventivas”*.

Morton (2005), p.4

A prática baseada na evidência pode ser definida como a utilização da melhor evidência científica na tomada de decisão dos cuidados a prestar aos clientes, tendo como principal objetivo a otimização dos cuidados e dos resultados.

As intervenções de enfermagem ao cliente com problemas em situação de urgência, constituem uma área onde a atuação é baseada na evidência e fazendo recurso a algoritmos de atuação como a triagem de Manchester, algoritmos de actuação da American Heart Association, Guidelines da European Resuscitation Council, as vias verdes de AVC, Coronária e de Sépsis, que em muito têm contribuído para salvar vidas e otimizar o custo eficácia das intervenções em situação de urgência.

Durante a frequência deste módulo foi-nos ainda facilitada a frequência de curso de suporte avançado de vida, sem dúvida uma mais-valia, na revalidação de conhecimentos e na oportunidade que se constitui pela via da simulação e treino da situação de urgência.

No módulo de seminário de peritos, foi abordada a temática catástrofe. Segundo Stanhope (2011), a catástrofe representa o incidente que causa destruição, devastação e que carece de assistência para ser superada. A etiologia da catástrofe pode ser natural ou provocada pelo homem.

A World Conference on Disaster Reduction, em 2005, referida pelo autor anterior, estimava que mais de 200 milhões de pessoas são

afetadas, por catástrofes, todos os anos e que este número tendencialmente aumentará. A história recente é prova, desta tendência crescente, são exemplo disso a guerra na Síria, o sismo e tsunami de Sendai de 2011 no Japão e o Massacre de Utoya.

Fatores como a sobrepopulação urbana, a pobreza, as doenças a poluição e degradação do meio ambiente, constituem um risco aumentado da ocorrência de catástrofes naturais e catástrofes provocadas pelo homem.

A catástrofe é constituída por quatro fases: prevenção, preparação, resposta e recuperação. Os enfermeiros através da sua capacidade de diagnóstico, priorização, planeamento, estão habilitados para intervir nas necessidades de prevenção e em situação aguda, reúnem competências de atuação nesta área.

Numa fase de preparação, o enfermeiro deverá perceber o risco de catástrofe, da zona territorial em que habita e em que trabalha, o risco de ocorrência de uma catástrofe na Síria é com certeza diferente do risco de catástrofe em Setúbal. Setúbal enquanto cidade ribeirinha, junto ao mar e à serra, sobre uma falha tectónica e industrializada o suficiente, reúne várias condições latentes para a ocorrência de catástrofes. Talvez devêssemos todos estar preparados para responder à ocorrência de cheias, fogos, sismos, tsunamis, explosões, entre muitos outros.

Para além do reconhecimento dos riscos é também preciso perceber a necessidade de articulação com outras entidades como a Proteção Civil e o Instituto Nacional de Emergência Médica.

A preparação profissional começa no conhecer, compreender, divulgar e testar o plano de catástrofe do local de trabalho.

Ainda de acordo, com a autora acima referida, todos os enfermeiros devem ter preparados os seguintes materiais para a atuação em situação de emergência: crachá de identificação, cópia da cédula profissional, luvas, estetoscópio, esfigmomanómetro, máscara de proteção para reanimação cardio-respiratória, kit de primeiros socorros, roupa adequada

à estação do ano, calçado confortável e robusto, impermeável, protetor solar, relógio, telemóvel, rádio e lanterna com pilhas, pilhas extra, mapa da região, cartão de crédito, identificação onde constem alergias e grupo sanguíneo, medicamentos, material de registo, números de telefone de emergência e de referência, protocolos médicos e de enfermagem, material de registo.

A título de curiosidade fomos perguntando a alguns colegas se têm algum kit de atuação em situação de emergência e se sabiam o que deve conter e sem que queiramos ajuizar parece-nos que a nossa sociedade está pouco familiarizada e desperta para a eventual ocorrência de catástrofes.

4. ANÁLISE DO PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

Segundo o Decreto-Lei, no artigo 20º “1- O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, integra: b) (...) um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados, nos termos que sejam fixados pelas respetivas normas regulamentares, a que corresponde um mínimo de 35% do total dos créditos do ciclo de estudos”

Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, p.2248

Tendo por base o plano curricular da ESS-IPS, os estágios I e II decorreram entre 26 de setembro de 2011 e 8 de fevereiro de 2012, na UCICOR do CH e corresponderam a 432 horas e 16 ECTS.

O estágio III, aconteceu entre 19 de março e 11 de julho de 2012 e traduziu-se em 432 horas e 16 ECTS, decorreu também ele na sua grande maioria na UCICOR, foram efetuados outros dois estágios de observação na Comissão de Controlo de Infecção e no Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico do CH.

Na concetualização primordial do projeto de aprendizagem clínica constava um quarto estágio a desenvolver no Instituto Nacional de Emergência Médica, nomeadamente na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Este estágio acabou por não ocorrer devido à incompatibilidade do projeto pessoal, com o preconizado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, que propunha a realização de dois turnos na Viatura Médica de Emergência e Reanimação e restantes turnos na ambulância de suporte imediato de vida.

Os estágios efetuados decorreram a nível temporal, de acordo com a disponibilidade dos serviços e com o intuito de promover um maior número de atividades e aprendizagens.

No presente capítulo temos como intuito a realização de uma análise sistematizada e reflexiva do projeto de aprendizagem clínica, bem como o tornar claro para quem o venha a consultar, a especificidade de ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, através da análise sobre a aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

A OE, 2011, em Decreto-Lei, define como Enfermeiro Especialista aquele que detém conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo por base a resposta humana aos processos de vida, bem como aos problemas de saúde, demonstrando um nível elevado de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos em competências. A OE define ainda que as competências especializadas advêm do aprofundamento das competências de enfermeiro de cuidados gerais. Independentemente da área de especialização todos os enfermeiros especialistas partilham competências comuns, aplicadas a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

As competências comuns estão organizadas em quatro domínios sendo eles a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, são definidas as seguintes competências ao Enfermeiro Especialista:

“a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”

Decreto-Lei nº 35/2011, p.8649

Como membros de uma sociedade no exercício de cidadania há que fazer valer os direitos e deveres consagrados, conhecer, divulgar e reger a conduta humana tendo por base os direitos do homem, logo no artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos do Homem é definido que: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para os outros em espírito e fraternidade”

Decreto-Lei nº 57/1978, p.498

Enquanto enfermeiros, outros deveres são acrescidos, nomeadamente e como descrito no artigo 79º dos Deveres Deontológicos em geral, do Código Deontológico do Enfermeiro, sendo eles o cumprimento das normas deontológicas e das leis da profissão, a responsabilização pelas decisões dos atos praticados e dos delegados, a proteção e defesa da pessoa humana de práticas contrárias à lei, à ética e ao bem comum, a solidariedade com a comunidade em caso de crise ou catástrofe, atuando de acordo com a área de competência.

Sendo a proteção da saúde um direito consagrado na Constituição da República Portuguesa, outros documentos constituem uma mais valia na orientação legal e ética dos cuidados de saúde, nomeadamente a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 agosto), o Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei nº 48/357, de 27 de abril de 1968), o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 61/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril) e a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, da Direcção Geral de Saúde.

A ética tem como etiologia a palavra grega Ethos que significa conduta ou carácter, a moral advém da palavra latina “mores” sendo sinónimo de hábito ou costume. A ética consiste num sistema moral e constitui a disciplina que procura formular e justificar os dilemas morais.

Existem várias correntes filosóficas de orientação da ética, nomeadamente a ética orientada pelo dever, a teoria ética orientada pelos direitos, a teoria ética orientada por objetivos – com o intuito de maximização do bem coletivo, a teoria ética intuitiva – corrente filosófica que defende que o ser humano distingue o bem do mal de forma inata e intuitivamente incorpora os direitos, deveres e objetivos, a última teoria consiste na avaliação à luz da incorporação de princípios éticos (Bolander, 1998).

Por considerarmos que esses princípios éticos são também eles uma importantíssima ajuda na tomada de decisão ética, passamos a enumerá-los e a descrevê-los sucintamente. O princípio da autonomia, para vários autores consiste na capacidade de se ser autor da própria lei, de acordo com Cabral expresso por Archer (1996), este princípio consiste na independência e ausência de imposições, coações, limitações ou incapacidades que condicionem a liberdade de decisão.

O princípio da não maleficência que se rege pela base do mal ou dano ao outro, sendo na bioética este “mal” entendido como mal corporal ou físico. A problemática deste princípio emerge na avaliação dos males que se podem causar aos outros e na dicotomia entre “males” e “males menores” (Archer, 1996).

O princípio da beneficência que em uníssimo com o da não maleficência, promove positivamente o bem e evita ou remove o mal (Queirós, 2001).

O princípio da justiça centra-se nas exigências da justiça distributiva (Queirós, 2001).

O princípio de fidelidade consiste no princípio ético que se preocupa com a manutenção de compromissos e promessas (Bolander, 1998).

Assumindo estes princípios como parte integrante da conduta ética nos cuidados por nós prestados, seguindo o raciocínio de Kant: “*Devo proceder sempre de maneira que eu possa querer também que a minha lei se torne lei universal*”.

Kant (2003) em Deodato (2008), p.43

Encontramos em Kant fundamento para a responsabilização pelos nossos atos, na vontade que antecede a prática (Deodato, 2008).

Na UCICOR, apesar da complexidade de cuidados inerentes à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, toda a equipa de enfermagem se encontra desperta para atuar elevando sempre o respeito pelo cliente, família e sociedade.

Contudo existiam algumas situações problemáticas neste mesmo contexto, que se constituiu local de estágio, que nos preocupavam particularmente e que esperamos ter conseguido minimizar o seu impacto negativo durante a realização deste estágio. Desagradava-nos a instrumentalização do consentimento informado, através do documento em papel e do típico discurso que normalmente o assiste “*amanhã vai realizar um exame, mas ... para o podermos fazer vai ter que assinar este documento... não sabe assinar não faz mal assina com impressão digital*”, num local onde se realizam exames invasivos com enorme frequência este discurso vai-se repetindo várias vezes durante o dia. A forma que, nós enquanto equipa de enfermagem temos para contornar esta situação consiste na validação junto do cliente, tentando perceber se efetivamente compreendeu que tipo de intervenção irá realizar, se pretende mais algum tipo de esclarecimento, se prefere esperar pela família para que possa tomar uma decisão apoiada pelos familiares.

A existência de um quadro na UCICOR onde constava a informação clínica, bem como os antecedentes de doença da pessoa, visível a todos quantos por ali passassem, constituía um atentado à privacidade do

cliente, alguns enfermeiros tinham o cuidado de perguntar ao cliente se existe algum dado dos seus antecedentes pessoais ou da sua história de doença atual que não quisessem que fosse compartilhada, optando-se por efetuar o registo apenas no processo individual do cliente. A mudança do quadro para outro local, foi sugerida por vários enfermeiros da unidade, não tendo sido viável. Pensamos que a tendência será mesmo trocar esta forma de registo por outra mais eficaz e que não comprometa a privacidade do cliente. Ficando então em teste um quadro, em suporte informático, do qual consta a informação anteriormente disponível e ao qual apenas a equipa multidisciplinar tem acesso.

Na UCICOR desenvolvem-se vários ensaios clínicos, muitas vezes durante o esclarecimento informado, ficamos com a dúvida se o cliente aceita porque considera que poderá ser benéfico para si, porque desconhece a alternativa de tratamento, ou apenas porque tem receio que ao rejeitar possa vir a ser negligenciado. Sendo normalmente o consentimento informado, prestado pela equipa médica, consideramos que os enfermeiros têm aqui o papel de defesa dos interesses dos seus clientes, disponibilizando-lhes toda a informação de que disponham.

Outro dos dilemas éticos que nos surgem, cada vez mais, devido à conjuntura de crise económica que o país atravessa, é: O típico caso do cliente com diagnóstico de re-EAM, por estenose de stent, que antigamente acontecia no cliente que não cumprindo os ensinamentos continuavam a praticar estilos de vida pouco saudáveis, hoje acontece cada vez mais porque a pessoa não tem dinheiro para comprar medicação. Associado a este problema social, muitas vezes a vergonha em admitir e o estigma social. Consideramos cada vez mais importante a avaliação social para todos os clientes antes da alta hospitalar, pois não constitui qualquer dúvida que a comparticipação de medicação durante um ano após angioplastia, será bem mais económico para o Estado, que a realização de uma nova angioplastia, novo internamento hospitalar, risco de mortalidade e morbilidade para o cliente que nunca poderá ser

contabilizado. Neste momento ainda não é viável a avaliação social a todos os clientes internados, mas são sinalizadas todas as situações que potencialmente possam vir a constituir risco.

Numa época em que se continua a afirmar que em saúde tudo a todos é impossível há que ponderar estas condicionantes que podem fazer a diferença e salvar vidas.

Na procura pela atualização de conhecimentos do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi frequentada a Conferência Fundamentos Éticos nas Prioridades em Saúde (consultar apêndice III e anexo 1).

No domínio da **melhoria contínua da qualidade**, a Ordem dos Enfermeiros define como competências:

“a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

c) Cria e mantém um ambiente seguro.”

Decreto-Lei nº 35/2011, p.8649

Numa tentativa de concetualização do termo qualidade, ao longo da história vários são os autores e as definições encontradas.

W. Edwards Deming, considerado um grande mestre da qualidade, define qualidade de uma forma que não tendo sido pensada para a saúde lhe encaixa na perfeição – *“Qualidade é a satisfação das necessidades do cliente, em primeiro lugar”*.

Carvalho (2006), p.13

Este autor define catorze princípios passíveis de aplicação a qualquer empresa, nomeadamente às instituições prestadoras de cuidados, eles consistem então no investimento e inovação; na adoção de novas filosofias; novas formas de gestão e de liderança; priorização da prevenção relativamente à inspeção; eliminação da prática de concretização de negócios com base no preço, melhoria constante de serviços - melhorando a qualidade e a produtividade, diminuindo os custos; o reforço da formação; na instituição de liderança com base em relatórios sobre qualidade; na eliminação do medo incentivando a uma atmosfera de trabalho aberta; no incentivo ao trabalho em equipa; na eliminação de slogans e metas que visem forçar o trabalho; na remoção de barreiras que impeçam os trabalhadores de se sentirem orgulhosos do seu desempenho, na remoção de barreiras que impeçam a gestão de se sentir orgulhosa pelo seu trabalho e pelo dos seus liderados; na promoção de melhoria contínua e promoção do envolvimento de todos na organização (Carvalho, 2006).

Atualmente, é reconhecida a necessidade de implementação de sistemas de qualidade em saúde, esta constitui uma preocupação de várias entidades, nomeadamente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, que procura implementar sistemas de qualidade e padrões de qualidade.

A OE através de um documento oficial, em 2001, realiza um enquadramento concetual de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem e define os enunciados descritivos, que visam a constituição de um instrumento com o intuito de ajudar a definir o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Esta representação de cuidados deve ser conhecida por todos os clientes, permitindo-lhes conhecer o que é espectável e aceitável por parte dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros devem também procurar a excelência e a qualidade dos cuidados, tendo por base esses enunciados. Sendo eles:

“A satisfação do cliente na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”

OE (2001), p.11

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo de potencial de saúde”

OE (2001), p.12

“A prevenção de complicações, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem estar dos clientes e suplementa/complementa atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”

OE (2001), p 13

“A 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 (2011), p.14

“A organização dos cuidados de enfermagem - na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”

OE (2011), p.15

Atualmente o CH encontra-se creditado pela Joint Commission. Em 2007 após a primeira auditoria da Joint Commission, foi lançado um

relatório interno, que dá a conhecer alguns fatores que terão que ser melhorados na UCICOR

Também as dotações seguras são contempladas por este relatório, como um ponto fraco, pois os rácios médico-cliente são desde 2007, até então, insuficientes para o tipo de cuidados que são assegurados na UCICOR.

A acreditação do Hospital pela Joint Commission, criou ainda uma política de relato de incidente, não punitiva, que consideramos ser fulcral em qualquer instituição na melhoria contínua da qualidade. Este tipo de instrumento é um recurso de grande valor para a exposição e resolução de situações problemáticas.

Em 2011, a UCICOR, iniciou o registo dos cuidados de enfermagem através do Sistema Informático SAPE, consideramos que a uniformização dos cuidados prestados contribui para uma maior visibilidade dos cuidados.

Segundo o Internacional Council of Nurses (2002), a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), surge da vontade de uniformização da linguagem de enfermagem, traduzida em quase dez anos de trabalho, por parte de enfermeiros peritos em várias áreas, que estudaram e investigaram a prática de enfermagem. Bem como da necessidade por parte da enfermagem de uma linguagem única, comum e universal, capaz de produzir conhecimento, conhecimento esse que produza ciência, reconhecida pela Comunidade Científica de Enfermagem (International Council of Nurses e Associação Portuguesa de Enfermeiras). A primeira versão da CIPE surge em 1996.

Este sistema de classificação consiste num instrumento de informação que descreve a prática e unifica a terminologia, fazendo recurso de taxonomias e classificações já anteriormente utilizadas.

A CIPE versão Beta 2 (2002), actualmente a mais utilizada nos Serviços do Sistema Nacional de Saúde, apresenta como objetivos a melhoria da comunicação entre enfermeiros, entre enfermeiros e outros profissionais de saúde, a utilização de linguagem específica das várias especialidades, a descrição dos cuidados prestados de forma universal, a comparação de dados e projeção de necessidades, o incentivo à investigação e dinamização da formação contínua, a obtenção de dados que contribuam para uma melhoria dos cuidados de saúde, nomeadamente nas áreas do ensino, da gestão, da prática e políticas de saúde.

A apresentação dos dados dá visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados. A OE (2007), emite um documento – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem, em que define resumo mínimo de dados, de acordo com Werley et. al, como o conjunto mínimo de informações de saúde, específicas da área da enfermagem conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados, que servem os múltiplos utilizadores. Os indicadores em saúde traduzem uma leitura dos dados que permite demonstrar o estado de saúde das populações, os ganhos em saúde e o contributo da profissão de enfermagem.

O estágio de observação no grupo de indicadores, auditoria e risco clínicos (GIARC) do CH permitiu-nos conhecer o trabalho desenvolvido por esta equipa, que tem como intuito a melhoria da qualidade na prestação de cuidados e aumentar a segurança através do conhecimento antecipado da probabilidade de um evento indesejável permitindo prevenir, controlar ou erradicar esse risco.

A este grupo de trabalho compete a operacionalização de sistemas de relato, análise de incidentes clínicos, auditoria clínica, elaboração e divulgação de indicadores clínicos do CH, bem como formação contínua na área da gestão de risco e cultura de segurança.

Este estágio de observação permitiu-nos perceber a dinâmica de avaliação e resolução dos incidentes relatados e conhecer os indicadores clínicos escolhidos pelo CH, que permitem a cada ano, a avaliação dos cuidados prestados e o planeamento de novas metas.

Durante o estágio encontrava-se em desenvolvimento uma checklist de auditoria sobre segurança do cliente, a qual tivemos oportunidade de conhecer antes de ser colocada em aplicação. Podemos ainda assistir a uma formação preparada pelo GIARC sobre prevenção de acidentes na transfusão de hemoderivados.

Atualmente no CH foi criado um grupo de trabalho de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica do qual fazem parte os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e os Enfermeiros que se encontram a realizar Cursos de Pós-Especialização ou Mestrado nesta área. Este grupo tem como tarefa inicial a criação de um padrão de documentação em linguagem CIPE, com o objetivo de uniformizar, na instituição, as intervenções de enfermagem desempenhadas apenas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Especialistas em Enfermagem em Pessoa com Doença Crónica ou Paliativa.

A nossa inclusão neste grupo de trabalho constituiu uma oportunidade de desenvolvimento competências de Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade.

No artigo 7º do Decreto-Lei nº 35/2011, são definidas as seguintes competências no domínio da **Gestão dos Cuidados**

“a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”

Decreto-Lei nº 35/2011, p.8649

Olhando a instituição como um sistema constituído por elementos que se encontram em interação, com o intuito de alcançar um objetivo comum - sendo ele a produção de um serviço de qualidade. O Centro Hospitalar tem como missão – *“A promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito de responsabilidade e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.”*

CH

O Hospital é uma organização que se pode classificar como um sistema aberto, que recebe *inputs*, que constituem os seus recursos materiais e humanos, estes últimos dotados de uma especificidade de modelos, de valores, normas... tendo estes a capacidade de transformar os *inputs* em *outputs*, ou seja em resultados, em cuidados de saúde de qualidade.

Neste processo de transformação podem distinguir-se três tipos de atividades, as que têm por princípio o alcance dos objetivos da organização. Atividades centradas na manutenção do sistema interno, que visam desenvolver relações harmoniosas entre os indivíduos e os grupos da instituição. Atividades orientadas para a adaptação ao ambiente, ou seja, estando o meio em constante adaptação, à que seguir as tendências, agindo em antecipação e previsão, na área hospitalar os planos de controlo de infeção, planos de contingência, planos de atuação em emergência e catástrofe são exemplos do desenvolvimento de atividades orientadas para a adaptação ao ambiente.

A comunicação constitui-se também um fator de extrema importância nas organizações, ela permite a interação entre os indivíduos, a comunicação ineficaz pode pôr em causa a eficácia das organizações. O bom funcionamento de uma organização está muitas vezes relacionado com a existência de comunicações horizontais que consistem na troca de informação entre pessoas ao mesmo nível. A promoção deste tipo de comunicação na UCICOR é fácil de manter e promover porque as equipas multidisciplinares que interagem são extremamente pequenas (Petit, 1998).

Outro fator do qual depende sempre o sucesso de uma organização ou de um projeto é a sua liderança.

A liderança mais adequada a aplicar numa equipa relativamente pequena como a que constitui a UCICOR, parece-nos coincidir com a liderança transformacional, em que o líder constitui-se agente de mudança (Teixeira, 2001).

Como primeiros elementos de uma equipa de enfermagem, orientamos a nossa prática para a promoção de um ambiente seguro e agradável.

Relativamente ao método de trabalho utilizado continuamos a optar pelo método individual de trabalho com distribuição de enfermeiro por cliente, em detrimento do método do enfermeiro responsável devido à alta rotatividade de clientes na UCICOR.

Devido à especificidade dos cuidados ao doente em situação crítica são poucos os cuidados que são delegados aos assistentes operacionais na UCICOR - tendo por base o REPE (1996), *“os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente, quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de*

enfermagem”, as tarefas delegadas ocorrem sob supervisão e avaliação por forma a poder garantir a qualidade das mesmas.

Neste domínio da gestão dos cuidados assumimos ainda, em conjunto com o enfermeiro coordenador da UCICOR e orientador de estágio, a articulação entre o grupo de transporte do doente crítico, com o serviço, na divulgação dos resultados das auditorias internas e procedendo mensalmente à verificação da mala de transporte do doente crítico.

Durante os estágios I, II e III procurámos inteirar-nos de processos e actividades desenvolvidas pelo orientador, na área da gestão, nomeadamente na escolha de material a ser adquirido pela UCICOR nos próximos meses, procurámos colaborar na reposição e gestão de stocks farmacológicos e consumíveis não farmacológicos, na realização do horário da equipa de enfermagem e verificação do horário cumprido.

Consideramos que a motivação da equipa é fundamental, para a adesão e sucesso dos projetos a desenvolver.

Como último domínio de competências comuns, dos Enfermeiros Especialistas, surge o domínio das **Aprendizagens Profissionais** e são definidas as seguintes competências:

“a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

Decreto-Lei nº 53/2011, p.8649

Novac (1996), defende que a construção de conhecimento novo tem início na observação de acontecimentos, objetos com base nos conceitos que já são conhecidos, referindo:

“Para aprender significativamente, o indivíduo deve optar por relacionar novos conhecimentos com as proposições e conceitos relevantes que já conhece.”

(Novac, 1996, p.20)

Em toda a experiência educativa, o pensamento, os sentimentos e a ação estão presentes e transformam o significado da experiência. Seja ela a aprendizagem pessoal e idiossincrásica ou o conhecimento público e compartilhado.

Segundo o mesmo autor, as estratégias de meta-aprendizagem e meta-conhecimento promovem a honestidade intelectual e o sentido de responsabilidade, num processo de formação contínua.

Os enfermeiros devem procurar a evidência e aplicá-la na sua prática, devem ainda de forma pró-activa contribuir para o desenvolvimento em investigação, o termo prática baseada na evidência significa o uso de forma criteriosa da melhor evidência, fazendo dela recurso para a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar (Craig e Smyth, 2004).

A atualização do conhecimento, a investigação e a formação contínua constituem instrumentos importantes na busca pela excelência do cuidar e na elevação dos padrões de qualidade. A concetualização do cuidado, permite organizar os dados relativos ao cliente, compreendê-los e analisá-los, permite a tomada de decisão sobre as intervenções de enfermagem, permite ainda planear o tratamento, prever os resultados e avaliar o cliente (Tomey, 2004).

Hoje, através das bases de dados científicas o acesso à informação científica atualizada está disponível aos enfermeiros em todo o instante.

O aporte teórico disponibilizado pelos docentes da ESS-IPS foi também uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência.

Consideramos também que a participação em congressos, constitui a oportunidade, de num curto espaço de tempo aceder a informação atual, sobre temas normalmente do nosso interesse pessoal. Durante a realização do estágio II, optámos pela frequência dos seguintes congressos: Conferência de Fundamentos Éticos nas Prioridades em Saúde, Reunião Conjunta de Cuidados Intensivos Cardíacos e de Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca - Estabilizar e Reabilitar, um Continuum e 2º Congresso de Casos Clínicos em Cardiologia (consultar apêndice III e anexo I).

Durante este estágio realizámos ainda duas formações, no Curso de Cuidados Intensivos Cardíacos, destinada aos elementos mais novos da equipa de enfermagem da cardiologia, os temas foram propostos pelo organizador do Curso e corresponderam à “Monitorização da Pressão Arterial Invasiva e Gasimetria” (consultar apêndice IV).

Com a execução do PIS foi detetada a necessidade de efetuarmos outras formações em serviço, que serão explicitadas e avaliadas no capítulo dedicado à análise do PIS.

Na especificidade de **enfermagem em pessoa em situação crítica** torna-se importante a compreensão dos termos pessoa em situação crítica e cuidados à pessoa em situação crítica.

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

Decreto-Lei nº 35/2011, p.8656

Tendo por base o mesmo Decreto-Lei, acima citado, **os cuidados à pessoa em situação em situação crítica** caracterizam-se pela alta qualificação, de forma contínua, à pessoa que se encontre em risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais, tendo como fim

manter as funções básicas de vida, recuperar a pessoa e prevenir complicações e incapacidade.

Do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica é esperado que aja em conformidade com o perfil de competências comuns e com um conjunto de competências clínicas específicas. Refletindo agora sobre as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, pretende-se efetuar uma análise de desenvolvimento da competência e uma projeção de atividades a desenvolver na especificidade dessa mesma competência.

“K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.”

Decreto-Lei nº 35/2011, p.865

Cuidar a pessoa em situação crítica implica uma base de conhecimentos e habilidades de pensamento crítico. Numa tentativa de organização do pensamento crítico um painel de enfermeiras experts, representativas de nove países e Estados Unidos da América, entre 1995 e 1998, definiram os componentes efetivos e as habilidades cognitivas do pensamento crítico. Os componentes efetivos definidos foram a confiança, a perspectiva contextual, a criatividade, a flexibilidade, a curiosidade, a capacidade intelectual, a intuição, a mente aberta, a perseverança e a reflexão. As habilidades cognitivas, subjacentes ao pensamento crítico, descritas por este painel são a análise, a aplicação de modelos, a discriminação, a busca de informação, a justificativa lógica, a previsibilidade e a transformação do conhecimento. Todos eles essenciais na tomada de decisão clínica e na procura pela solução de problemas no cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica (Morton, 2007).

A American Association of Critical-Care Nurses- AACN- (Associação Americana de Enfermeiras de Cuidados Críticos), apresenta na sua missão

uma preocupação em disponibilizar recursos de elevada qualidade, para potencializar as contribuições dos enfermeiros nos cuidados e melhorar a saúde da pessoa a vivenciar processos de doença crítica. Esta associação representa para os enfermeiros uma fonte de conhecimento atualizado na área do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, o seu modelo de sinergias, constitui também ele um marco evolutivo no cuidado crítico.

Na concetualização de enfermagem por King, esta define-a como um processo interpessoal de ação, reação, interação, transação cujo objetivo consiste em ajudar a pessoa a preservar a sua saúde de modo a que possam desempenhar os seus papéis e funções habituais. É neste sentido que procuramos orientar a nossa prática, procurando interagir e efetuar transações que sejam eficazes na recuperação da pessoa e na prevenção de complicações e incapacidade, com a consecução de objetivos procuramos gerar satisfação.

De acordo com as Estatísticas Europeias de Doenças Cardiovasculares, apresentadas pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2008), a doença cardiovascular, é responsável, a cada novo ano, por mais de 4,3 milhões de mortes na Europa e mais de 2,0 milhões de mortes na União Europeia. A doença cardiovascular é a principal causa de morte de mulheres em todos os países da Europa e é a principal causa de morte nos homens em todos os países com exceção da França, Holanda e Espanha. A morte por doença cardiovascular representa quase metade de todas as mortes na Europa (48%) e na União Europeia (42%) e é responsável por elevados níveis de morbilidade. Na UCICOR, segundo o seu regulamento interno (2010), prestam-se cuidados intensivos cardíacos tendo como objectivos a monitorização, suporte e recuperação de funções vitais em doentes com patologia cardíaca aguda e crítica, de forma a reduzir a sua morbilidade e mortalidade. Cada vez mais o cuidado crítico cruza-se com a agudização do processo de doença crónica e doença

paliativa, a maioria dos internamentos na UCICOR ocorrem por enfarte agudo do miocárdio ou por insuficiência cardíaca congestiva.

A complexidade e tecnicidade dos cuidados exigem a atuação diária segundo normas e protocolos de administração de terapêutica. Mas é precisamente a inexistência de protocolos terapêuticos de controlo da dor que consideramos que colocam em causa a qualidade dos cuidados prestados aos clientes com dor.

A dor, segundo a International Association for the Study of Pain (1990), é *“uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tais danos”*

Morton, 2007, p.47

McCaffery, citado pela Morton (2007), na tentativa de operacionalização do conceito de dor, refere que dor é aquilo que a pessoa diz que está a sentir, quando a está a sentir.

A dor é o 5º sinal vital, e toda a equipa de enfermagem da UCICOR, se encontra sensibilizada para a importância da sua avaliação, na UCICOR procede-se à avaliação da dor através da escala visual analógica (EVA). Oman (2001) refere-nos que os instrumentos de avaliação são tão bons indicadores, como a capacidade de quem realiza a avaliação em escutar, em acreditar e em compreender a dor do cliente. Define que a avaliação da dor deve incluir os seguintes elementos, um descritivo da dor utilizando as palavras utilizadas pelo cliente para definir a dor, a intensidade da dor através de escala de 0 a 10, a localização da dor, a sua duração, os fatores que a agravam ou que a aliviam, bem como os sintomas que lhe possam estar associados (como náuseas, vômitos, anorexia, confusão, retenção urinária...). Se consultarmos os registos de enfermagem no cliente com dor provavelmente o que encontramos descrito passa apenas pela localização, intensidade e técnicas de alívio utilizadas. Consideramos que na UCICOR existe caminho a percorrer na forma como

se avalia a dor e como se procede ao seu alívio, sendo uma área que requer a sensibilização dos profissionais nomeadamente dos enfermeiros, mas que durante este estágio não nos foi possível trabalhar e desenvolver por limitações temporais.

No contexto de cuidados intensivos ocorrem várias técnicas e procedimentos invasivos por vezes dolorosos, consideramos mais uma vez que protocolos de analgesia seriam benéficos na antecipação à dor que é provocada, na ausência destes passa mais uma vez pela sensibilidade da equipa para evitar ou minimizar a dor.

Outro foco de cuidados que nos suscita interesse pessoal, é o cuidado à família da pessoa, vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, durante a realização da Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, desenvolvemos um trabalho de revisão sistemática da literatura sobre a ansiedade e o stresse na família do cliente em estado crítico, que ainda hoje nos ajuda a orientar a nossa prática.

O fim de vida é sempre um desafio nos cuidados de enfermagem, por considerarmos que a pessoa deve poder efetuar um projeto de fim de vida, procuramos proporcionar ao cliente essa oportunidade, percebendo com quem gostaria de estar...sempre que possível...sempre que a pessoa e a família manifestem essa vontade, tentamos proporcionar um ambiente o mais confortável possível (o que se constitui um desafio devido às dimensões da unidade individual do cliente e aos constantes alarmes e luzes típicas das unidades de cuidados intensivos) e possibilitamos à família a permanência junto da pessoa.

No Hospital do futuro parece-nos que as unidades de cuidados intensivos terão que ser perspectivadas no sentido de promover o conforto aos cliente e às suas famílias, que vivenciam a criticidade da doença do seu familiar e muitas vezes as suas últimas horas de vida. Esta é sem dúvida uma problemática que permitiria o desenvolvimento de outro projeto de intervenção em serviço.

Na perspectiva de desenvolvimento desta competência, traçamos como projeto de aprendizagem a realização de estágio na UCICOR onde se prestam cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, sentindo como oportunidade a sensibilização da equipa para a avaliação e controlo da dor tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados. Através do projeto de intervenção em serviço – segurança do cliente admitido na UCICOR, pretendemos uniformizar alguns cuidados que visem a segurança do cliente, tendo sido criada, aplicada e auditada a check-list de segurança do cliente, criado um dossier de protocolos e normas de orientação clínica, foi reestruturado o guia de acolhimento da UCICOR que passou a conter informações e indicações úteis para clientes e famílias, reestruturados alguns procedimentos da unidade (consultar apêndices V, X, XI, XII, XIII E XIV).

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

Decreto-Lei nº 35/2011, p.8657

A catástrofe consiste num evento que provoque destruição e devastação que não pode ser aliviada sem ajuda de terceiros, pode ter uma causa natural ou humana. As causas naturais de catástrofe, não podem ser evitadas, mas o seu impacto pode ser minimizado mediante planos de catástrofe concisos e bem treinados. As catástrofes de causa humana podem ser na grande maioria das vezes evitadas (Stanhope, 1999). Segundo o mesmo autor, as catástrofes naturais mais comuns são os furacões, tornados, ciclones, tempestades de granizo e neve, secas, inundações, deslizamentos de terra, sismos, erupções vulcânicas, epidemias de doenças contagiosas. As catástrofes provocadas pelo homem são a guerra convencional e não convencional (exemplo de guerras químicas e nucleares), acidentes com transportes, colapso estrutural, explosões, fogos, materiais tóxicos, poluição, desassossego civil e ataques terroristas.

A resposta à catástrofe organiza-se em três estádios: preparação, resposta e recuperação. O sucesso da atuação vai depender diretamente da aplicação de um plano simples e realista.

Em Portugal o Ministério da Administração Interna, através do portal da segurança emana para a população uma série de normas e conselhos de atuação em situação de catástrofe que deveriam ser do domínio e conhecimento de todos os cidadãos.

Na catástrofe várias entidades se articulam, nomeadamente a Autoridade Nacional de Protecção Civil, o Comando Distrital de Operações de Socorro, o Instituto Nacional de Emergência Médica, a Direcção Geral de Saúde, entre outros dependendo na natureza da catástrofe.

O CH, conta com uma linha telefónica de ativação de catástrofe devendo ser seguidas as indicações dos planos de catástrofe a ativar. A instituição conta com um plano de evacuação hospitalar, a nosso ver deficientemente divulgado. Consideramos ainda que equipas treinadas, são equipas mais capazes, pelo que a ocorrência de simulacros seria benéfica.

Tendo por base o cliente, como pessoa com capacidade de pensar, conhecer, fazer escolhas e seleccionar opções de atuação, de acordo com a Teoria de Imogene King, faz-nos sentido que o cliente seja integrado previamente no plano de evacuação em situação de emergência e catástrofe.

Durante o nosso estágio na UCICOR, foi reformulado o seu guia de acolhimento ao cliente e família, onde foram incluídas algumas indicações de atuação em necessidade de evacuação da unidade, foi ainda incluído o mapa hospitalar onde constam os pontos de encontro em situação de necessidade de evacuação para o exterior (consultar apêndice V). Receámos que a inclusão destas indicações no guia pudessem causar alguma ansiedade nos clientes, mas o feedback obtido mostra o contrário,

as pessoas encontram-se cada vez mais preocupadas com a sua segurança e percebem a necessidade de antecipação de cenários, para otimização do impacto causado.

“K3-Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil adequadas”

Decreto-Lei nº 35/2011, p.8657

De acordo a Direcção Geral de Saúde (2007), através do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) consiste na infeção adquirida pelos clientes como consequência dos cuidados e procedimentos de saúde que lhes foram prestados, este tipo de infeções pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

No mesmo relatório surgem números da Organização Mundial de Saúde, que indicam que um em cada quatro doentes internados em UCI apresenta um risco acrescido de adquirir uma IACS, esta estimativa duplica em países subdesenvolvidos.

Dados apresentados neste relatório demostram que, 30% a 40% das infeções provocadas por agentes resistentes resultam da colonização e infeção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde; 20% a 25% podem resultar da terapêutica antibiótica sucessiva e prolongada; 20% a 25% podem resultar do contato com microrganismos adquiridos na comunidade; 20% têm origem desconhecida.

A Aliança Portuguesa para a Preservação do Antibiótico, lança também dados estatísticos que revelam que 70% das bactérias responsáveis pela infeção hospitalar são resistentes a pelo menos um dos

antibióticos habitualmente usados para as tratar. Existe um número crescente de bactérias resistentes a antibióticos e um número pequeno, mas preocupante de bactérias resistentes a todos os antibióticos (pan-resistentes). Esta aliança constituída pela Direcção Geral de Saúde e Grupo de Infecção e Sépsis em cooperação com outras entidades dão-nos ainda conta de que o antibiótico está em risco de extinção e há que sensibilizar os cidadãos para a necessidade de o proteger, efetuando para isso algumas recomendações entre as quais a anulação da automedicação.

Estes dados são comprovativos do panorama atual e da importância que na atualidade o controlo de infeção assume.

A DGS (2008), assumindo a necessidade de vigilância, implementação de medidas nesta área, monitorização e avaliação cria o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

No decurso de estágio III, optámos pela realização de estágio opcional na comissão de controlo de infeção do CH, por considerarmos que seria uma mais valia para o desenvolvimento do PIS e do PAC.

Esta comissão apresenta como funções o desenvolvimento de um plano de ação tendo por base o Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde e as diretrizes da DGS, implementar políticas e procedimentos que visem a prevenção e controlo de infeção e auditá-las, investigar, notificar e controlar surtos de infeção, articular-se com os Serviços de Gestão de Aprovisionamento e Logística, Serviços de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho, Comissão e Gestão de Risco, detetar situações de risco biológico.

Tendo como objetivo primordial a redução do risco de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitas, diminuindo as taxas de infeção hospitalar de modo a mantê-las num nível aceitável.

Durante este estágio tivemos oportunidade de assistir a algumas atividades da comissão, nomeadamente reuniões com elementos de ligação da comissão com os serviços/unidades, onde foram expostas situações problemáticas de cada serviço. Tivemos ainda oportunidade de assistir ao processo de avaliação, por parte da comissão, dos materiais/consumíveis em concurso para aquisição no ano de 2013. Esta atividade implica estudo, investigação baseados em evidência para determinar o custo-benefício e o custo-eficácia dos materiais.

Durante este estágio surgiu o desafio da adesão da UCICOR à campanha de higiene das mãos - “Medidas Simples Salvam Vidas”.

A campanha “Clear Care is Safe Care” constitui o primeiro desafio da World Alliance for Patient Safety da OMS, para a melhoria contínua da segurança. Esta campanha tem como objetivo a prevenção da resistência aos antimicrobianos e minimização dos custos associados.

A campanha é constituída por seis fases, sendo elas: a preparação das unidades, a realização do diagnóstico inicial, implementação, monitorização e avaliação, revisão do ciclo, balanço global e avaliação (DGS, 2007).

Após reunião com o Sr. Director de serviço e com a Sr^a Enfermeira chefe de serviço, deu-se início às primeiras atividades da campanha, verificação do local que reunia as condições preconizadas pela verificação do local, que reunia as condições pela OMS – solução anti-séptica de base alcoólica nos locais de prestação de cuidados, a presença de lavatórios por cada seis camas. Disponibilização do kit da campanha e formação por parte dos elementos do CCI aos elementos de ligação do serviço, que replicarão a formação aos restantes elementos do serviço.

Com a adesão a esta campanha concretizamos mais um projeto de melhoria da qualidade e segurança do cliente (consultar anexo II).

5. Síntese do Projeto de Intervenção em Serviço

De acordo com o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, no artigo 20º, “1- O ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre integra: b) Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, (...)”

Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, p.2248

Com base no plano de estudos do primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço.

A investigação científica traduz-se num processo de resolução de problemas reais, permite a aquisição de conhecimentos, de forma sistemática e orientada para a resolução de questões que necessitam de investigação. Apresenta como funções a descrição, explicação e predição de fenómenos (Fortin, 1999).

A metodologia de projeto consiste na investigação com base num problema real e na concretização de estratégias eficazes para a sua resolução. Esta metodologia visa a prática baseada na evidência (Ruivo, 2007).

Esta metodologia investigativa, centrada na resolução de problemas, tem por objetivo a criação de um diferencial entre uma situação existente e indesejada e uma situação que se deseja (Castro, 2002). Numa simples analogia, duas cidades territorialmente divididas por um rio para que fiquem mais próximas, projeta-se uma ponte, avalia-se o custo e os benefícios dessa construção, constrói-se e procede-se à sua manutenção.

Nesta metodologia espera-se que o problema seja pertinente, que constitua uma oportunidade de aprendizagem, que tenha ligação à

sociedade e que a sua resolução seja realizável a partir do tempo e recursos disponíveis.

Da metodologia de projeto, fazem parte cinco etapas: Diagnóstico de Situação, Definição de Objectivos, Planeamento, Execução e Avaliação e Divulgação de Resultados.

Quando nos surgiu o desafio do projeto de Intervenção em Serviço, talvez num ato de egoísmo, não nos fazia sentido conceber um projeto que não se desenvolve-se no nosso local de trabalho, não nos fazia sentido não usufruirmos dos seus resultados. Foi então por esse motivo que ao delinear os estágios, fazia-nos sentido que eles ocorressem na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR) de um Centro Hospitalar do distrito de Setúbal.

Quando perspectivámos pela primeira vez este projeto fazia-nos sentido que ele não só fosse capaz de dar resposta ao maior número de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que é suposto que consigamos desenvolver; como também nos preocupava a questão da sua utilidade para os profissionais do serviço e para os clientes. E quando nos questionamos sobre o que procuram os clientes e o que procuram os profissionais de saúde oferecer aos clientes parece-nos que qualidade será com certeza uma resposta unânime.

A Ordem dos Enfermeiros (2003), como associação pública que representa os enfermeiros, mostrou desde o seu início uma grande preocupação com a qualidade e excelência dos cuidados de enfermagem, sendo notória ao longo de todo o Código Deontológico do Enfermeiro. No artigo 88º, torna-se claro que o enfermeiro em todo o ato profissional tem o dever de procurar a excelência profissional; para que tal aconteça deverá efetuar análise crítica do seu trabalho, procurar alvos de mudança no sentido da excelência, tentar ajustar as normas dos cuidados de qualidade

ao seu cliente, procurar atualizar os seus conhecimentos apostando na sua formação, garantindo a qualidade dos cuidados bem como a continuidade dos cuidados.

Atualmente a qualidade em saúde é uma preocupação mundial, e organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Conselho Internacional de Enfermeiros, Conselho Nacional da Qualidade e Instituto da Qualidade em Saúde, demonstram-no, mas a Ordem dos Enfermeiros (OE) não é uma exceção e é neste sentido que procura implementar sistemas de qualidade e definir padrões de qualidade. Ao formular os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a OE pretende que eles venham a ser um instrumento que precise o papel do enfermeiro junto do seu cliente, perante toda a sociedade.

A OE (2001) define como enunciados descritivos de qualidade a procura da excelência no exercício profissional em que o enfermeiro procura os mais elevados níveis de satisfação do cliente, procura ajudar o cliente a atingir o seu máximo potencial de saúde, procura prevenir complicações na saúde do cliente, procura potencializar o bem-estar e garantir as atividades de vida nas quais o cliente é dependente, em conjunto com o cliente procuram desenvolver processos eficazes de adaptação a problemas de saúde e contribui para a eficácia a nível da organização dos cuidados de enfermagem.

Garantir a qualidade dos cuidados, implica garantir a segurança do cliente. De acordo com a National Patient Safety Agency (2008) em Matriz de Risco para Gestores de Risco, quando se identifica uma situação de risco é necessário proceder-se à avaliação do risco, neste documento são apresentadas escalas/matriz de avaliação que permitem classificar o risco em cinco graus, distinguindo-o do aceitável ao não aceitável e prevendo o seu grau de ocorrência. Esta avaliação consiste no método que

determina a forma (custo-eficácia) para minimizar ou remover o risco. Pode ser utilizada na gestão de qualquer organização do Sistema Nacional de Saúde.

O Plano Nacional de Saúde (2011-2016), assume a prestação de cuidados de saúde, como uma atividade de risco pela complexidade dos cuidados, pela invasividade dos procedimentos, pela quantidade de tecnologia adjuvante e pelo risco de erro humano. A Gestão de Risco Clínico, apresenta como responsabilidades aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, através da prospeção, prevenção e controlo de situações de risco (Alto Comissariado da Saúde, 2010).

Do nosso gosto pessoal por esta área nasce então o tema do projeto- “Segurança do Cliente Admitido na UCICOR.”

Por considerarmos importante contextualizar a Unidade de Cuidados onde decorreu este projeto recorreremos a uma breve descrição do local.

O Centro Hospitalar, constituído em Decreto de Lei. É uma pessoa coletiva de direito público, sendo dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa financeira e patrimonial, apresenta uma natureza empresarial.

O CH tem sede no distrito de Setúbal e encontra-se integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Rege-se pelos princípios de: *“Humanização e não discriminação, respeito pela confidencialidade e dignidade individual de cada doente, promoção de saúde na comunidade, actualização face aos avanços da investigação e da ciência, excelência técnico profissional, ética profissional, promoção da multidisciplinaridade, respeito pelo ambiente.”*

Regulamento Interno do CH, 2006

O CH organiza-se em unidades operacionais de natureza assistencial de prestação direta e indireta de cuidados de saúde, logística e gestão.

A Unidade Funcional de Cardiologia é constituída por Internamento, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Unidade de Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica (da qual fazem parte os laboratório de eco cardiografia, laboratório de hemodinâmica, laboratório de electrofisiologia e pacing), Unidade de Internamento de Curta Duração e Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca.

A UCICOR, local onde o estágio decorreu, corresponde a uma sala, única com seis camas/ unidades de internamento. Esta unidade tem como objetivo, segundo o seu regulamento, monitorizar, suportar e recuperar funções vitais em doentes com patologia cardíaca aguda e /ou crítica para reduzir a sua morbilidade e mortalidade.

Esta unidade apresenta uma equipa de enfermagem específica, constituída por onze enfermeiros, dos quais um enfermeiro responsável – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com funções de gestão e liderança da equipa, cargo esse de nomeação interna pela enfermeira chefe. A equipa de enfermagem divide-se em cinco equipas, com horário rotativo de manhã, tarde, descanso, noite e folga. Nesta unidade é utilizado o método individual de trabalho, no início de cada turno o enfermeiro chefe de equipa realiza a distribuição de enfermeiro por cliente, de acordo com o grau de dependência nas atividades de vida e a complexidade dos cuidados de que necessita.

A equipa médica da unidade é constituída também ela por um corpo de médicos específicos que asseguram os turnos da manhã de segunda a sexta-feira, o restante horário é assegurado pelo cardiologista que se encontra de Urgência Interna.

Os assistentes operacionais constituem uma só equipa no Serviço de Cardiologia, com uma escala de distribuição de trabalho, encontrando-

se sempre um destacado para a unidade.

Os restantes profissionais, técnicos de cardiopneumologia, secretariado, limpeza, manutenção de equipamentos, prestam serviços à unidade.

A fase de diagnóstico constitui a primeira fase de um projeto e consiste na construção cognitiva da situação ou problema identificado, nesta fase definem-se os problemas sejam eles de natureza qualitativa ou quantitativa, identificam-se as causas prováveis e estabelecem-se prioridades. O diagnóstico de situação pressupõe quatro fases a identificação dos problemas, o estudo prognóstico dos problemas, o estudo da causalidade dos problemas e a determinação das necessidades (Ruivo, 2010).

O CH assume publicamente como missão: “... a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos Hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.” CH

A qualidade dos cuidados e a segurança do cliente são hoje uma preocupação macro e global não apenas das Administrações Hospitalares, mas também da OMS e das Agências de Acreditação.

Encontrando-se o CH creditado pela The Joint Commission, a qualidade e segurança do cliente é uma área considerada prioritária. A segurança do cliente admitido na UCICOR requer uma série de procedimentos desde a desinfeção da unidade, teste de equipamentos e realização de procedimentos seguros, que são implícitos à admissão, mas que não seguem um protocolo e um registo adequado.

A normalização de procedimentos e o seu registo adequado aumentam a segurança do cliente, pelo que a criação de uma check-list de verificação de procedimentos que visem a segurança do cliente será uma mais-valia para a unidade, uma oportunidade de aprendizagem enriquecedora, permitindo-nos também desenvolver algumas das competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

Para justificar a pertinência da escolha por esta área de intervenção, após entrevista informal com o Sr. Enfermeiro responsável pela UCICOR e com a Sra. Enfermeira chefe do serviço de cardiologia, ambos manifestaram ser uma área com algumas lacunas no Serviço e com muito potencial de desenvolvimento procedeu-se a uma revisão bibliográfica sobre o tema “Segurança do Cliente em Unidades de Cuidados Intensivos”.

Fez-se recurso, ainda dos seguintes instrumentos de diagnósticos Análise SWOT, Diagrama Espinha de Peixe e Failure Mode and Effects Analysis (FMEA).

O Diagrama Espinha de Peixe ou Diagrama Causa Efeito é uma ferramenta gráfica, muitas vezes utilizada no Controlo de Qualidade, que permite determinar as causas de um determinado problema, através da avaliação de seis parâmetros: Método, Matéria-prima, Mão-de-obra, Máquinas, Medição e Meio Ambiente.

A Análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats que significa Forças, Fraquezas Oportunidades e Ameaças) consiste numa ferramenta de análise estratégica que expõe pontos fracos e pontos fortes de um determinado sistema, bem como as suas oportunidades e ameaças (Santos, 2008). De acordo com Ruivo (2010) esta é uma das ferramentas mais utilizadas na investigação social e na análise das organizações, pois

permite a reflexão e a comparação entre aspetos positivos e negativos da situação.

A Failure Mode And Effects Analysis (FMEA- Análise do Tipo e Efeito de Falha) consiste numa análise que permite avaliar e minimizar potenciais falhas, permitindo propor ações com a finalidade de aumentar a fiabilidade do produto/projeto (Welborn, 2010).

Através da utilização do Diagrama de Espinha de Peixe foram detetados os potenciais modos de falha na Segurança do Doente admitido na UCICOR, tendo por base os vários fatores – Máquinas, Métodos, Mão-de-obra, Medidas, Materiais e Meio Ambiente (consultar apêndice VI).

A análise SWOT, permitiu detetar as oportunidades, os pontos fortes, as ameaças e os pontos fracos da execução e implementação do projeto (consultar apêndice VII).

Através da análise FMEA, foi não só possível detetar os potenciais modos de falha, mas também as causas e as ações a desenvolver neste projeto. Através deste instrumento foram detetados como modos potenciais de falha, com ações a desenvolver, fatores relacionados com a pré admissão – limpeza da unidade, desinfeção da unidade do cliente, condições físicas da UCICOR.

Fatores relacionados com o internamento, nomeadamente a admissão do cliente em situação crítica, a tecnicidade dos cuidados e falha dos equipamentos, a situação de urgência, o défice no rácio enfermeiro-cliente, execução de procedimentos de acordo com as normas adotadas pela instituição e a política de relato de incidentes. Relacionado com alta e transferência hospitalares foi identificado como modo potencial de falhas a continuidade dos cuidados (consultar apêndice VIII).

Os objetivos funcionam como ante visores dos resultados que se pretendem alcançar, podendo ser gerais ou específicos. Do rigor dos

objetivos depende a identificação dos problemas de forma sucinta e precisa (Ruivo e Ferrito, 2007).

Identificámos como problema geral a inexistência de uma política de segurança, que vise a segurança do cliente admitido na unidade, da admissão à alta. Relacionado com a segurança do cliente surgem outros problemas parcelares que foram identificados e que deram origem à definição dos objetivos delineados.

Foi definido como objetivo geral deste projeto:

- Aumentar a segurança do cliente admitido na unidade;

E como objetivos específicos:

- Garantir que a limpeza da unidade é efetuada de acordo com o preconizado pela norma hospitalar;

- Diminuir o risco de infeção aquando da admissão do cliente na UCICOR;

- Capacitar os clientes conscientes e orientados para a evacuação da unidade em situação de emergência e catástrofe;

- Sensibilizar a gestão para a necessidade de dotações seguras, com um rácio enfermeiro - cliente adequado em todos os turnos.

Traçadas ainda como principais prioridades para este projeto a construção de uma check-list de verificação de procedimentos que aumentem a segurança do cliente admitido na unidade, a realização de formação/divulgação da check-list e a realização de formação sobre normas e procedimentos seguros adotados pelo CH e pela DGS.

O planeamento do projeto consiste na fase em que se elabora o esboço, se executa o levantamento dos recursos, se definem as atividades, os métodos e técnicas a desenvolver, se identificam as condicionantes do

projeto e se procede à realização de orçamento dos gastos previstos e ao planeamento cronográfico do projeto (Ruivo e Ferrito, 2007).

Relativamente à necessidade de articulação com outros profissionais de saúde para o desenvolvimento deste projeto, na fase de diagnóstico e planeamento do projeto existiu a necessidade de articular a intervenção com o enfermeiro orientador, com a chefia do serviço e com os enfermeiros do Gabinete de Indicadores Auditoria e Risco Clínico (GIARC) e da Comissão de Controlo de Infeção (CCI).

Foram definidas como atividades e estratégias a desenvolver a aplicação de um documento de registo de atividades de limpeza na UCICOR, com auditoria interna, a construção da check-list de segurança do cliente admitido na UCICOR, realização de formações aos enfermeiros e auxiliares, cálculo de rácio enfermeiro cliente com objetivo de sensibilizar a gestão para a importância de dotações seguras, alteração do guia de acolhimento do cliente admitido na UCICOR, monitorização dos parâmetros de infeção do cliente admitido na unidade. O planeamento das atividades, acima descritas, por uma questão de simplicidade de observação será apresentado em tabela, em apêndice (consultar apêndice IX).

A fase de execução do projeto consiste na operacionalização do previamente planeado. Consiste no dar forma ao constructo mental (Nogueira, 2005; Ruivo, 2010).

A check-list de segurança, que nos propusemos construir, visava dar resposta ao objetivo geral deste projeto – aumentar a segurança do cliente admitido na unidade.

Como já fora descrito, anteriormente, o estudo Sentinela de Eventos que decorreu em duzentas e cinco Unidades de Cuidados Intensivos em todo o mundo apresenta como acidentes mais comuns nas unidades de cuidados intensivos a desconexão/deslocação não planeada de linhas, cateteres e drenos, erros de medicação falha nos equipamentos,

perda ou obstrução da via aérea artificial e alarmes desligados inadequadamente. Outro estudo realizado pelo mesmo grupo de investigadores definem como erros comuns a desadequação dos volumes correntes, a utilização de terapia antimicrobiana no choque séptico e doses de beta-bloqueantes e estatinas desadequados (Moreno, 2009).

Na construção da check-list foram tidos estes fatores em consideração. Fez-se ainda recurso de check-lits de segurança já existentes que serviram de base à construção da check-list a utilizar na UCICOR.

Em 2009, Portugal adere à campanha da OMS- “Save Surgery Saves Lives”- “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, com a adaptação da lista de verificação de Segurança Cirúrgica e com o fornecimento e tradução dos documentos inerentes à campanha mundial por parte da Direção Geral de Saúde (ver anexo III).

Outro documento que serviu de apoio à construção do nosso documento foi a Check-list de Procedimentos de Segurança da Entidade Reguladora da Saúde - ERS (ver anexo IV). A ERS é uma entidade pública que visa a regulação dos estabelecimentos que prestam cuidados de saúde. A ERS regula no território continental, todos os prestadores de cuidados de saúde do setor público, privado e social, com a exceção de farmácias.

A check-list de Segurança do Cliente admitido na UCICOR passou também por várias fases de teste e validação, por peritos, nomeadamente pelos orientadores dos locais de estágio – Srs. Enfermeiros Especialistas da CCI, do GIARC e da UCICOR. Bem como teste e validação pelos pares, Srs. Enfermeiros da UCICOR, tendo sofrido alterações de acordo com as sugestões fornecidas (consultar apêndice X).

Durante o processo de execução é natural que se proceda a avaliações intermédias, também designadas por depuração. É nesse

momento de reflexão que muitas vezes é necessário realizar ajustes, sendo viável a elaboração, planejamento, produção de novos objetivos, novas atividades, novas hipóteses, alterar percurso ou processo. Um projeto é algo que se encontra em desenvolvimento, logo não pode ser estático (Nogueira, 2005; Ruivo, 2010).

Relativamente às atividades desenhadas para este projeto houve necessidade de ajustamento de algumas, após o estágio na CCI a adesão à Campanha Nacional para a Higienização das Mãos, constitui uma oportunidade única de implementação de uma medida primordial de segurança, defendida em todo o mundo, pela OMS, como essencial para a segurança das pessoas internadas nos hospitais, suas famílias e prestadores de cuidados.

As infeções associadas aos cuidados de saúde caracterizam-se por ocorrerem durante a prestação de cuidados em instituições prestadoras de cuidados de saúde, que não se encontrava em período de incubação no momento da prestação de cuidados. São também incluídas infeções que se manifestam após a alta hospitalar e infeções que se desenvolvam nos profissionais de saúde (DGS, 2007).

Por estimativa cerca de 5-10% das pessoas admitidas em hospitais de países desenvolvidos e 25% em países em vias de desenvolvimento, contraem infeções associadas aos cuidados de saúde. As unidades de cuidados intensivos são locais de elevado risco.

Para além do dano causado nas pessoas - clientes, famílias e profissionais, as IACS representam um custo elevado nos sistemas de saúde. As IACS constituem-se, por estes motivos, um problema major na segurança dos clientes.

A transmissão de microrganismos (bactérias, vírus, fungos e parasitas) ocorre mais comumente, através do contato, via aérea e transmissão por veículos comuns.

Em muitos casos as mãos dos profissionais de saúde, são a fonte ou o veículo de transmissão de microrganismos, seja ela da pele da pessoa para as mucosas, ou para outros locais do corpo normalmente estéreis ou de doente para doente, ou mesmo de um ambiente contaminado para a pessoa.

O estudo da eficácia do controlo de infeções nosocomiais - Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control- SENIC, que decorreu nos Estados Unidos da América, em 500 hospitais, demonstrou que planos de controlo de infeção bem estruturados e a implementação de sistemas de vigilância reduzem as IACS em cerca de um terço (DGS, 2007).

“Em diversas instituições, as estratégias para melhorar a higiene das mãos conduziram a um decréscimo substancial nas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, tanto nos cuidados intensivos como em todo o hospital.”

(DGS, 2007, p.6)

Contribuíram pra essa diminuição significativa, medidas como a implementação de programas educativos e a introdução da solução antisséptica de base alcoólica.

Os elementos que constituem a chave do sucesso da implementação desta campanha de higiene das mãos, medidas simples salvam vidas, são: “... a formação dos profissionais, a sua integração em programas de motivação, adoção de produtos para a higiene das mãos à base de álcool como critério de referência, utilização de indicadores de desempenho, forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo, tais como os gestores de topo, os gestores intermédios e os prestadores de cuidados”.

(DGS, 2007, p.6)

Apesar de ainda numa fase inicial de adesão à campanha, acreditamos que este foi um grande passo na melhoria dos cuidados e na segurança das pessoas. Devido a nos encontrarmos numa fase muito inicial de adesão a esta campanha é-nos difícil avaliar o impacto na equipa, bem como as melhorias nos cuidados prestados de outra forma que não esta, mais teórica e mais da evidência descrita (consultar anexo II). O dia 5 de maio é o Dia Mundial da Higiene das Mãos e no próximo ano esperamos poder ser mais um serviço do Sistema Nacional de Saúde que contribuiu para o sucesso desta campanha.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, em vigor desde 2008, apresenta como objetivos a diminuição da incidência das IACS através do conhecimento da natureza das IACS nas unidades prestadoras de cuidados do Sistema Nacional de Saúde, assumindo como estratégias a necessidade de definir as IACS como indicador nos programas de qualidade e segurança dos clientes, definir indicadores e objetivos para a prevenção e controlo de infeção, implementar sistemas de vigilância epidemiológica, promover o ambiente seguro de boas práticas de higienização das Unidades de Saúde, promover políticas de racionalização de antimicrobianos e garantir que existem meios e recursos nas unidades que permitem o isolamento das pessoas de forma adequada.

Não perdendo de vista o nosso objetivo primordial, aumentar a segurança do cliente admitido na UCICOR e tendo por base o preconizado pela DGS através do PNCI, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

Implementação de mapa de registo de atividades de limpeza, com uma listagem dos trabalhos a executar, onde o auxiliar de limpeza regista as tarefas que desempenhou, este instrumento permite que se realizem auditorias e se avalie se está ou não a ser cumprido o procedimento de limpeza em vigor no Hospital (consultar anexo V).

Construção e implementação do procedimento de atuação para a prevenção de infecção do trato urinário na pessoa algaliada, este procedimento apresenta como objetivo promover práticas que visem a prevenção de infecção do trato urinário na pessoa algaliada, diminuir a incidência da infecção urinária e promover a segurança do cliente.

Segundo a CIPE versão 2 (2011), infecção consiste no processo patológico de invasão do corpo por parte de microrganismos patogênicos, que se reproduzem e multiplicam, vindo a provocar doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio – anticorpo.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), uma infecção adquirida no hospital consiste numa infecção que ocorre na pessoa internada numa instituição de saúde, por outro motivo que não essa infecção e que à data da admissão não se encontrava presente ou em fase de incubação.

A infecção do trato urinário adquirida no Hospital corresponde à aquisição de bacteriúria significativa durante o internamento (a partir das 24 horas), independentemente das manifestações clínicas e do fato de a pessoa se encontrar, ou não, algaliada.

A prevenção da infecção urinária em doente algaliado deve respeitar quatro níveis de intervenção que correspondem à avaliação da necessidade de algaliação, seleção do tipo de algália, inserção e manutenção da algália e sistema, remoção correta (consultar apêndice).

Este procedimento foi divulgado junto da equipa de enfermagem da UCICOR e junto dos assistentes operacionais.

Foi promovida a divulgação do documento Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares do PNCI, emitido em 2006, tendo como intuito prevenir infeções associadas ao uso de cateteres intravasculares. Primeiramente, tínhamos projetado a construção e implementação de um procedimento de atuação para a prevenção a prevenção de infecção associada ao uso de cateteres

intravasculares. Esta atividade acabou por não ser realizada, pois no Centro Hospitalar será criado ainda no ano de 2012, um grupo de trabalho, que irá desenvolver os procedimentos de atuação desta temática. Por sugestão dos orientadores de estágio na UCICOR e na CCI foi divulgado este documento, que através das suas recomendações, fazendo recurso à evidência, orientam para a realização de boas práticas.

Houve ainda necessidade de efetuarmos uma compilação de documentos, dossier de apoio à check-list, do qual fazem parte documentos internos do CH que visam a segurança do cliente. Estes documentos foram consultados e suportam a check-list construída, por esse motivo fez sentido que fossem compilados e pudessem servir de suporte a quem venha a utilizar o instrumento construído e a todos os profissionais de saúde da unidade. Consta desta compilação de documentos políticas internas, normas de orientação clínicas, procedimentos e manuais de normas (ver apêndice XIII).

A necessidade de construção de um Guia de Acolhimento do Cliente e Família surgiu da desatualização do que se encontrava em vigor até à construção deste novo guia. Serviu como orientação para a sua construção o procedimento de distribuição do guia de acolhimento aos doentes internados no CH, que define como função do guia a facilitação da integração do cliente e família no Centro Hospitalar, por forma a clarificar o processo de internamento e a reduzir níveis de ansiedade existentes. Este guia deve ser entregue à família e ao cliente no momento de admissão, visando ainda a humanização dos cuidados (consultar apêndice V).

A apresentação e divulgação dos documentos produzidos (check-list de segurança dos clientes, o procedimento de atuação para a prevenção de infeção trato urinário na pessoa algaliada, o portfólio de apoio à check-list e o novo guia de acolhimento da UCICOR), bem como dos documentos de recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares e a adesão à campanha de higienização

das mãos, ocorreram em pequenas sessões de quinze minutos para grupos de quatro a cinco pessoas que se encontravam nas passagens de turno, tendo as formações sido efetuadas a todos os elementos da equipa de enfermagem (consultar apêndice XIV).

De acordo com Canário (2000), as formações clássicas e escolarizadas não são eficazes quando se pretende melhorias individuais na prestação de serviços e quando se pretendem introduzir mudanças organizacionais.

Este autor, defende para este tipo de formações uma estratégia global, participativa e interativa que vise a construção de uma visão consensual dos objetivos e das ações.

Também, Caetano (2001), defende que a participação das pessoas nos processos, diminuem a resistência à mudança.

No seguimento do defendido por estes autores, consideramos que a demonstração à equipa de que todo o processo deste projeto tem por base a melhoria dos cuidados, a segurança dos clientes e a satisfação dos profissionais, que nenhum dos documentos ou processos é estanque e que os contributos da equipa são enriquecedores e benéficos para o sucesso do projeto, foi essencial para a sua aceitação.

Considerámos também que a melhor opção para a formação e divulgação dos documentos ocorresse nas passagens de turno para evitar que os elementos encarassem estas formações como mais uma formação em que os profissionais têm que se deslocar à instituição, fora do seu horário de trabalho optando algumas vezes por não o fazer. Sendo a equipa da UCICOR, uma equipa pequena com cinco subequipas de trabalho, não é complicado para o formador estar em três passagens de turno para efetuar as formações em cerca de quinze minutos.

Nestas formações optou-se pela apresentação dos objetivos e dos documentos a colocar em teste, bem como clarificação da importância do feedback da equipa e das sugestões de melhoria.

A avaliação de um projeto é um processo no qual se encontra implícito a verificação da consecução dos objetivos pré definidos (Ruivo, 2010). Relembramos os objetivos deste projeto que apresentava como objetivo geral aumentar a segurança do cliente admitido na UCICOR, através de utilização/aplicação da check-list de Segurança do Cliente admitido na UCICOR e como objetivos específicos garantir que a limpeza da unidade é efetuada de acordo com o preconizado pela norma hospitalar, capacitar os clientes conscientes e orientados para a evacuação da unidade em situação de emergência e catástrofe, sensibilizar a gestão para a necessidade de dotações seguras.

Durante a avaliação intermédia houve a necessidade de reajustar algumas atividades planeadas e alguns indicadores de avaliação, sem que se tenham comprometido os objetivos pré-definidos (consultar apêndice IX). Também o cronograma inicial sofreu algumas alterações, foram introduzidas as novas atividades e reajustados os tempos de execução. Consideramos que o incumprimento do cronograma pode estar relacionado com o facto da necessidade de reajuste das atividades, mas também com a nossa inexperiência em planificação de atividades a longo prazo (consultar apêndice XV).

Segundo, Fragata (2011), para conhecermos algo devemos conseguir definir, medir e registar as suas variáveis. Daí a importância da definição de indicadores que permitam avaliações objetivas.

Os indicadores de segurança devem reunir as seguintes características, terem um significado pertinente e fácil de transmitir, não serem em número excessivo, serem fáceis de colher, anónimos e representativos.

Optou-se pela criação de indicadores de avaliação para avaliar os resultados da aplicação da check-list de segurança e pela criação de indicadores de avaliação do projeto.

Os indicadores definidos para avaliar os resultados da aplicação da check-list de segurança correspondem ao número de check-lists preenchidas na admissão e vinte e quatro horas após o internamento, número de unidades livres versus número de unidades em condições para admitir clientes, número de camas em posição de segurança, número de pessoas com pulseira de identificação colocada, número de pessoas que têm campainha ao seu alcance, número de pessoas a quem foi entregue guia de acolhimento, número de pessoas submetidas a procedimentos evasivos, número de pessoas com parâmetros infecciosos alterados, número de pessoas com risco de desenvolverem úlceras de pressão, número de pessoas com risco de queda, número de vezes que a EEMI foi ativada e incidentes registados.

Consideramos que apenas dois momentos de avaliação pré e pós implementação da check-list de segurança são insuficientes para avaliar a eficácia deste instrumento, contudo temporalmente era-nos difícil escolher outros momentos para aplicar o instrumento/grelha de auditoria da check-list, pois inicialmente a equipa não se encontrava familiarizada com a aplicação da check-list, podendo por esse motivo enviesar os resultados obtidos. Sendo que se optou apenas por um momento de auditoria um mês após a implementação da check-list.

Através dos dados colhidos no momento de auditoria podemos afirmar que a aceitação da lista de verificação por parte da equipa foi total, todos os clientes admitidos na unidade tinham a check-list preenchida no momento da admissão, contudo a sua reavaliação às 24 horas de internamento acaba por ser esquecida, pois os registos de enfermagem encontram-se informatizados através de Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem e a check-list em suporte de papel. Foi efetuada tentativa de informatização da check-list de segurança, não tendo sido viável pois o

Programa (SAPE) utilizado no CH tem por base a versão Beta 2 da CIPE, da qual o Diagnóstico de Segurança não consta.

No dia em que foi aplicada a grelha de auditoria, todas as unidades vagas se encontravam em condições para admitir clientes. Apenas duas camas se encontravam em posição de segurança, mas apenas um cliente apresentava risco de queda e essa cama apresentava grades colocadas, rodas travadas e posição baixa.

Todas as pessoas internadas na UCICOR apresentavam pulseira de identificação colocada, todas as pessoas internadas quando questionadas se lhes fora entregue guia de acolhimento na unidade responderam afirmativamente.

O número de pessoas que têm a campainha junto a si também aumentou significativamente em relação ao momento pré implementação da check-list.

O número de pessoas com parâmetros infecciosos alterados diminuiu do primeiro momento de avaliação para o segundo momento, no entanto não nos é possível atribuir essa melhoria à aplicação da check-list de segurança, pois os dois momentos distam em estações do ano diferentes (primavera - verão), todos os utentes internados na unidade nos dois momentos de avaliação já tinham sido submetidos a procedimentos invasivos, no entanto no primeiro momento de avaliação existia um maior número de procedimentos invasivos aplicados.

A check-list permite conhecer e monitorizar o número de pessoas com risco de desenvolverem úlceras de pressão e o número de pessoas com risco de queda.

Em ambos os momentos em que decorreram as auditorias, nenhum cliente tinha registo da necessidade de ativação da EEMI e nenhum cliente tinha registo de relato de incidente. Por esse motivo consideramos que para aumentar a segurança do cliente admitido na

UCICOR devem ser efetuadas formações à equipa sobre a importância do relato de incidentes e sobre os critérios de ativação da EEMI (consultar apêndice XVI).

Através da verificação das check-lists preenchidas podemos ainda afirmar que para aumentar a segurança dos clientes na UCICOR deve ser colocada sinalética de emergência inexistente na unidade, bem como a colocação de um extintor na unidade.

Relativamente aos indicadores de avaliação definidos para as atividades desenvolvidas neste projeto foram os seguintes:

- Que cem por cento dos elementos da equipa de enfermagem assistissem à formação sobre a implementação da check-list, todos os elementos assistiram a esta formação, pois a formação decorreu durante as passagens de turno até que todos os elementos tivessem assistido à formação.

- Que pelo menos cinquenta por cento das admissões passassem a ser efetuadas de acordo com a check-list de segurança, de acordo com a auditoria aos resultados da check-list, cem por cento das admissões foram efetuadas com preenchimento da check-list.

- A consecução da primeira fase de adesão à Campanha de Higienização das Mãos, que foi atingida através da adesão à campanha e ao início das atividades de avaliação das condições da UCICOR e início da formação aos monitores da campanha na unidade.

- Que a limpeza da unidade passasse a ser efetuada de acordo com o procedimento para limpeza das áreas de doentes e pessoal, procedimento interno do CH, ou seja duas vezes por dia. O registo por parte dos auxiliares de limpeza passou a ser efetuado, o processo foi auditado mensalmente, sendo que as atividades de limpeza não se encontram a ser desenvolvidas de acordo com o procedimento hospitalar.

A limpeza da unidade ocorre diariamente e o despejo dos lixos duas vezes por dia. Foi reportado o resultado da auditoria à CCI.

- Que todos os elementos/enfermeiros passem a distribuir aos clientes/famílias admitidos na unidade o novo guia de admissão, no momento da auditoria da check-list de segurança todos os clientes referiram ter recebido o guia de acolhimento.

- Que o rácio enfermeiro/cliente seja o adequado em todos os turnos, o rácio enfermeiro-cliente continua a ser insuficiente no turno da noite, devido á conjuntura económica do país não é previsível que seja modificado brevemente.

- Que cinquenta por cento dos elementos de enfermagem assistam às formações sobre as recomendações da DGS para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares. Que cinquenta por cento doas enfermeiros e assistentes operacionais da unidade assistam à formação o procedimento de atuação para prevenção da infeção do trato urinário na pessoa algaliada. As formações acabaram por conseguir abranger toda a equipa de enfermagem e a formação dirigida à equipa de assistentes operacionais também acabou por conseguir formar todos os elementos da equipa optando-se pela estratégia de uma sessão de quinze minutos replicada cerca de cinco vezes após a passagem de turno.

- Reduzir em pelo menos dez por cento as infeções associadas aos cuidados de saúde na UCICOR, foram monitorizados os parâmetros infecciosos de proteína c reativa e leucocitose em dois momentos pré e pós implementação da check-list de verificação, no primeiro momento existia uma pessoa com os parâmetros anteriores alterados numa população de cinco pessoas internadas, no segundo momento não existia nenhuma pessoa com os parâmetros infecciosos alterados numa população de quatro pessoas internadas, o que se traduz numa diminuição de vinte por cento. Contudo, receamos que a amostra colhida não seja representativa da realidade, tendo sido os dias da colheita de dados escolhido de forma

aleatória, cumprindo apenas o critério de uma avaliação antes da implementação da check-list e uma após.

Este é nitidamente um projeto de melhoria contínua da qualidade e segurança, através das atividades desenvolvidas, permite-nos assumir que com o seu desenvolvimento foram desenvolvidas competências comuns de Enfermeiro Especialista no domínio da melhoria da qualidade.

Foi desenvolvida a competência comum de Enfermeiro Especialista, no domínio da gestão de cuidados, através de atividades de articulação multiprofissional inerente ao projeto de segurança e desenvolvido um estilo de liderança transacional, que promoveu a aceitação do projeto.

Este projeto permitiu ainda desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através da pesquisa e procura de conhecimento na área da segurança do cliente que garantissem a máxima atualidade do projeto, foi articulada a informação através da formação aos restantes membros da equipa.

Através do Projeto de Intervenção em Serviço foi-nos possível desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, nomeadamente a K2- dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação, através da consecução do novo guia de acolhimento da UCICOR. Procurámos conhecer os planos de catástrofe e emergência em vigor, nacional, distrital e hospitalar e realizou-se uma seleção de informação que nos pareceu importante disponibilizar às pessoas internadas e às suas famílias sobre a atuação em situação de emergência de catástrofe.

Permitiu também o desenvolvimento da competência K3- maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade da respostas em tempo útil adequadas.

Através do conhecimento do PNCI foram diagnosticadas necessidades da unidade em matéria de prevenção e controlo de infeção, cuja intervenção visa-se a melhoria dos cuidados e a segurança do cliente.

Utilizámos como estratégias a implementação da check-list de segurança, que nos permitiu identificar situações de risco e pessoas com risco de contrair IACS. A implementação do documento das atividades de limpeza desempenhadas pelas auxiliares de limpeza, que permitiu auditorias, cujo resultado apresenta não conformidades perante o procedimento interno para a limpeza de áreas de doentes e pessoal, foram reportadas essas não conformidades à CCI.

Por se constituir uma necessidade do serviço, foi construído, com base nas recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário - algaliação de curta duração da DGS, no documento de prevenção de infeções adquiridas no hospital - um guia prático do Ministério da Saúde e com base no manual de normas de enfermagem e procedimentos técnicos da Administração Central de Sistemas de Saúde, adotado pelo CH, um procedimento e atuação para a prevenção da infeção do trato urinário na pessoa algaliada. Tendo sido divulgada a informação e a entrada em vigor do procedimento à equipa de enfermagem e aos assistentes operacionais (consultar apêndice XII).

As maiores dificuldades sentidas na execução deste projeto foi a impossibilidade de informatização da check-list, o que praticamente inviabilizou o seu preenchimento 24 horas após o internamento da pessoa, ou seja, a reavaliação da segurança do cliente 24 horas após o internamento.

O processo de familiarização com a metodologia de projeto, o que levou à reformulação de atividades a desenvolver, que constituíram a impossibilidade do cumprimento do cronograma inicialmente planeado. Devido às dificuldades e cumprimento do cronograma não nos foi possível efetuar mais reavaliações da aplicação da check-list como seria desejável.

A última fase de um projeto constitui-se pela divulgação dos resultados, que corresponde a - dar a conhecer o projeto, o caminho percorrido para solucionar os problemas e os resultados obtidos. A divulgação tem como intuito tornar público o conhecimento. A divulgação científica consiste no “uso de processos e recursos técnicos para a comunicação da informação científica e tecnológica ao público em geral”.

(Ruivo 2010, p.31)

A divulgação deste projeto ocorre em fases distintas, através da divulgação à equipa de enfermagem dos resultados obtidos/indicadores do uso da check-list de segurança do cliente admitido na UCICOR, resultados obtidos após realização de auditoria (consultar apêndice XV).

Através da redação e discussão pública deste relatório.

Através da construção e publicação do artigo científico sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Segurança da Pessoa em Situação Crítica ou falência multi-orgânica (consultar apêndice XVII).

6. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Tendo por base o regulamento do Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS-IPS, de fevereiro de 2011, este curso tem como intuito “(...) dotar licenciados em enfermagem de competências profissionais diferenciados para intervir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos de enfermagem médico-cirúrgica.”

Regulamento do Curso de MEMC (2011), p.3

Sendo expetável que no final do curso seja atingido um perfil de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, previamente definido no regulamento do curso, com base nesse perfil de competências, passamos à reflexão do caminho percorrido na sua aquisição, procurando efetuar a sua ligação às competências comuns de enfermeiro especialista, às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e às atividades desenvolvidas em contexto de estágio.

A primeira competência deste perfil de competências corresponde a, demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem. Esta competência pressupõe que se seja competente na realização de avaliações do indivíduo, famílias e comunidade em situações complexas, com base nessa avaliação e análise se proceda à tomada de decisão segura, que se consiga gerir problemas de saúde, que se promova a saúde e a prevenção da doença, que se prescrevam intervenções de enfermagem geral e especializada, que se desenvolva a referenciação e se receba referência para assegurar a continuidade dos cuidados, que se proceda à avaliação prática para assegurar cuidados de saúde de qualidade, equitativos que visem o respeito ético.

De acordo com a OE (2001), o exercício profissional da enfermagem, desenvolve-se na interação entre a pessoa enfermeiro e a pessoa cliente, cada um com o seu quadro de valores, cabe ao enfermeiro enquanto profissional garantir a prestação de cuidados numa perspetiva multicultural, respeitando a diferença e abstendo-se de juízos de valor.

Os cuidados de enfermagem pressupõem que se tome por objetivo o projeto de saúde que a pessoa - cliente vive ou procura.

No processo de tomada de decisão, o cliente tem o direito de esperar que o enfermeiro ao implementar as suas intervenções tenha por base os resultados da investigação, guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem que se baseiam em evidência empírica. Mantendo presente que *“(...) bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas.”*

OE (2002), p.10

Os enfermeiros devem manter presente a excelência do exercício, a qualidade dos cuidados e a satisfação dos clientes.

Cabe ao Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica ser capaz de diagnosticar, analisar e implementar intervenções complexas, gerir e supervisionar.

Inerente ao desenvolvimento desta competência de Mestre encontram-se as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. K1- Cuida a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; no desenvolvimento desta competência, realizámos estágio na UCICOR onde se prestam cuidados, no âmbito da especialidade de cardiologia, à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Durante este estágio procurámos a atualização de conhecimentos e de evidência, bem como a sua divulgação nas mais diversas áreas. Através do projeto de

intervenção em serviço foram uniformizados alguns procedimentos e cuidados que visam a segurança do cliente, foi construída, aplicada e auditada uma check-list de segurança do cliente admitido na unidade, construída uma compilação de procedimentos e normas de orientação clínicas, construído um guia de acolhimento do cliente na UCICOR que passou a conter informações e indicações úteis para clientes e famílias.

K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da concepção à ação.” Tendo por base os procedimentos internos de evacuação de doentes e de segurança contra incêndios, foi incluído no guia de acolhimento do cliente e família admitidos na UCICOR, foram incluídas algumas indicações de atuação em necessidade de evacuação da unidade, foi também incluído o mapa hospitalar onde constam os pontos de encontro em situação de necessidade de evacuação para o exterior.

K3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil adequadas.

Neste domínio de competência, tendo por referência o PNCI, diretrizes da DGS e da OMS, foram desenvolvidas várias atividades, mais concretamente a adesão à campanha de higienização das mãos, implementação de mapa de registo de atividades de limpeza, onde o auxiliar de limpeza regista as tarefas que desempenhou e que permitiu a realização de auditorias, construção e implementação do procedimento de atuação para a prevenção da infeção do trato urinário na pessoa algaliada, foi também promovida a divulgação do documento Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares.

Também inerente ao desenvolvimento desta competência de mestre encontram-se as competências comuns de Enfermeiro Especialista, no

domínio da gestão de cuidados – gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e os seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Neste domínio foram desenvolvidas atividades de gestão e supervisão de cuidados e liderança necessárias à implementação do projeto de segurança do cliente admitido na UCICOR. Foi também desenvolvido um trabalho académico no âmbito da supervisão de cuidados (consultar apêndice I).

No domínio da responsabilidade profissional ética e legal, desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, foram desenvolvidas atividades que visam a resolução de alguns problemas diagnosticados, nomeadamente na área do consentimento informado e na sua instrumentalização, na área da confidencialidade dos dados e na área dos dilemas éticos associados à conjuntura de crise económica.

A segunda competência do perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, corresponde a realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas, traduzida na identificação dos recursos pessoais e das necessidades pessoais de formação que permitam traçar um projeto de autoformação.

No código deontológico do enfermeiro, na alínea c do artigo 88º- Da Excelência do Exercício, o enfermeiro assume o dever de “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

A realização deste Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica constitui-se uma oportunidade para aquisição e desenvolvimento de conhecimento na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este dever de atualização contínua implica a procura constante de atualização de conhecimento, a frequência de cursos, reuniões e congressos, bem como a pesquisa em bases de dados, constituem-se recursos imprescindíveis na atualidade.

Interligada a esta competência de mestre, encontra-se inevitavelmente a competência comum de Enfermeiro Especialista, no domínio das aprendizagens profissionais, desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Tendo sido desenvolvidas atividades como a pesquisa de informação/conhecimento o mais atual possível no desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço e da evidência na área dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Constituíram-se, também, momentos únicos de aprendizagem as aulas lecionadas pelos docentes da ESS-IPS e a frequência de conferências, reuniões e congressos (consultar apêndice III e anexo I).

Foram ainda realizadas formações à equipa de enfermagem sobre monitorização da pressão arterial invasiva e gasimetria, sobre procedimento de preenchimento da check-list de Segurança do Cliente admitido na UCICOR, sobre as recomendações para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares e sobre o procedimento de atuação para prevenção da infeção do trato urinário na pessoa algaliada.

A terceira competência do perfil de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, equivale a integrar equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva. No decorrer do projeto de aprendizagem clínica e do projeto de intervenção em serviço, houve necessidade de planearmos estágios em diferentes locais de interesse pessoal, mas que também pudessem de alguma forma constituir uma mais-valia no desenvolvimento do projeto de segurança do cliente admitido na UCICOR.

Estes estágios decorrem na UCICOR, na CCI e no GIARC. A articulação com os diferentes elementos destes serviços permitiu, sem dúvida, o enriquecimento do projeto de segurança do cliente admitido na UCICOR, através dos aportes fornecidos e dos projetos que surgiram em parceria.

A quarta competência do perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, traduz-se no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos, através da seleção dos meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada e da avaliação dos resultados em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

A utilização da metodologia de projeto, metodologia baseada na investigação e centrada na identificação e resolução de problemas que promove a prática baseada em evidência (Ruivo, 2010), permitiram-nos desenvolver esta competência.

O projeto realizado, tendo como temática central a Segurança do Cliente, permitiu-nos diagnosticar situações menos positivas que pudessem comprometer a segurança do cliente. Tendo como objetivo principal aumentar a segurança do cliente admitido na UCICOR, foram

desenvolvidas atividades nesse sentido, já descritas na síntese de projeto de intervenção em serviço.

A consecução deste projeto na área da melhoria contínua da qualidade permitiu desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade, no domínio da gestão de cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

De acordo com os indicadores da check-list e do projeto de segurança é possível verificarmos algumas melhorias na segurança do cliente (consultar apêndice XV), o que se traduz em ganhos em saúde.

Estas atividades permitiram também desenvolver os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da OE, mais precisamente o enunciado descritivo da organização dos cuidados de enfermagem – “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”.

OE (2001), p.15

A quinta competência do perfil de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, corresponde a inicia, contribui e ou sustenta a investigação para promover a prática baseada na evidência através da análise, conceção e implementação de resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem na área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes e da utilização de capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

Como fora anteriormente descrito a metodologia de projeto, desenvolvida tem por base o processo de investigação. Para o desenvolvimento do projeto fizemos recurso a estudos de investigação na área da qualidade dos cuidados, política de segurança e erro clínico em cuidados intensivos, que permitiram reconhecer problemas semelhantes aos diagnosticados e traçar intervenções. Fizemos ainda recurso a instrumentos com evidência de utilização, nomeadamente a lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS, traduzida para utilização em Portugal pela DGS e a check-list de procedimentos de segurança da Entidade reguladora da saúde.

Atividades como a atualização de procedimentos internos e formação sobre recomendações da DGS para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares e a adesão à campanha de higienização das mãos, tiveram por base documentos da DGS, documentos esses que fazem recurso a elevados níveis de evidência.

Consideramos que estas atividades permitiram promover práticas mais seguras e contribuíram para a melhoria contínua dos cuidados.

A par desta competência de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica surgem as competências comuns do Enfermeiro Especialista no domínio das aprendizagens profissionais – desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões do conhecimento e no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal no respeito e salvaguarda dos direitos humanos no processo de investigação.

A última competência do perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concretiza-se no realizar análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e colaboradores integrando a formação, a investigação, as políticas de

saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem em particular. Tal como na competência anterior, também esta competência se encontra em íntima ligação com as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio das aprendizagens profissionais.

Ao longo do desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço, foram diagnosticadas áreas primordiais de formação aos pares para aumentar a segurança do cliente admitido na UCICOR.

Tendo por base políticas de saúde nacionais e mundiais, na área de controlo de infeção e na segurança do cliente.

Foram realizadas formações sobre procedimento de preenchimento da check-list de segurança do cliente admitido na UCICOR, sobre o procedimento de atuação para prevenção da infeção do trato urinário na pessoa algaliada, sobre recomendações da DGS para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares.

Com a adesão à campanha de higienização das mãos, da OMS, iniciaram-se as atividades de formação por parte da CCI aos elementos responsáveis pela campanha no serviço e posteriormente esta formação será replicada a todos os profissionais do serviço.

A aquisição deste perfil de competências permite-nos afirmar que os objetivos deste Curso de Mestrado foram atingidos com sucesso, tendo como referenciais o projeto de aprendizagens académicas, o projeto de aprendizagem clínica e o projeto de intervenção em serviço na área da segurança do cliente.

7. CONCLUSÃO

Como já fora referido este relatório teve como missão o relato do caminho teórico e reflexivo construído na aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e a obtenção do Grau Académico de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através dos estágios de natureza profissional realizados e do desenvolvimento de um trabalho de projeto, com a temática da segurança do cliente admitido na UCICOR, suportados por uma revisão sistemática da literatura.

Como também fora referido, durante os estágios I, II e III, realizados na UCICOR, na UCI e no GIARC, procurou-se através do projeto de aprendizagem clínica e do projeto de intervenção em serviço desenvolver atividades que demonstrassem evidência da prática especializada, tendo por base a melhoria da qualidade dos cuidados, foram desenvolvidas atividades autónomas e em parceria, na área do cuidado à pessoa em situação crítica, na área do controlo de infeção e na área da catástrofe e da emergência multi-vítima.

Optámos pela estruturação deste relatório em oito capítulos, sendo eles a introdução, o enquadramento concetual, a análise do projeto de aprendizagens académicas, a análise do projeto de aprendizagem clínica/competências, síntese do projeto e intervenção em serviço, reflexão sobre a aquisição do perfil de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, conclusão e referências bibliográficas; com o intuito de demonstrarmos o cumprimento dos objetivos gerais traçados de acordo com o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março e o desenvolvimento, aprofundamento e aplicação de conhecimentos.

Fazendo recurso ao processo de investigação e resolução de problemas e de novas situações na área clínica de estudo; à capacidade de formular juízo em questões complexas, suportado pelos saberes; à

capacidade de comunicar aos outros em geral os processos de raciocínio, o conhecimento subjacente, conclusões emitidas e à demonstração de competências para continuar a desenvolver a aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma e orientada.

Na tentativa de dar resposta a estes objetivos, pré-estabelecidos, procurámos a atualização de conhecimento, através do estudo autónomo, do cumprimento do plano curricular desenhado para este Curso de Mestrado e da frequência de congressos em áreas específicas do conhecimento.

Através da metodologia de projeto diagnosticámos situações problemáticas, traçámos objetivos, planeámos atividade, tentámos efetuar a sua execução e avaliação.

Como foi sendo explicitado ao longo deste relatório, o projeto desenvolvido tinha o intuito de criar uma política de Segurança do Cliente na UCICOR, visando a melhoria contínua dos cuidados.

As principais atividades desempenhadas, monitorização e vigilância das atividades de limpeza da UCICOR, sensibilização da chefia sobre a necessidade de dotações seguras, adesão à campanha de higienização das mãos, a divulgação e implementação de recomendações da DGS para prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e a construção e aplicação de uma check-list de segurança, contribuíram para que possamos considerar que os objetivos definidos, quer para este relatório, quer do projeto de intervenção em serviço, foram conseguidos constituindo-se como prova os indicadores pré-definidos para avaliar a segurança do cliente admitido na UCICOR; havendo melhorias em quase todos os indicadores avaliados.

Foi considerada, menos bem-sucedida, a atividade de sensibilização da chefia sobre a necessidade de dotações seguras. Foi efetuado o cálculo do rácio enfermeiro-cliente e apresentado juntamente com o documento da OE – “Dotações seguras salvam vidas”. E apesar do reconhecimento por parte desta, do défice de enfermeiros, até ao momento esta situação não foi passível de modificação, pois devido à conjuntura económica atual o CH não apresenta uma política de contratação de novos elementos.

A nossa inexperiência em metodologia do projeto, também constituiu uma dificuldade, com necessidade de reformulação de atividades e conseqüentemente do cronograma.

Outro aspeto que consideramos menos positivo no decorrer deste projeto, foi a nossa incapacidade por limitação temporal, para efetuar mais momentos de auditoria à check-list de segurança, considerando que a amostra dos dados colhidos, pode não ser representativa de uma realidade mais ampla, não permitindo generalizar os resultados.

A divulgação dos resultados ocorreu através do feedback fornecido à equipa, da constituição deste relatório e da construção do artigo científico intitulado – O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que Papel na Segurança do Cliente? Da Conceção à Ação, através da implementação da metodologia de projeto.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MONOGRAFIAS

ABREU, Wilson. P Supervisão, qualidade e ensinos clínicos : que parcerias para a excelência em saúde? Coimbra : Formasau, 2003. ISBN: 972-8485-35-2.

ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter. Bioética. 1ªedição.Lisboa:Editorial Verbo, 1996.Depo.Legal:104976/96.

BENNER, P. De iniciado a perito. 1ªedição. Coimbra: Quarteto, 2001. 972-8535-97-X.

BENTO, Maria da Conceição. Cuidados e Formação em Enfermagem: Que Identidade? 1ªEdição. Lisboa: Fim de Século, 1997. ISBN: 972-754-112-7.

BOLANDER, Verolyn Barnes. Sorensen e Luckmann Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN: 972-96610-6-5.

BOUTINET, Jean Pierre. Antropologia do Projecto. 6ªedição. Lisboa: Instituto Piaget Editora, 1997. ISBN:978 972 283 293 58

CARVALHO,M. e PALADINI,E. Gestão da Qualidade- Teoria e casos. 1ªEdição. Rio de Janeiro :Editora Elsevier, 2008. ISBN: 978-85-352-1752-0.

CASTRO, Lisete e RICARDO, Maria. Gerir o trabalho de projecto : guia para a flexibilização e revisão curriculares. 7ªedição. Lisboa : Texto Editora, 2002. ISBN: 972-47-1725-9

CIPE/ICNP®. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão β2. 2ª edição Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, Gráfica 2000, 2003. ISBN: 972-98149-5-3.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP). 1ªEdição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiras, 2002. ISBN: 972- 98149-5-3.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. Linhas de Orientação para a elaboração de catálogos CIPE. Ordem dos Enfermeiros, 2009. ISBN 978-92-95065-12-3.

CRAIG, Jean V. e SMYTH, Rosalind L. Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiro. 1ªEdição. Loures : Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-61-4.

DEODATO, Sérgio. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. 1ª Edição. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN: 978-972-40-3401-0.

GEORGE, J.B. e colaboradores. Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional. 4ª edição. São Paulo: Artmed-Editora, 2000. ISBN:9788573075878.

FRAGATA, J. Segurança dos Doentes- Uma Abordagem Prática. 1ª edição. Lisboa: Lidel, 2011. ISBN:978-972-757-797-2.

LAZURE, Hélène. Viver a Relação de Ajuda. Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-5-2.

LEITE,E., MALPIQUE,M. e SANTOS, M. Trabalho de Projecto : Leituras Comentadas. 3ª edição. Porto : Afrontamento, 2006. ISBN: 972-36-0238-5.

LEITE,E., MALPIQUE,M. e SANTOS, M. Trabalho de Projecto : Aprender por Projectos Centrados em Problemas. 4ª edição. Porto : Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0216-4.

METZGER, C. et al. Cuidados de Enfermagem e Dor. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-32-0.

MORTON, Patricia Gonc...[et...al.]. Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística. 1ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara, 2007. ISBN: 9788527712675.

NOVAC, Joseph D.e GOWIN, Bob. Aprender a Aprender. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 1996. ISBN: 972-707.137-6.

NOGUEIRA;N. Pedagogia dos Projetos : Etapas, Papéis e Atores. Pedagogia dos projetos : etapas, papéis e atores. São Paulo : Érica, 2005. ISBN: 85-365-0078-6

NUNES, L. Ética: Raízes e Florescências em Todos os Caminhos. Loures : lusociência, 2009. ISBN: 978-972-8930-47-9

NUNES, Lucília. Um Olhar sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998). 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-40-3401-0.

NP 405. Informação e documentação. IPQ, 1994.

OLIVEIRA, Otávio et al. Gestão da Qualidade Tópicos Avançados. 1ªedição. São Paulo: Editora Thomson2004. ISBN: 85-221-0386-0.

OMAN, Kathleen S., KOZIOL-MCLAIN, Jane J. e SCHEETZ, Linda. Segredos em Enfermagem de Emêrgencia: Respostas Necessárias ao Dia-a-dia. Porto Alegre : Artmed, 2003. ISBN: 85-7307-886-3.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. CIPE Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, Fevereiro 2011. ISBN:978-92-95094-35-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa. Conselho de Enfermagem, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Dor – Guia Orientador de boa prática. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, 2008.

PHANEUF, Margot. Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto. 2001. ISBN: 972-8535-78-3.

PETIT, François e Dubois, Michel Introdução à Psicossociologia das Organizações. 1ªEdição. Lisboa : Piaget, 2000. ISBN: 972-771-273-8.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque. Ética e Enfermagem. 1ªEdição. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 972-8717-07-5.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Introdução a uma Ciência Pós-Moderna. 6ªEdição. Porto: Afrontamento, 2002. ISBN: 972-36-0207-5.

TEIXEIRA, S. Gestão das organizações. Amadora: McGrawHill, 2001. ISBN 972-773-001-9

TOMEY, Ann e ALLIGOOD, Martha. Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ªEdição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.

SARAMAGO, José. Memorial do Convento. 29ª Edição. Alfragide. Editorial Caminho, 1999. ISBN 972- 21-0026-2.

SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E CUIDADOS PALIATIVOS, CABETE, D. Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos. Loures : Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-17-7.

STANHOPE, Márcia e LANCASTER, Jeanette. Enfermagem Comunitária : Promoção da Saúde de Gupos, Famílias e Indivíduos. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-05-3.

STANHOPE, Márcia e LANCASTER, Jeanett. Enfermagem de Saúde Pública : Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7ª edição. Loures : Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-29-1.

THELAN, L.A. et al. Enfermagem em Cuidados Intensivos : Diagnóstico e Intervenção. 2ª Edição. Lisboa : Lusodidacta, 1995. ISBN: 972-96610-2-2

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS e ARTIGOS CIENTÍFICOS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DE SISTEMAS DE SAÚDE. Manual de Normas de Enfermagem- Procedimentos Técnicos da ACSS. 2011 [consultado a 2012/09/21 às 21h00m]. 2ª edição. Lisboa, 2008. Disponível em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Manual%20Proc_Enfermagem.pdf

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – 1ª Parte – Estratégias de Saúde [em linha]. 2011 [consultado a 2012/09/21 às 21h00m]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/qs2.pdf>

ANDRADE, J.S, VIEIRA, M.J. – Prática Assistencial de Enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.58. Nº3,2005. ISSN:0034-7167. [em linha] [consultado a 2012/01/18 às 21h00m]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002

CH – Missão e Valores . [Consul. 2012/11/26, 20h30m]. Disponível em:

CENTRO HOSPITALAR – Plano de Actividades e Orçamento 2010 [em linha]. 2009 [consultado a 2012/07/21 às 21h00m].

CENTRO HOSPITALAR– Regulamento Interno do Centro Hospitalar. [em linha].2006. [Consultado a 2012/07/21 às 21h00m].

DECRETO-LEI Nº 35/2011.D.R.II Série. (18-02-2011) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [em linha] p. 8648-8653. [consultado a 2012/10/29 às 22h00m]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Rregulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

DECRETO-LEI N° 35/2011.D.R. II Série (18-02-2011) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [em linha] p.8656-8657. [consultado a 2012/10/29 às 22h00m]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Rregulamento%20124_2011_CompeticiasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

DECRETO-LEI N° 74/2006 .D.R. I Série A (24-03-2016) Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. [em linha] p.2245-2249. [consultado a 2012/10/29 às 18h00m]. Disponível em: http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf

DEODATO, Sérgio – SUPERVISÃO DE CUIDADOS: UMA ESTRATÉGIA CURRICULAR EM ENFERMAGEM [em linha] Percursos, n° 18. 2010. [Consul. 2012/10/01, 10h00m]. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n18.pdf

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Campanha de Higiene das Mãos. [em linha] [consultado a 2012/10/10 às 22h00m]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Manual de Operacionalização do Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde. [em linha] Lisboa: 2008. [consultado a 2012/6/24 às 15h30m]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Normas de Orientação Clínicas. [em linha] Lisboa: 2007. [consultado a 2012/7/24 às 17h00m]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde. [em linha] Lisboa: 2007. [consultado a 2012/10/24 às 15h00m]. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_M anualdeOperacionalizacao.pdf

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. [em linha] Lisboa: 2008. [consultado a 2012/03/03 às 22h30m]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. Check-list Procedimentos de Segurança. Disponível em: <http://www.ers.pt/>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE- IPS- Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Fundamentos, Enquadramento e Roteiro Normativo do Trabalho de Mestrado. [em linha] Setembro 2011. Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=7807>

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE- IPS- Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. [em linha] Fevereiro 2011 Disponível em: <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=7808>

INSTITUTE OF MEDICINE - To Err is Human: Building a Safer Health System . Novembro 1999. [Consul. 2012-10-25, 22h00m]. Disponível em: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>

MORENO,R., RHODES, A., DONCHIN Y.- Patient Safety in Intensive Care Medicine: The Declaration of Vienna . Intensive Care Medicine, Online ISSN: 35:1667-1672 (2009).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendação para a Prevenção da Infecção do Trato – Algaliação de Curta Duração. Lisboa, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital - Um Guia Prático. 2ª edição. Lisboa, 2002.

MORRIS,P., MUNRO, C.- Will Comparative Effectiveness Research Increase Patient Safety in Intensive Care Units . American Journal of Critical Care, Online ISSN: 10.4037/ajcc2009339 (Nov.2009).

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY - A risk matrix for risk managers . Janeiro 2008 [Consul. 2012-10-30, 22h30m] Disponível em: <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatientsafety/patient-safety-tools-and-guidance/risk-assessment-guides/risk-matrix-for-risk-managers/>

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY- Seven Steps to Patient Safety- The full reference guide. [Consul. 2012-07-1, 13h00m]. Julho 2004. . Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>

NUNES, Lucília – Crónicas do Tempo que Corre: Testamento Vital [em linha]. [Consul. 2012/10/30, 8h00m]. Disponível em: <http://www.projecto10.pt/arquivo-8-cs-livre.htm>

NUNES, Lucília – Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: Uma Exploração da Natureza e Atributos dos Peritos e dos Processos de Conhecimento em Enfermagem [em linha] Percursos, nº 17. 2010. [Consul. 2012/10/29, 08h00m]. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico dos Enfermeiros. [em linha] (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). 2010. [consultado a 2012/10/29 às 10h30m] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE, série I, nº 1. [em linha]. Junho de 2008. [Consultado a: 2012/06/03 às 15h30m] Disponível em: https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/caderno_soe.dor.pdf ISBN 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dotações Seguras Salvam Vidas. [em linha] Genebra, 2006. [consultado a 2012/06/23 às 20h30m] Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. 1996. [consultado a 2012/10/21 às 16h00m] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legislacao/REPE.pdf>

RUIVO, M e Ferrito, C – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. [em linha] Percursos, nº 15. 2010. [Consul. 2012/10/18, 23h00m]. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

SAFE PATIENT PROJECT- To Err is Human – To Delay is Deadly Ten years later, a million lives lost, billions of dollar[em linha]. Maio 2009 [Consul. 2012/10/08 23h00m]. Disponível em: <http://www.safepatientproject.org/safepatientproject.org/pdf/safepatientproject.org-ToDelayIsDeadly.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA- Carta Europeia para a Saúde do Coração. [em linha] Boletim nº175. Julho 2007 [Consul.

2012/09/26, 23h00m]. Disponível em:
http://www.spc.pt/DL/boletim/b135_julago07.pdf

THE JOINT COMMISSION - 2011 Hospital National Patient Safety Goals [em linha]. __2011.[Consul. 2012/10/06, 15h00m] Disponível em:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_NPSG_Hospital_3_17_11.pdf

THE JOINT COMMISSION - 2011 Hospital National Patient Safety Goals. 2011. [em linha] [Consul. 2012/10/06, 10h00m] Disponível em:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_NPSG_Hospital_3_17_11.pdf

VALENTINA, CAPUZZO, M.,GUIDET, B., at all.- Patient Safety in Intensive Care: Results from the Multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) Study. Intensive Care Medicine,Online ISSN: 32:1591-1698(2006).

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Forward Programme- World Alliance for Patient Safety 2006. [em linha] [Consul. 2012/07/26, 10h00m] Disponível em:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PS_P_2006.1.pdf

WELBORN, Cliff – Applying Failure Mode and Effects. [em linha]. IUP Journal of Supply Chain Management Vol 7. Setembro 2010. ISSN 0972-9267. [Consultado 20/02/2012, 18h]. Disponível em
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f0cc852c-8ce3-4c76-93da-bdbfdb05ebef%40sessionmgr113&vid=2&hid=125>

Apêndice I- Trabalho de Grupo

Supervisão de Cuidados

UNIDADE CURRICULAR: Enfermagem Médico-Cirúrgica II

MÓDULO: Supervisão de Cuidados

DISCENTES: Celso Ribeiro, Isabel Cordeiro, Jorge Silva, Marta Pias e Sara Antunes

DOCENTES: Prof. Alice Ruivo, Prof. Maria de Lurdes Martins e Prof. Sérgio Deodato.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA: O Sr. Manuel, cliente de 75 anos, deu entrada numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários no dia 30 de Dezembro de 2011, com diagnóstico médico de Enfarte Agudo do Miocárdio. Realiza angiografia coronária que revela Doença Coronária de três vasos não revascularizável. Durante o internamento é-lhe diagnosticada ainda Insuficiência Cardíaca de grau IV e uma Nefropatia secundária à administração de contraste iodado. Inicia perfusão de aminos- dopamina em doses dopaminérgicas e perfusão de diurético - furosemida.

Durante o dia 31 de Dezembro assiste-se a um agravamento da função respiratória e do estado geral, o Sr. Manuel apresenta-se consciente, a aparentemente orientado no tempo, espaço e pessoa, mas pouco comunicativo.

Durante este dia o Sr. Manuel mantém-se hipotenso, taquicárdico, com dispneia a pequenos esforços, queixoso à mobilização e apenas tolera a posição de sentado no leito.

O Sr. Manuel apresenta como antecedentes de doença um acidente vascular cerebral em 2008, com sequelas de hemiparesia direita e um grau elevado de dependência nas atividades de vida diárias, sendo a sua esposa a principal cuidadora.

Durante a hora da visita a família apercebe-se do agravamento do estado clínico do cliente e reúne com a equipa de saúde (médico e enfermeiro), tendo sido informada da situação atual.

Perante as informações fornecidas, a família percebeu que o seu familiar se encontrava num estadio terminal de doença, tendo solicitado à equipa a permanência junto do seu familiar. Referiram que o Sr. Manuel pediu sempre para não o deixarem morrer sozinho e que sabiam que a presença da família o tranquilizava. Foi então facultada à família a permanência na Unidade durante o período diurno.

O enfermeiro que se encontrava escalado no turno da noite de 1 de Janeiro de 2012, após avaliação da situação decidiu manter a permissão de permanência da família na Unidade junto ao cliente durante este turno. Não reunindo a Unidade condições para a permanência dos dois filhos e da esposa, foi adaptado um espaço do Serviço - o refeitório- onde foram colocados dois cadeirões, disponibilizada roupa de cama e uma refeição ligeira, junto ao utente foi colocado outro cadeirão que lhes permitiu permanecerem de forma alternada junto do seu familiar.

A esposa e os dois filhos do Sr. Manuel permaneceram no Serviço, junto ao cliente naquela que fora a sua última noite.

Na manhã seguinte a equipa médica expressou a sua discordância perante o fato da família ter permanecido na Unidade de Cuidados Intensivos no período noturno. Tendo então optado pela suspensão de medicação endovenosa e pela transferência do cliente para um quarto de enfermaria onde cliente e família beneficiaram de mais privacidade.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: Perante o caso apresentado, o estado clínico da pessoa e o seu elevado grau de dependência é passível o levantamento de inúmeros diagnósticos de enfermagem, nomeadamente os de auto-cuidados alterados, contudo opta-se por abordar apenas aqueles, que melhor permitem, justificar a decisão tomada pelo enfermeiro.

Dor atual

A dor caracteriza-se por “Perceção comprometida: *aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial*

característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (CIPE, Versão 2.0. 2010, p. 50).

Pretende-se que esta percepção dolorosa diminuía em intensidade ou que pelo menos apresente uma intensidade que possa ser considerada normal nesta situação (CIPE, 2011).

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. (OE, 2008)

Intervenções de Enfermagem:

- 1. Avaliar a dor do Sr. Manuel utilizando escala numérica de avaliação da dor a cada x horas, de acordo com a norma de procedimento.** Permite um seguimento da eficácia das medidas analgésicas do enfermeiro bem como o estabelecimento de um eventual padrão de dor (DGS, 2003).
- 2. Vigiar dor junto do Sr. Manuel.** Avaliar as características da dor de forma a adequar as intervenções de enfermagem ao tipo de dor sentida (SWEARINGEN, KEEN, 2001).
- 3. Gerir dor. Através de medidas não farmacológicas** A implementação de técnicas como a massagem de relaxamento, experiência de visualização, entre outras (SWEARINGEN, KEEN, 2001).
- 4. Gerir medicação** Permite um controlo mais eficaz da dor se respeitada a posologia apropriada (SWEARINGEN, KEEN, 2001).

Resultado esperado: ausência de dor

Dispneia em grau moderado

Dispneia. “Processo do Sistema Respiratório Comprometido: Movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade” (CIPE, Versão 2.0. 2010, p. 50).

“Entende-se por Oxigenoterapia de Longa Duração a administração de oxigênio por um período superior a 15 horas diárias, com um débito suficiente para assegurar uma saturação de O₂ de 90%”.

Intervenções de Enfermagem:

1. **Monitorizar status respiratório** - avaliação periódica do status respiratório para verificar a eficácia da oxigenoterapia (TAYLOR, *et al.* 2007)
2. **Optimizar oxigenoterapia**– Adequar a administração às necessidades do doente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. Norma de Orientação Clínica do Hospital)
3. **Elevar cabeceira da cama** – proporcionar o conforto e facilitar a respiração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. Norma de Orientação Clínica do Hospital)
4. **Supervisionar o efeito do tratamento** – Prevenir precocemente alterações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. Norma de Orientação Clínica do Hospital)

Resultado esperado: Dispneia em grau reduzido

Ansiedade em grau moderado

Ansiedade: “Emoção negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (CIPE, Versão 2. 2010, p. 39)

À profissão de enfermagem é implícito o ato de ajudar, que exige desde profissionais dar do seu tempo, da sua competência, do seu saber, do seu interesse, da sua capacidade de escuta e de compreensão, fundamentalmente, dar parte de si própria. (LAZURE, 1994)

Intervenções de Enfermagem:

1. **Escutar a pessoa.** Permite compreender a importância que a mesma dá a aspectos relacionados com a aparência, desempenho de papéis e aceitação pelos outros (POTTER, PERRY, 2006).
2. **Gerir ambiente físico.** Estimular visitas dos familiares, flexibilizando horários de visita e promovendo um ambiente agradável para essas interações respeitando a sua privacidade. Esta intervenção demonstra uma preocupação da parte da equipa de saúde em proporcionar o máximo apoio das suas pessoas significativas (POTTER, PERRY, 2006).
3. **Facilitar a integração do Sr. nos cuidados de enfermagem.** Favorece o processo de *empowerment*, por exemplo, a escolha dos horários dos cuidados, gestão da sua higiene pessoal, entre outros de forma a minimizar a ansiedade (POTTER, PERRY, 2006).
4. **Informar o Sr. e seus cuidadores sobre os serviços de apoio que tem à sua disposição.** Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 84º alínea a), o enfermeiro tem o dever de informar a família no que respeita aos cuidados de enfermagem a serem prestados.

Resultado esperado: Ansiedade em grau moderado

Risco de Desolação

Desolação: “Status comprometido: sentimentos de ser abandonado, com desespero, comportamento deprimido ou angustiado e expressão de desespero ou falta de esperança ” CIPE, Versão 2. 2010, p. 49)

Intervenções de Enfermagem:

1. **Confortar o doente.** De acordo com o descritivo dos padrões de qualidade definidos “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”. (OE, 2001, p.13)
2. **Motivar a expressão de sentimentos** – Promover e facilitar a escuta, como ato de captar os indicadores emitidos pelo cliente, quer verbais quer não verbais. (LAZURE, 1994)

3. **Facilitar a presença da família.** Os doentes internados no final da vida ou que necessitem de cuidados paliativos, têm direito a ser acompanhados, se assim o desejarem, pelos seus familiares e / ou pessoa da sua escolha, assim como a condições ambientais condignas. (Carta dos Direitos do Doente)

Resultado esperado: Desolação nenhuma

Angústia da Separação Atual

Diagnóstico relativo à família do Sr. Manuel

Angústia da separação “Ansiedade: Sentimentos de medo e apreensão causados pela separação do meio familiar e de pessoas que são importantes para o cliente como, por exemplo, crianças separadas da mãe ou de figura maternal, acompanhadas de choro, lágrimas, reações de luto, ausências de expressão de emoções, desprendimento, negação de resignação” (CIPE, Versão 2. 2010, p. 39)

Intervenções de Enfermagem:

1. **Escutar ativamente as preocupações da família.** Garantir que o enfermeiro se coloca ao mesmo nível que a família, permite que este faça um entendimento correto das suas preocupações e medos, sem emitir qualquer tipo de juízos de valor. Isto permite que a família se sinta compreendida, cuidada e importante, o que reforça a ligação desenvolvida entre ambos (PHANEUF, 2004; RILEY, 2004)

2. **Autorizar a presença permanente da família junto do doente** – o doente “(...) com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em hospital, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente, do cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada” (Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro)

3. **Confortar a família** – de acordo com a teoria do conforto “... os cuidados de enfermagem estavam relacionados com a prestação de uma atmosfera geral de conforto e que os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e

mental...” (Aligood e Tomey, 2004, p.483). O conforto sempre esteve associado a um estado positivo, com a melhoria de uma condição e que varia consoante a pessoa que cuidamos, a necessidade expressa por esta família era de acompanhamento do Sr. Manuel.

Resultado esperado: Angústia de separação ausente

AVALIAÇÃO

Perante o caso com que nos deparamos e abordamos, tornou-se fulcral aplicar um processo de Enfermagem, que responde-se às principais necessidades do Sr. Manuel e família, de forma a:

- Proporcionar o acompanhamento do doente pela família, na fase final da vida
- Confortar o doente em situação crítica

REFLEXÃO SOBRE AS APRENDIZAGENS

Sem dúvida que a permanência da família junto da pessoa em fase terminal é não só um direito, mas também deverá ser entendido como um dever do enfermeiro que presta cuidados de uma forma holística e de qualidade e que procura no seu exercício a excelência.

O estudo deste caso demonstra-nos que muitas vezes as medidas e ações implementadas até são as mais corretas, mas se não fundamentadas podem perder a sua credibilidade.

LEGISLAÇÃO QUE FUNDAMENTA A ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Diz a Constituição da República Portuguesa no seu artigo primeiro que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)” reconhecendo desde logo, nos princípios fundamentais, que a dignidade da pessoa é um dos pilares onde se norteia a Constituição e toda a legislação da República.

Por sua vez diz a mesma constituição no n.º 1, do artigo n.º 64, que “Todos têm direito à proteção da saúde (...)” indicando que não pode ser negado os

cuidados de saúde com base em alguns argumentos como as condições económicas, sociais, étnicas ou outras.

A Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, é a chamada Lei de Bases da Saúde e enquanto tal, define as linhas mestras da política e deve reger a legislação da área da saúde.

Assim nesse documento é possível na sua base V, (direitos e deveres), verificar que os “cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses”. Por sua vez na Base XIV (estatuto dos utentes) na sua alínea c, diz que as pessoas devem ser “(...) tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito” na sua essência podemos interpretar estes dois estratos, que a prestação de cuidados de saúde e as organizações prestadoras de cuidados de saúde deverão estar orientadas segundo os interesses dos seus utentes, satisfazendo as necessidades de utentes e famílias. Podendo nós considerar que estes interesses são mais prementes numa situação de doença crítica, de mau prognóstico e que se revelaria de desfecho fatal. Esta primeira premissa é articulável com a alínea c, da Base XIV, pois esta exige os cuidados técnicos e humanos adequados à situação em concreto. Não colocando em causa a dimensão técnica, está em causa a necessidade humana da pessoa ser acompanhada pelos seus familiares e também o acompanhamento destes ao seu utente.

A legislação portuguesa abordou o acompanhamento do doente internado, e fez através da publicação da Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro, onde se pode ler no seu artigo n.º 1 que esta lei é destinada, entre outra a pessoas com doença incurável em estado avançado, tal como acontece na insuficiência cardíaca de grau IV. Ou seja esta seria uma situação que se enquadraria na lei citada. A mesma, diz ainda no seu artigo 3º, no N.º 1, que as pessoas internadas “(...) com doença incurável em estado avançado (...) têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente, do cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada”. Mais diz no artigo 4º, no N.º 1, que define as condições de acompanhamento onde se pode ler “O acompanhamento familiar permanente é exercido tanto no período diurno como noturno, e com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e

pelas demais normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar”. Como podemos analisar neste diploma é permitido a permanência de acompanhantes, nos serviços, não especificando a tipologia de serviço. Como tal do ponto de vista legal, a permanência de acompanhantes não pode ser argumentado como fator de perturbação do trabalho na unidade de tratamento já que esta terá que ser prevista.

Por sua vez a Carta dos direitos doentes, reforça esta ideia referindo no seu ponto n.º 13, que a pessoa internada em situação terminal tem direito ao acompanhamento.

Na redação do ponto 1 do artigo n.º 4, a expressão “(...) com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar (...). No entanto podemos ler em Nunes, Amaral e Gonçalves (2005) que as normas não podem funcionar de forma estática e que estas são generalidades não contemplando situações concretas e particulares da prática. Com o objetivo de nortear as ações, estas não deverão ser cumpridas de forma cega, em especial se estas forem contra o superior interesse do utente. Assim, cabe aos profissionais, presentes na situação em concreto e com as variáveis presentes no momento decidir “de forma justa e equitativa para com o utente e família” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005). Fica a faltar, e se caso for, compreender qual a ação a ter caso as opiniões sejam divergentes no seio da equipa multidisciplinar. Sobre este aspeto, o artigo 91º do Código Deontológico dos enfermeiros, na sua alínea b) diz que o enfermeiro deve “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”. Considerando que a melhor pessoa para decidir, seria aquele profissional que detivesse mais informação e que estivesse mais próximo do utente.

Para além desta obrigatoriedade imposta pela lei Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro, o Código Deontológico, Lei n. 111/2009 de 16 de setembro de 2009, vai mais longe ainda forçando a sua aplicação de acordo com o artigo 79.º “dos deveres deontológicos em geral” na sua alínea c) que o enfermeiro deve “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...).

Diz mais ainda Código Deontológico, no artigo 88º, “Da excelência do exercício” na sua alínea b) que as normas se devem adequar dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.

TEORIA DO CONFORTO - KATHARINE KOLCABA

Katharine Kolbaba formou-se em Enfermagem em 1965 e especializou-se em gerontologia, em 1987. Nesta altura trabalhou como enfermeira chefe, num serviço com pessoas dementes, foi aqui que ela começou a teorizar a teoria do conforto. Passados dez anos começou o seu doutoramento, onde desenvolveu e explicou a sua teoria.

As suas áreas de interesse incluem as intervenções e medições para a incontinência urinária, avaliação do conforto no fim de vida e investigação de resultados. O início do seu estudo ocorreu pela sua pesquisa exaustiva que comprovou que o conforto, desde sempre esteve associado com os cuidados de enfermagem. Um dos exemplos seria Harmer que referia “... *os cuidados de enfermagem estavam relacionados com a prestação de uma atmosfera geral de conforto e que os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental...*” (Dowd,...). O conforto sempre esteve associado a um estado positivo, com a melhoria de uma condição e que varia consoante a pessoa que temos à nossa frente.

Provas Empíricas

Em todos os estudos realizados, Kolcaba conseguiu provar que nos grupos que usufruíam de intervenções de conforto, desfrutavam de um estado de conforto com valores significativos, ao passo que os outros grupos, que eram intervencionados como um grupo que recebiam um cuidado “normal”, apresentavam menos conforto. Nestes diferentes estudos, Kolcaba examinou quatro grandes princípios sobre a natureza do conforto holístico:

1. O conforto é próprio de uma condição;
2. O resultado do conforto é suscetível a mudanças ao longo do tempo;

3. Qualquer intervenção de cuidado de enfermagem holística aplicada e com uma história de eficácia, melhora o conforto do doente ao longo do tempo;

4. O conforto total é maior do que a soma das suas partes.

No nosso caso em estudo, já está implícito a aplicação da teoria, uma vez que o enfermeiro teve em consideração a necessidade física, psico-espiritual e social do Sr. Manuel. Proporcionou um cuidado holístico, cuidou da sua necessidade física, proporcionando analgesia à dor e administração de medicação de suporte vital e permitiu a presença da família, nos últimos momentos da sua vida, colmatando a necessidade psico-espiritual e social. A nosso ver, não há dúvida que o enfermeiro avaliou e entrevistou, de acordo com pessoa que estava à sua frente.

PRINCIPAIS PRESSUPOSTOS

Metaparadigmas

ENFERMAGEM: Através de enfermagem há uma avaliação e realização de medidas de conforto, com o intuito de satisfazer necessidades detetadas, com posterior reavaliação do estado de conforto. Esta avaliação passa por perguntas diretas, indiretas ou intuitivas.

No caso específico, o enfermeiro fez uma avaliação, com questões diretas ao Sr. Manuel, uma vez que ele estava consciente e orientado, e realizou medidas de conforto, pelo fato de ter proporcionado a presença da família. A avaliação foi concluída e concretizada pelo bem-estar e satisfação expressa pelo Sr. Manuel.

DOENTE: São os que recebem os cuidados, pode ser o indivíduo, família, instituições ou comunidades.

Em relação ao doente, o Sr. Manuel, houve um pedido e este foi proporcionado, sendo então o que recebe o cuidado. Assim como a família, também foi facultado um cuidado de conforto de permanecer com o seu familiar nos momentos, que provavelmente seriam os últimos.

AMBIENTE: Aspetos que podem ser influenciados com os cuidados de enfermagem, no indivíduo, família, instituição ou comunidade.

Mais uma vez, o ambiente foi proporcionado nesta situação, pois criou-se condições ambientais no quarto para que a família permaneça-se.

SAÚDE: É o estado ótimo de funcionamento do indivíduo, família, instituição ou comunidade.

Neste metaparadigma, o estado considerado ótimo pelo indivíduo, não foi a “cura” física, mas sem dúvida a psico-espiritual, porque foi satisfeito o seu desejo de ter a família junto dele. Em relação à família, acreditamos que todo o seu processo de luto foi facilitado, por esta medida de conforto, proporcionada pelo enfermeiro.

PRESSUPOSTOS

1. Cada indivíduo tem uma resposta holística;
2. Em Enfermagem, o conforto é um resultado holístico desejável;
3. Cada pessoa luta para satisfazer as suas necessidades de conforto;
4. O conforto dá ânimo aos doentes para resolver melhor o comportamento de procura de saúde;
5. Aos doentes que assumem a procura de saúde, estão satisfeitos com os cuidados;
6. A integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os recetores de cuidados.

Em relação aos pressupostos da Teria de Conforto, associados ao nosso caso em estudo, consideramos que já mostramos como o enfermeiro, cuidou e proporcionou ao Sr. Manuel um cuidado holístico, avaliou no seu todo, ouviu as suas necessidades mencionadas e ofereceu medidas de conforto, que vieram colmatar essas faltas. São situações desta que levam a uma integridade institucional baseada em valores, porque que proporciona cuidados holísticos e de conforto, transmite um aumento de satisfação pela instituição.

POSTULADOS

1. Há pelas necessidades de conforto não saciadas, com posterior concretização de medidas de conforto, em busca de resultados de satisfação ao utente.
2. Quando as pessoas têm um comportamento de procura de saúde (HSB), há um desejo que este compromisso leve ao conforto.

3. O fato das pessoas terem um apoio, no seu HSB, a integridade institucional também é melhorada.

O Sr. Manuel e sua família, procuraram ajuda numa instituição, inicialmente que facultava-se conforto físico, mas devido ao seu estado clínico e pela sua idade avançada, não lhe foi possível proporcionar a “cura”, mas sem dúvida é possível criar as melhores condições, para uma morte digna e sem sofrimento. Assim, como é da responsabilidade de quem cuida e da instituição, incluir a família neste processo de ajuda.

Para elaborar a sua teoria Kolcaba, seguiu três raciocínios lógicos:

1. INDUÇÃO

É feita através de generalizações, por uma série de circunstâncias repetidas.

Como Kolcaba usava denominações repetitivas, para pessoas diferentes, por vezes esses termos não correspondiam à prática das necessidades observadas. Então decidiu dividir o não correto uso de termos, em físicas e mentais, introduziu o conceito de conforto e, por fim, observou a relação entre conforto e o ótimo funcionamento.

2. DEDUÇÃO

É um pensamento lógico, após uma conclusão feita através de princípios gerais (do geral para o particular). Neste sentido a teoria do conforto, resultou de uma relação com outros conceitos, como o alívio, a tranquilidade e transcendência.

3. ABDUÇÃO

É a forma de raciocínio que origina as ideias. É aqui que ao empregarmos uma teoria de enfermagem na melhoria das intervenções da prática, com coerência e com um propósito comum, obtendo resultados significativos.

DESENVOLVIMENTO DA TEORIA

Kolcaba desenvolveu formas de medição ao conforto, com utilização na prática, no ensino e na investigação. Os três tipos de conforto que foram sintetizados por Orlando (alívio), Henderson (tranquilidade) e Paterson e Zderard (transcendência), são integrais para a teoria e foram validados através da análise do fator do instrumento desenvolvido com a orientação da estrutura taxonômica de medição.

Conforto: é o que as pessoas recebem como resultados de medidas de conforto. É uma experiência holística, por satisfação de necessidades dos três tipos de conforto: alívio (quando a pessoa vê satisfeita uma necessidade), tranquilidade (estado de contentamento) e transcendência (quando o indivíduo ultrapassa o seu sofrimento).

Satisfação nos quatro contextos da experiência (físico, social, psico-espiritual e ambiental).

TIPO DE CONFORTO:

1. **Alívio:** Estado do doente que viu satisfeita uma necessidade específica.
2. **Tranquilidade:** Estado de calma ou contentamento
3. **Transcendência:** Estado do qual alguém ultrapassa os seus problemas ou sofrimento.

CONTEXTO NO QUAL OCORRE O CONFORTO:

1. **Físico:** corresponde às sensações corporais.
2. **Psico-espiritual:** pertence à consciência intra do “eu”, ou seja, estima, conceito, sexual, significado da vida de alguém.
3. **Social:** corresponde às relações interpessoais, familiares e sociais.
4. **Ambiental:** Pertence ao meio, às condições e influências externas.

Em relação ao Sr. Manuel e à sua situação.

Justificando o Diagnóstico de Enfermagem: Risco de desolação

- a) Apoiar psicologicamente o doente
- b) Confortar o doente
- c) Permitir expressão de sentimentos
- d) Estar presente

e) Facilitar a presença da família

Pensamos que esta teoria se enquadra bastante bem, uma vez que o Sr.º Manuel apresenta níveis de necessidade de conforto psico-espiritual elevados. Em relação aos cuidados de enfermagem físicos, apenas lhe podemos aliviar a dor com analgesia e posicionamento corretos, mas em termos psico-espirituais, uma vez que o Sr. está consciente, orientado e expressou a sua extrema necessidade que a família permaneça-se com ele, tendo a noção que o seu estado seria grave e provavelmente seria a última noite que iria usufruir da companhia da esposa e filho.

Referências Bibliográficas

CIPE/ICNP®. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão β2. 2ª edição Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, Gráfica 2000, 2003. ISBN: 972-98149-5-3.

LAZURE, Hélène. Viver a Relação de Ajuda. Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-5-2.

Lei n.º 106/2009. D.R. n.º 178, Série I de 2009-09-14. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/17800/0625406255.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos [em linha], 2001. [consultado em 27 de Abril de 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

PHANEUF, Margot - *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-84-3

PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane - *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-838-365-7.

POTTER, Patricia; PERRY, Anne – *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 978-972-893-024-0.

RILEY, Julia – *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-838-381-9.

SWEARINGEN, Pamela; KEEN, Janet – *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-838-352-5.

Apêndice II- Trabalho de Grupo

Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos

UNIDADE CURRICULAR: Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos

MÓDULO: Supervisão de Cuidados

DISCENTES: Celso Ribeiro, Isabel Cordeiro, Jorge Silva, Marta Pias e Sara Antunes

DOCENTES: Prof. Lucília Nunes

Decisão Ética: Reanimar ou não Reanimar

Homem de 35 anos com Acidente Vascular Cerebral isquémico há 3 anos. Apresenta vários défices cognitivos e motores. Dependente em elevado grau em diversas atividades de vida como a alimentação, eliminação, mobilização entre outras. Derivado dos seus diversos défices não consegue expressar a sua vontade. É habitualmente acompanhado pela esposa e pelos pais, que não dão orientações quanto à sua vontade, tem uma filha com 5 anos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dificuldade respiratória e vomito, fica internado por pneumonia secundária a aspiração de alimentos. Não existe um representante legal eleito, para o utente. Durante o turno da noite, faz paragem respiratória e a equipa tem que decidir se inicia manobras de reanimação.

Enquadramento

Um dos principais objetivos dos serviços de saúde, é a cura da doença, no entanto quando esta não é possível e a morte se aproxima, o hospital está pouco preparado para cuidar da pessoa e da família em fim de vida. A incurabilidade é considerada pela medicina, como um fracasso.

Os avanços alcançados nas últimas décadas nos domínios da biomedicina e da tecnologia nos cuidados de saúde, permitiram que o curso do termo da vida se modificasse, a natureza deixou de constituir o único árbitro entre o viver e o morrer (Archer, 2001).

As pessoas morrem, nos dias de hoje, maioritariamente no hospital, (em Portugal cerca de 80,0% dos óbitos ocorrem nos hospitais). Este local é frio e altamente tecnicista, afastando a pessoa do contacto com os familiares e amigos (Serrão, 1998).

Enquadramento legal

Diz a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu artigo n.º 5 que “Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”.

A Constituição da República Portuguesa (CRP) diz no seu artigo n.º 12 n.º1 que “Todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição”.

O artigo n.º 24 n.º1 da Constituição da República Portuguesa refere que “a vida humana é inviolável”. No artigo n.º 25º n.º 1, podemos ler que a “integridade moral e física das pessoas é inviolável.” e no n.º 2 que “ninguém pode ser submetido a tortura, nem a trato ou penas cruéis, degradantes ou desumanos”.

No que respeita a proteção da saúde, o artigo 64º da CRP afirma que “Todos têm direito à proteção da saúde (...)”.

Na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, base V, n.º 2, podemos ler que “Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.”

A base XIV, alínea c), da lei suprarreferida diz que todos os cidadãos têm direito a “ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”.

Estamos perante uma situação, onde a prestação de cuidados não pode ser colocada em causa, tal como é indicada, quer pela CRP e por outra legislação estruturante, caso da Lei de Bases da Saúde, pela qual os profissionais deverão garantir a não existência de tratamento cruel, degradante ou desumano. Estamos pois perante um dilema onde apesar da pessoa ter o direito de ser tratada esse tratamento deverá ser digno, respeitando a dignidade da pessoa, o seu estado de saúde atual e prognóstico de vida.

O n.º 1 do artigo 150º do Código Penal Português que fala sobre as intervenções e tratamento médico-cirúrgicos no n.º1, diz que “As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por

um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.”

Por sua vez o artigo 156º fala sobre as intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários podemos ler no n.º1 “As pessoas indicadas no artigo 150º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa”. No entanto o n.º2 do mesmo artigo verificámos que “O facto não é punível quando o consentimento:

- a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou
- b) Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado”.

Numa primeira fase a questão que se coloca no caso em estudo, está diretamente relacionada com a possibilidade de saber se os profissionais são conhecedores ou não da vontade do utente em concreto. Sabemos que ele não expressou a sua vontade quanto ao tipo de tratamento numa situação limite, como a que se apresenta. Sem mais informações, as intervenções poderiam ser suportadas pelos artigos 39º do Código Penal sobre o consentimento presumido, onde se pode ler no nº 1 que “Ao consentimento efetivo é equiparado o consentimento presumido.”, e no número 2 “Há consentimento presumido quando a situação em que o agente atua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.” Também no mesmo sentido aponta o artigo n.º 340 do código civil, sobre o consentimento do lesado onde no seu número 1º se pode ler que “O ato lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão”, e no n.º 2 “tem-se por consentida a lesão, quando esta se deu no interesse do lesado e de acordo com a sua vontade presumível”.

Temos então que apesar da pessoa não poder expressar a vontade, esta pode ser presumida e justificar as intervenções efetuadas àquela pessoa, ou seja, a realização das manobras de reanimação não se colocam em causa.

Na legislação específica dos enfermeiros, o código deontológico, incluso na Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, aponta no seu artigo n.º 78º, n.º 1, para que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

É necessário aceitar a finitude do Ser Humano tendo consciência que quando não é possível curar, então o mais importante é não causar maior sofrimento (Pacheco, 2004).

Surge a **obstinação terapêutica**, considerada como a manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, sem efeito comprovado para uma evolução positiva e melhoria dos utentes, em termos de sobrevida ou de qualidade de vida. Neste sentido, é necessário avaliar o utente e toda a situação envolvente, para tomar uma decisão de recusa de um cumprimento de lei ou ordem, quando esta vai contra aos nossos valores éticos, morais, convicções e/ou crenças (Pacheco, 2004).

Abordando o tema da obstinação terapêutica estamos em simultâneo a abordar o tema da **distanásia**, que conduz ao prolongamento do processo de morrer. Eticamente esta atuação é condenável por ser considerada má prática profissional. Vai contra o princípio da beneficência e não-maleficência, pois causa maior prejuízo ao utente do que benefício. Não atua de acordo com o princípio da justiça, porque ao prolongar o processo de morrer e sofrimento, usa-se meios técnicos e humanos que poderiam ser usados noutra utente que deles necessitasse (Pacheco, 2004).

Respeito pela autonomia

Relacionada com a auto-determinação em tomar uma decisão acerca de si próprio e da atuação do outro em si.

Os vários autores da ética definem a autonomia como a capacidade de se ser autor da sua própria Lei, ou seja, segundo Queirós (2001), a autonomia consiste na capacidade de auto-legislação e na capacidade de decisão sem demissão dos condicionalismos extrínsecos.

Para Cabral expresso por ARCHER (1996), o princípio da Autonomia significa independência, ausência de imposições ou coações, limitações ou incapacidades que condicionem a Liberdade de Decisão.

O respeito pela autonomia, é o respeito do direito individual da pessoa, em relação as suas decisões, baseadas nos seus valores e crenças. Este respeito pela autonomia deve ser observado de acordo com o utente, mas em simultâneo do profissional de saúde, que pode expressar igualmente o seu direito à autodeterminação através da objecção de consciência. Neste sentido é fundamental no ato de cuidar que haja uma aliança mútua, essencial à relação terapêutica entre o profissional e o utente (Firmino, 2004).

O Consentimento

O consentimento pressupõe um ato de decisão voluntária, realizado pela pessoa humana capaz de deliberar após o esclarecimento através do fornecimento da informação e a compreensão da mesma.

O consentimento deve ter por base o respeito pelo princípio da autonomia e da liberdade de consentir, na ausência de coação física, psicológica, moral ou outras formas de manipulação.

Cabe ao profissional de saúde procurar a melhor forma para comunicar com o cliente, de forma a capacitá-lo para a tomada de decisão através do consentimento ou do dissentimento. A melhor forma para comunicar implica a utilização de linguagem simples e esclarecedora, as decisões tomadas perante informação falsa, incompleta ou perante comprometimento da compreensão, não podem ser consideradas decisões autónomas. (Queirós, 2001)

De acordo com o Conselho jurisdicional da ordem dos enfermeiros (2005), a prestação de qualquer cuidado de saúde só deve ser realizada quando a pessoa o permite através do seu consentimento livre esclarecido.

O consentimento implica as seguintes condições:

“1) O consentimento deve ser voluntário, livre de qualquer manipulação ou coação externa ” (OE, p.212)

Cabe ao profissional de Saúde avaliar a existência de fatores extrínsecos e intrínsecos que possam prejudicar a decisão.

“2) Deve ser baseada em informação correta e que o utente compreenda.”
(OE, p.212)

É a informação fornecida pelo profissional da saúde que permite que a pessoa decida, por esse motivo a informação deve ser transmitida quando está criada uma relação de confiança, capaz de ultrapassar as barreiras culturais ou linguísticas. A validação da informação transmitida é fulcral para garantir que a informação foi corretamente compreendida, logo a tomada de decisão ocorre de forma esclarecida.

“3) O consentimento deve ser o ato de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo”. (OE, p.212)

Entende-se por pessoa competente para tomar decisões, o adulto com mais de 18 anos que não esteja interdito.

No caso do utente se encontrar em estado de incapacidade mental para consentir ou não um determinado procedimento, existem duas formas de conhecer a sua opinião do passado, através de um testamento vital ou por um representante legal. Aqui é fundamental a veracidade, outro aspeto relacionado com o respeito à pessoa e/ ou família, é essencial uma comunicação verdadeira e autêntica. Temos que estar preparados que por vezes a verdade poderá trazer mais malefícios do que benefícios ao nível da estrutura psicológica, no entanto a pessoa ou família tem o direito de saber toda a verdade, para que a decisão seja assumida com dignidade (Firmino, 2004). Quando não é possível obter consentimento da pessoa ou do seu representante legal cabe ao profissional agir tendo em conta o melhor interesse do cliente respeitando os princípios de Beneficência e de não Maleficência. (Nunes, 2005)

A decisão de ONR deve ser tomada em conjunto (profissional de saúde/utente e/ou família), analisando os benefícios e malefícios, se a pessoa não for capaz de exprimir a sua opinião, então o profissional de saúde deve tentar saber as suas vontades e, dentro dos conhecimentos científicos e da ética, respeitá-la.

Princípio da beneficência

O princípio da beneficência define-se como: Fazer o bem ao outro. O profissional de saúde deve atuar da melhor forma para o bem do utente, a encontrar o que representa um benefício. Ou seja o enfermeiro age segundo o interesse do utente, não esquecendo que existem valores e princípios a respeitar e que compete ao próprio, se for capaz, de estabelecer e clarificar.

Em conjunto com o princípio da não-maleficência guiam a actuação dos enfermeiros no que toca ao cuidar da pessoa humana (Martins, 2004).

Princípio da não-maleficência

O princípio da não maleficência surge de mãos dadas com o princípio da Beneficência e na maioria dos casos devem ser ponderados em simultâneo.

O Princípio da não maleficência tem por base, o não fazer mal ao outro. Sendo que este mal é na Bioética entendido como dano físico ou mal corporal – dores, doença e até morte. Causar o mal a outro, não é de todo lícito, contudo existem situações em que a situação ilícita se pode tornar lícita havendo uma razão que o justifica. A problemática surge na avaliação das razões dos males que se podem causar a terceiros e na dicotomia entre “males” e “males menores”.

Não é só fazer o bem, é também evitar o mal. O profissional de saúde ao cuidar, não lhe deve causar mal, ou seja, não deve submeter aos utentes um sofrimento desproporcionado que conduz a poucos ou nenhuns benefícios (Martins, 2004).

Princípio da justiça

O direito à saúde, é dado como um aspecto fundamental dos direito Humanos (CNECV mencionado em Dias, 2004). Também mencionada na *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, assim como na Constituição da República Portuguesa, no ponto 1 do artº 64, que nos dá o direito à proteção da saúde e o dever de a promover e defender (Dias, 2004).

O acesso equitativo aos cuidados de saúde, que são escassos, o uso ponderado de todos os princípios desencadeia o bom uso deste princípio, uma vez que estão interligados na atuação da população em geral, beneficiando a pessoa em particular (Antunes, 1998). Assim nenhuma pessoa, no exercício da liberdade ética individual, pode ser excluída do sistema básico de saúde por escassez de recursos financeiros (Dias, 2004).

Na bioética o Princípio da Justiça concentra-se nas exigências da justiça distributiva, dando origem a problemas e decisões de difícil resolução. (Queirós,2001)

Na conjuntura atual, com as limitações orçamentais na área da saúde este princípio carece cada vez mais de apreciação e ponderação, quando mais que

nunca se sabe que será impossível dar tudo a todos, o que se pondera é que cuidados se devem prestar e a quem?

REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA (RCR)

O uso indiscriminado da RCR em todos os doentes que sofrem paragem respiratória e/ou cardíaca conduz a um novo dilema ético, a distanásia.

“A distanásia (do grego “dis”, mal, algo mal feito, e “thánatos”, morte) [...] consiste em atrasar o mais possível o momento da morte usando todos os meios [...], ainda que não haja esperança de cura, e ainda que isso signifique infligir à pessoa sofrimentos adicionais e que, obviamente, não conseguirão afastar a inevitável morte, mas apenas atrasá-la umas horas ou uns dias em condições deploráveis para o enfermo.”

Reanimação aplicada a alguns doentes não traz benefícios, mas sim um arrastar do processo de morrer com maior sofrimento, pois “...durante o período de paragem cardiocirculatória se instalaram lesões cerebrais, por isquemia ou hipoxia, de importância variável, mas são estas lesões que vão ditar, o futuro do doente” (Faria, 1996, p. 369).

As ONR são prescrições médicas que indicam que não se deve efectuar reanimação a um doente que sofra uma paragem cardíaca ou respiratória. São usadas e eticamente legítimas, quando a reanimação não pode mudar o rumo de uma doença terminal ou irreversível, prevenindo assim sofrimento desnecessário (França *et al*, 2010).

Quando se toma a decisão ONR

As instruções de não reanimar numa situação de paragem cardíaca ou respiratória são justificadas nas seguintes circunstâncias:

1. Quando é manifestamente previsível que a reanimação não é possível ou quando o doente imediatamente a seguir repetirá o processo que conduziu à paragem cardíaca;
2. Quando a paragem for o termo de uma doença de evolução necessariamente fatal bem documentada;

3. Quando a qualidade de vida previsível após a reanimação for tal que não é seguramente aceite pelo doente

4. Devem ser diariamente renovadas, documentadas e justificadas.

(Santos mencionado em França *et al*, 2010)

Tomada de decisão é baseada em dados científicos que demonstrem o estado irreversível de uma doença.

A idade do doente

A morte pode ocorrer em qualquer fase do ciclo vital, no entanto é inesperada nos jovens e previsível e natural nas pessoas idosas (Pacheco, 2004). No entanto, se for jovem existe uma maior vigilância, pelos valores da nossa sociedade atual, onde se valoriza a beleza, a juventude, a força, naturalmente presente nos jovens (Frias, 2003).

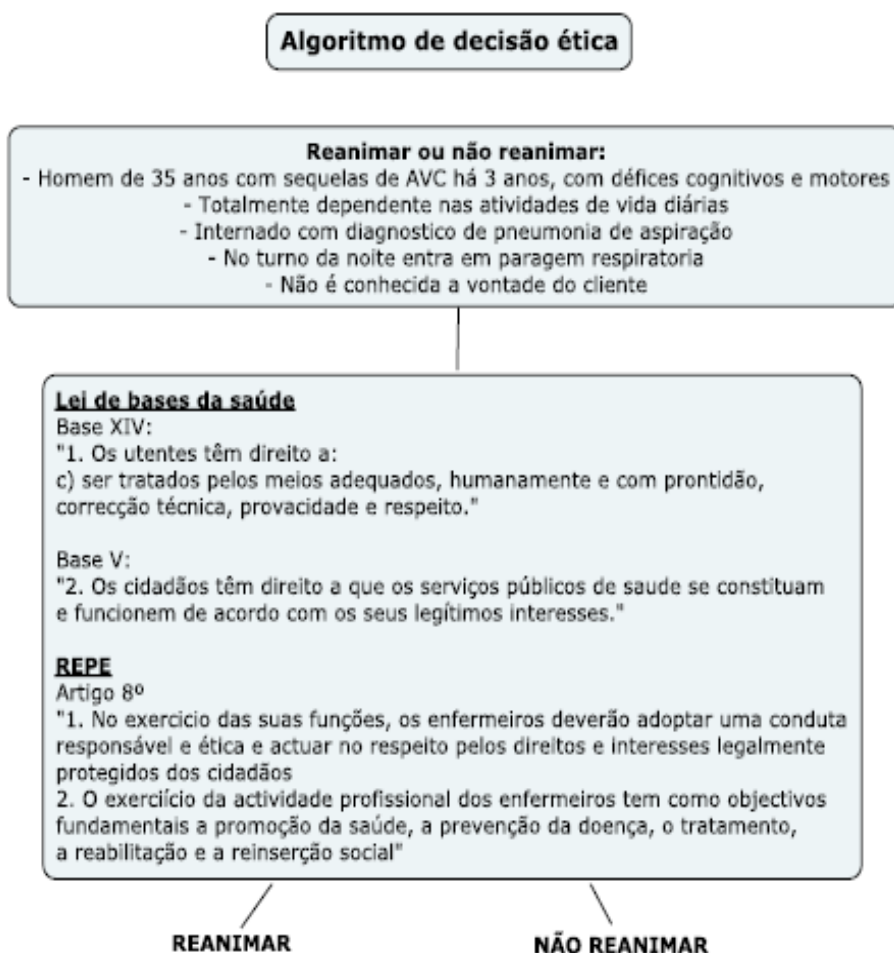
A morte presente em jovens, ou adultos jovens, desencadeia nos profissionais de saúde sentimentos de injustiça, fracasso e tristeza ou cólera. Motivo pelo qual, as decisões de ONR podem ser influenciadas pela idade do doente. Quanto mais jovem maior parece haver dificuldade em tomar a decisão de ONR. No entanto, só têm valor quando baseadas em dados científicos concretos acompanhados da avaliação ética de cada situação específica, pois caso contrário correríamos o risco destas serem aplicadas anarquicamente, desrespeitando a dignidade do doente e em simultâneo dos profissionais de saúde que dele cuidam. Esta decisão deve então ser tomada mediante a situação clínica do doente, mas também perante o prognóstico da sua doença (França *et al*, 2010).

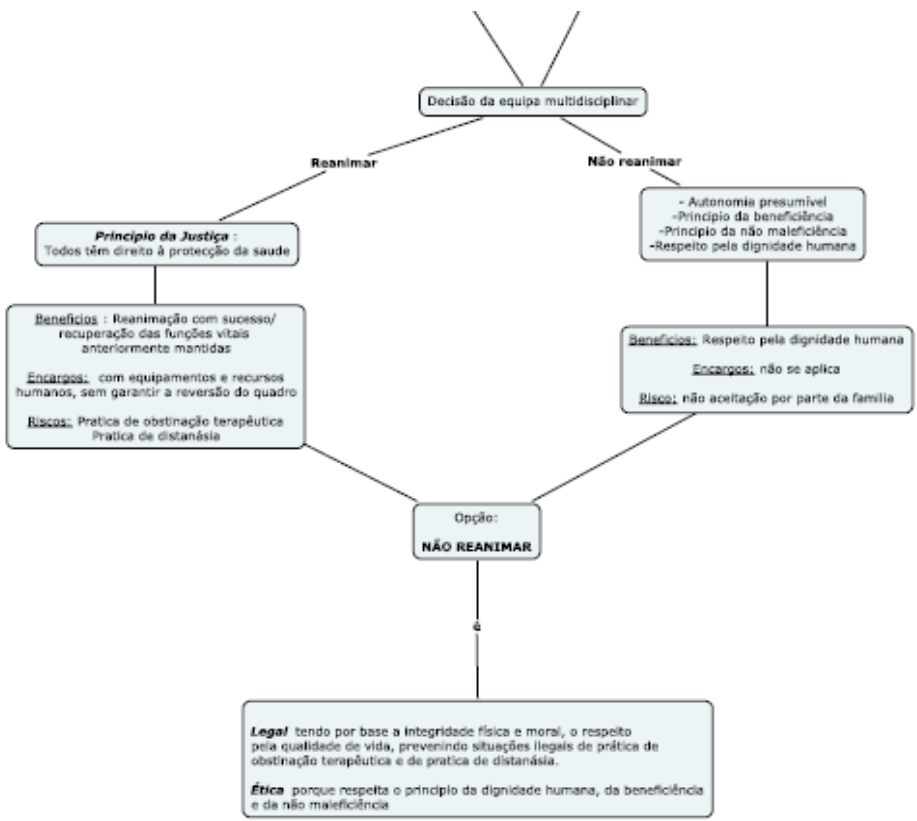
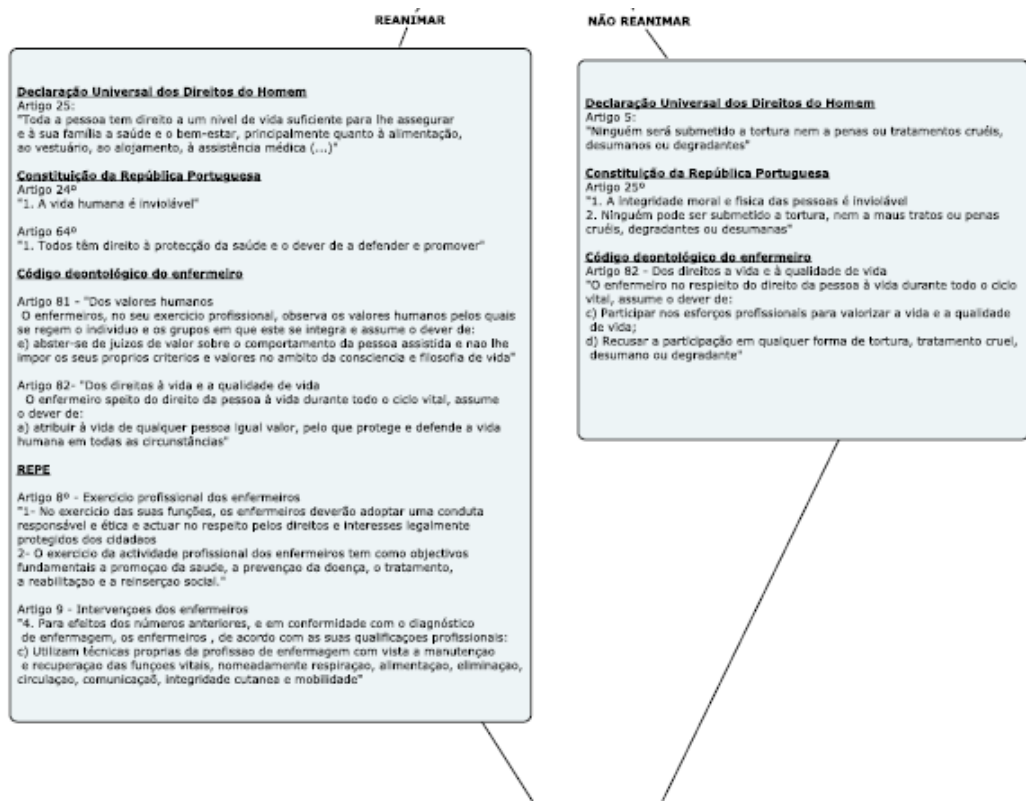
A decisão de não reanimar, deve ser tomada pelo médico assistente com a colaboração da equipa médica, equipa de enfermagem, o doente e sua família. A propósito, Araújo e Araújo defendem que a “decisão de não reanimar caberá sempre a um médico qualificado pela carreira médica e pelos seus conhecimentos sobre o doente crítico após análise e discussão com outros membros” (França *et al* citando Araújo e Araújo, 2010, p. 471)

A família pode mencionar-se à acerca dos desejos do doente, caso este se encontre inconsciente. Outro aspeto, são os enfermeiros que devem participar na

tomada de decisão ONR, porque conheceram as vontades e desejos dos doentes, uma vez que passam 24 horas do dia, junto do doente, neste sentido, devem eticamente ser ouvidos, na tomada de decisão (França *et al*, 2010).

Algoritmo de Decisão





Bibliografia:

ANTUNES, Alexandra – “Consentimento Informado”, in *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. Definição da distanásia – disponível em <<http://eutanasia.aaldeia.net/distanasia.htm>

ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – *Bioética*. 1ª edição. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. Depo. Legal: 104976/96. Pg-53-64

ARCHER, L., *et al.* *Novos Desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora, 2001.

BOLETIM NORMATIVO – “Normalização da Ordem para Não Ressuscitar”. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto, Entidade Pública Empresarial, 2006

Declaração Universal dos Direitos do Homem, Acedido em 12 de Abril, 2012, em <http://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>

Diário da República 1.ª Série nº 170(4/09/2007) - Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro (Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro). [em linha]. 6201-6258. [Consultado a 8 de Setembro 2012]. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/09/17000/0618106258.PDF>

Diário da República 1.ª Série nº 195 (24/08/1990) - Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. [em linha]. 3452-3459. [Consultado a 8 de Setembro 2012]. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/065B7F96-F9E1-4E18-AD3C9E9425DF78FC/17033/34523459.pdf>

Diário da República I Série A nº 155 (12/08/2005) - Lei Constitucional nº 1/2005 de 12 de Agosto de 2005 (Sétima revisão constitucional). [em linha]. 4642-4685. [Consultado a 8 de Setembro 2012]. Disponível em: <http://dre.pt/util/pdfs/files/crp.pdf>

Diário da República - I Série - N.º 236 (13/10/1978) - Convenção Europeia dos Direitos do Homem. [em linha]. 2135-2145 [Consultado a 10 de Setembro 2012]. Disponível em: http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2049&m=PDF

DIAS, António- “Justiça e Integridade”, in *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

FARIA, Rui – “Estado Vegetativo Persistente e Reanimação”, in *Bioética*. Lisboa: Verbo, 1996: 369.

FIRMINO, Filipe- “Autonomia e Respeito”, in *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

FRANÇA, Daniela *et al*- “Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros”: *Revista Bioética*. 2010, Vol. 18, Nº 2, acessado a 10 de Abril de 2012, em:http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/577

FRIAS, Cidália de Fátima Cabral - “A Aprendizagem do Cuidar e a Morte: Um Designio do Enfermeiro em Formação”. Loures: Lusociência, 2003.

PACHECO, Susana – “Objeção de Consciência”, in *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

SERRÃO, Daniel – “Ética das Atitudes Médicas em Relação com o Processo de Morrer”, in *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 1998.

MARTINS, Lurdes – “Beneficência e Não-Maleficência”, in *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

NUNES, Lucília, AMARAL, Manuela, GONÇALVES, Rogério - Código Deontológico: dos Comentários à Análise dos Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.: ISBN: 972-99646-0-2. Pg211-223 , 319-321

ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. [em linha]. 1998. [consultado a 21 de setembro de 2012]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documentos/REPE.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico. [em linha]. Lisboa. 2009. [consultado a 21 de setembro de 2012]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

QUEIRÓS, Ana Albuquerque – Ética e Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8717-07-5. pg-57-71, 96-101, 144-146.

Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência – Previsto no art.º 92, n.º 1, al. a) do Estatuto – Aprovado em Assembleia Geral de 18 de Março de 2000 – disponível em www.ordemdosenfermeiros.pt

Apêndice III

Relatórios de Participação em Congressos, Reuniões e Conferências

Relatório da Conferência

Fundamentos Éticos nas prioridades em Saúde

Descrição da Conferência: A conferência Fundamentos Éticos nas Prioridades em Saúde, no âmbito do Ciclo de Conferências promovidas pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, decorreu no Auditório 2 da Fundação Calouste Gulbenkian, em Lisboa, a 29 de novembro de 2011.

Programa da Conferência: Esta conferência foi constituída oito prelecções com os seguintes temas Conferência de Abertura - Ética das prioridades na saúde; Princípios Éticos nas prioridades em saúde; Restrição orçamental e problemas éticos na prescrição, Prioridades a comparticipação de medicamentos em ambulatório, Percepção pública das prioridades na saúde, Prioridades éticas no financiamento da saúde, a inserção /coexistência entre prioridades públicas e privadas na área da saúde, Prioridades na Saúde – Política.

Objectivos/ Motivações pessoais: A Ética e a Moral são não só uma paixão pessoal, mas também uma filosofia de vida no respeito por mim e pelo meu semelhante. Enquanto profissional de Saúde esse é também o meu referencial. Por esse motivo frequentar conferências sobre fundamentos éticos constitui sempre um prazer pessoal.

Como aluna de mestrado em enfermagem médico – cirúrgica, considero que esta Conferência constitui uma oportunidade de aprendizagem e de reflexão sobre o tema Fundamentos Éticos nas Prioridades em Saúde. Constitui ainda uma oportunidade de desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista - competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Resumo de aprendizagens: Nesta conferência foram apresentados e discutidos assuntos Éticos na Conjuntura actual de Crise económica.

Numa época em “...dar tudo a todos ...” não é uma realidade viável, há que priorizar, racionalizar recursos e meios, organizar, escolher e assumir escolhas.

Numa época de crise económica devemos a todo o custo evitar uma crise de valores, promovendo a tolerância, o pluralismo e a espiritualidade.

Relatório da Reunião Conjunta dos Grupos de Estudo de Cuidados Intensivos Cardíacos e de Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca

Estabilizar e Reabilitar: Um Contínuum

Descrição da Reunião: A reunião conjunta dos Grupos de Estudo de Cuidados Intensivos Cardíacos e de Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca decorreu no Centro de Congressos do Real Marina Hotel e SPA, em Olhão, a 27 e 28 de janeiro de 2012. Teve como Temática Central – “*Estabilizar e Reabilitar: Um Contínuo*”.

O programa Científico incluiu dois simpósios, duas conferências e cinco mesas redondas.

Programa da Reunião: Como descrito anteriormente esta reunião foi constituída por dois simpósios, o primeiro da empresa farmacêutica Boehringer Ingelheim, como o lançamento de um novo anti-coagulante oral o Etxilato de Dabigatrano, inibidor directo da trombina. O segundo da empresa farmacêutica Lilly Daiichi Sankyo, também esta com a apresentação de um novo fármaco, inibidor da agregação plaquetária, o Prasugrel.

Esta reunião contou com dois conferencistas internacionais o Dr. Cristiaan Vrints – Presidente do ESC Working Group Acute Cardiac Care da Bélgica, que apresentou as recomendações de actuação na síndrome coronária aguda sem supra de ST em 2012. O Dr. José Maria Maroto do Hospital Ramón y Cajal de Madrid que procedeu à conferência, reabilitação cardíaca desde a unidade coronária, complementaridade com outras intervenções.

A primeira mesa redonda desta reunião, teve como tema o Enfarte Agudo do Miocárdio e foram apresentadas as seguintes palestras: como tratamos o enfarte agudo do miocárdio em Portugal; doente com enfarte agudo do miocárdio após paragem cardiorespiratória – quando realizar angioplastia primária? ; reabilitação cardíaca: importância da intervenção precoce para melhorar a adesão ao estilo de vida e à medicação; avaliação funcional: prova de esforço pré-alta ou pós alta? Para todos?; apresentação de um caso clínico.

A segunda mesa redonda foi dedicada ao Doente Diabético e foram apresentadas as seguintes palestras: controle do metabolismo glucídico na unidade coronária - da admissão até à alta; a importância da diabetes na estratificação do risco; abordagem multifactorial para reduzir o risco cardiovascular em diabéticos; apresentação de caso clínico.

A terceira mesa redonda dedicou-se às Arritmias e prelecções e efectuadas tiveram os seguintes temas: conduta numa tempestade arritmica; fibrilhação auricular em cuidados intensivos – controlar a frequência ou controlar o ritmo?; prescrição e benefícios do exercício físico em doente com CDI; exercício físico em doentes com canolopatias, apresentação de caso clínico.

A quarta mesa redonda com o tema Insuficiência Cardíaca, contou com as seguintes palestras: doente em choque cardiogénico – monitorização não invasiva e invasiva para todos?; quais os doentes com insuficiência cardíaca para ventilação não invasiva?; estratégias nutricionais na insuficiência cardíaca; benefícios e modalidades de treino físico em doentes com insuficiência cardíaca, apresentação de caso clínico.

A última mesa redonda desta reunião teve como foco a Cirurgia Cardíaca e foram apresentadas as seguintes palestras: anticoagulação plaquetar e cirurgia cardíaca – quais as melhores estratégias; estenose aórtica no idoso - quais os doentes que o cirurgião não opera e envia para implantação de prótese aórtica percutânea? ; intervenções de exercício após cirurgia cardíaca, relações entre a equipa de reabilitação e os médicos assistentes; caso clínico.

Objectivos/ Motivações pessoais: O gosto pessoal pela área dos cuidados intensivos cardíacos e o investimento profissional efectuado nesta área, constituem por si só, uma motivação para estar presente neste tipo de reuniões e cursos. Tendo sempre como objectivo geral a aquisição e actualização de conhecimento.

Como aluna de mestrado em enfermagem médico – cirúrgica, considero que esta reunião constituiu uma mais-valia, na actualização de conhecimentos e constituiu um riquíssimo contributo para o desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica – cuida a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Resumo de aprendizagens: Nesta reunião foram apresentados e colocados a debate vários assuntos na área dos cuidados intensivos cardíacos, fisiopatologia do esforço e reabilitação cardíaca, todos eles de suma importância.

Como já anteriormente referido a minha área de eleição é os cuidados intensivos cardíacos, por me terem interessado particularmente, destaco aqui algumas das abordagens.

Através do Registo Nacional de Síndromas Coronários Agudos em Portugal é hoje possível saber-se como se trata o EAM no nosso país, bem como perceber as abordagens terapêuticas. Assim actualmente 89% dos clientes com diagnóstico de SCA, são submetidos a coronariografia e 20% dos clientes beneficiaram da via verde coronária. Actualmente após o início da sintomatologia os clientes demoram em média 164 minutos até chegarem a um hospital e após a admissão hospitalar até à realização do ECG ainda medeiam cerca de 21 minutos. Cerca de 7,3% dos utentes com diagnóstico de SCA vêm a desenvolver Insuficiência Cardíaca. O tempo de internamento hospitalar por SCA, passou de 8 dias para 4 dias de 2002 para 2011.

Foi apresentada uma nova abordagem de angioplastia primária após paragem cardiorespiratória, com indução de hipotermia, com resultados positivos e satisfatórios.

A hiperglicémia foi apresentada como preditor de mau prognóstico em doentes com SCA, pelo que deve ser controlada em ambiente de cuidados intensivos, com insulina administrada por forma endovenosa continua até controlo do metabolismo glucídico.

A abordagem das arritmias em cuidados intensivos, na fibrilhação auricular a dicotomia do controlo da frequência cardíaca ou a reversão da arritmia, sem receitas e a avaliar caso a caso.

Novas abordagens no choque cardiogénico, conhecer o débito cardíaco do cliente pode mudar a abordagem terapêutica. A monitorização através de cateter de swan-ganz ou monitorização PICCO (que permite a monitorização do débito cardíaco pela termodiluição transpulmonar) como uma mais valia no tratamento do choque cardiogénico.

A estenose aórtica no idoso e a implantação de prótese aórtica percutânea, a prótese aórtica percutânea tem uma durabilidade inferior à da prótese implantada cirurgicamente, por esse motivo a idade e as co-morbilidades são factores que devem pesar na decisão. Contudo o doente com insuficiência cardíaca classe IV, com elevado risco cirúrgico, contrariamente ao que poderia ser espectável não apresenta indicação para implante de válvula percutânea.

Relatório do 2º Congresso de Casos Clínicos em Cardiologia

Descrição do Congresso: O 2º Congresso de Casos Clínicos em Cardiologia decorreu no Centro de Congressos Aqualuz, em Tróia, a 3 e 4 de fevereiro de 2012, tendo como Organizador o Centro Cardiovascular do Hospital da Luz.

O programa Científico incluiu dois simpósios satélite e seis sessões constituídas por vários casos clínicos.

Programa do Congresso: Como descrito anteriormente esta reunião foi constituída por dois simpósios satélite, o primeiro da empresa farmacêutica Boehringer Ingelheim, como o lançamento de um novo anti-coagulante oral o Etextilato de Dabigatrano, inibidor directo da trombina. O segundo da empresa farmacêutica AstraZeneca, também esta com a apresentação de um novo fármaco, inibidor da agregação

A primeira sessão deste congresso foi constituída por quatro casos clínicos com os seguintes temas: Estenose Aórtica e Angioplastia Gastrointestinal: Uma associação esquecida; Valvuloplastia Aórtica com Balão e Levosimendan num Doente com Choque Cardiogénico; Coartação da Aorta em Adulto Jovem – Abordagem Percutânea; Miocardiopatia Dilatada de Etiologia Tóxica – Uma Entidade Potencialmente Reversível.

A segunda sessão do congresso contou com a apresentação de três casos clínicos, sendo eles: Um Caso de Dilatação do Seio Coronário; Abordagem Percutânea de Síndrome de Roubo Coronário-Subclávio; Perigos de Suspensão da Dupla Antiagregação Plaquetária após Enfarte Agudo do Miocárdio – Muito para além da Trombose Aguda do Stent.

Da terceira sessão fizeram parte os seguintes casos clínicos: Doença Mitroaórtica e Mixoma Auricular Esquerdo: Uma Associação Invulgar; Um Caso Pericardite Construtiva e Aneurismas Aórticas: Uma Causa Comum? ; Síncope- O Desafio Clínico Perante Duas Etiologias Possíveis; Tumor Cardíaco em Pediatria – A Propósito de um Caso Clínico.

Na quarta sessão os casos clínicos apresentados foram os seguintes: Alterações da Contractilidade Segmentar “Takotsubo-Like” Durante Coronariografia Diagnóstica: Resolvemos o Enigma?; Um caso Invulgar do “Broken Heart Syndrome”; Quando não se consegue Atravessar a Culprit Lesion.

Na quinta sessão foram apresentados os seguintes casos: Síncope de Repetição: O Mistério Desvendado pelo ECG; Quistos Pericárdicos: Uma Manifestação ExtraRenal da Doença Poliquística Autossómica Dominante; Causa Rara de Doença Pericárdica; Mixoma Auricular: Um Tumor Histologicamente Benigno com Manifestações Potencialmente Graves.

Na última sessão os casos clínicos apresentados foram: O “Milagre” da Súbita Cura Divina do Enfarte; Pseudoaneurisma Gigante do Ventrículo Esquerdo; Edema Agudo do Pulmão

com necessidade de Abordagem Multidisciplinar; Miocardite Aguda: Um Agente Etiológico Invulgar; Dilatação Percutânea de Coartação da Aorta: O Gradiente Final Não é Tudo?.

Objectivos/ Motivações pessoais: A presença em congressos de casos clínicos constitui para mim o objectivo geral de aquisição e actualização de conhecimento.

Como aluna de mestrado em enfermagem médico – cirúrgica, considero que este congresso contribuiu para a actualização de conhecimentos e para o desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica – cuida a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Resumo de aprendizagens: Neste congresso foram apresentados e colocados a debate vários casos clínicos de cardiologia, todos eles marcados por particularidades invulgares ou raras.

Aos moderadores de cada sessão coube o papel de avaliar os casos, de uma forma geral chega-se há conclusão que o diagnóstico está cada vez mais dependente dos exames complementares de diagnóstico, que muitas vezes são repetidos sem necessidade. Numa época de crise económica a medicina portuguesa não pode continuar a ser tão defensiva.

Apêndice IV

Plano de Sessão “Monitorização da Pressão Arterial Invasiva e Gasimetria”

Plano da Sessão – Monitorização da Pressão Arterial Invasiva e Gasimetria

Contextualização da Sessão: A Sessão Monitorização da Pressão Arterial Invasiva e Gasimetria, foi apresentada no 2º Curso de Cuidados Intensivos Cardíacos para Enfermeiros que decorreu CH, no Serviço de Cardiologia, nos dias 21 e 23 de novembro de 2011. Este tema foi um desafio proposto pelo meu orientador de estágio o Enfermeiro Especialista Albano Perdigão.

Objectivos da Sessão: Dar a conhecer aos elementos mais novos da equipa de cardiologia as técnicas mais praticadas na unidade.

Familiarizar os elementos com os equipamentos e as técnicas.

Dar a conhecer as normas institucionais dos procedimentos que se efectuam na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.

Público-alvo: Enfermeiros do Serviço de Cardiologia que não frequentaram o 1º Curso de Cuidados Intensivos Cardíacos para Enfermeiros.

Material Utilizado: Computador, Data show, Material para colocação de Linha Arterial, Material para realização de Gasimetria Arterial, Monitor Cardíaco com módulo de Pressões.

Plano da Sessão: Esta Sessão teve duração de duas horas, dividindo-se em três partes. Parte Teórica, utilizando-se uma metodologia expositiva, com recurso à apresentação de diapositivos em PowerPoint, tendo sido abordadas as seguintes temáticas: Definição Monitorização invasiva de Pressão arterial e Definição de Pressão Arterial; Função da Linha Arterial; Determinação dos Zeros; Indicações e Contra Indicações para Colocação de Linha Arterial; Procedimento; Acções de Enfermagem na Fase antes da Colocação da Linha; Acções de Enfermagem na Fase de Colocação da Linha; Acções de Enfermagem na Fase após Colocação da linha; Colheita de Sangue Arterial; Definição de Gasimetria Arterial; Valores de Referência; Gasimetria Arterial -Interpretação dos Valores; Tradução em Diagnósticos mais Comuns; Gasimetria Arterial e Procedimento de Enfermagem.

Parte Prática: Onde foi possível a todos os formandos, prepararem material para realização da técnica de inserção de linha arterial e de gasimetria, bem como o manuseamento de todo o equipamento utilizado na colocação de linha arterial e na monitorização da pressão arterial.

Avaliação: Esta sessão foi avaliada em forma de teste com três questões que fizeram parte do teste do curso.

Apêndice V

Guia de Acolhimento do Cliente

Segurança do Cliente

Como pode contribuir para aumentar a sua segurança ou do seu Familiar;

Certifique-se que lhe foi colocada pulseira de identificação.

Assim que possível forneça à equipa de saúde o contato do familiar de referência.


O cliente e família devem assim que possível fornecer os exames complementares de diagnóstico anteriores, bem como a medicação atual.

Durante o Internamento, o cliente só deve tomar a medicação que lhe for entregue pela equipa de saúde.

As visitas devem proceder à higienização das mãos sempre que entrem ou saiam da Unidade do seu familiar ou amigo.

No momento da alta certifique-se que lhe é entregue nota de alta médica e de enfermagem, receituário, exames complementares de diagnóstico e a marcação de consulta de acompanhamento.

Em Situação de Catástrofe com Necessidade de Evacuação do Serviço/Hospital:

- Tente manter a calma, e aguarde as indicações da equipa de saúde
- O procedimento natural será a transferência para um Serviço de Refúgio previamente determinado ou para um Ponto de Reunião .
- No Centro Hospitalar existem dois tipos de equipas de evacuação. Os assistentes operacionais encaminharão as visitas e familiares. A equipa de saúde procederá à evacuação dos clientes.
- Serão evacuados primeiramente os clientes menos dependentes e que se encontrem mais distantes do local de Refúgio, posteriormente todos os outros clientes.
- A planta do Hospital de  abaixo, exemplifica os Pontos de Refúgio pré-definidos.
- Após a evacuação aguarde por novas indicações.



Realizado por Marta Paz, Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeiro Orientador Albano Perdigão, Professora Lurdes Martins, Junho 2012

Guia de Acolhimento da UCICOR

(Unidade de Cuidados Intensivos Coronárias)

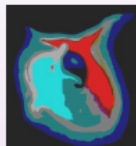


Telefones:

Extensões:
Secretária de Piso UCICOR

Bem Vindo ao Centro Hospitalar de Setúbal

O Centro Hospitalar [redacted] tem como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos Clientes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.



A Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR), encontra-se integrada no Serviço de Cardiologia, [redacted] Edifício [redacted]

Diretor de Serviço:
[redacted]

Enfermeira Chefe de Serviço:
[redacted]

Enfermeiro Responsável pela UCICOR:
[redacted]

Informações Úteis

A equipa de Saúde é constituída por:

- Administrativa
- Assistentes Operacionais
- Enfermeiros
- Médicos
- Serviço Social
- Serviço Religioso
- Técnicos de Cardiopneumologia
- Técnicos Complementares de Diagnóstico

Objetos pessoais que podem permanecer com o Cliente:

Estojo de Higiene Pessoal

Chinelos de Quarto

Água e alguns alimentos (consentidos pela equipa)

Próteses

Objetos que o cliente não pode ter na sua posse durante o internamento na UCICOR:

Telemóvel

Televisão

Objetos de valor e dinheiro

O Serviço não se responsabiliza pelos objetos pessoais de valor, pelo que o cliente deve entregá-los à família.

Horário das Refeições:

Pequeno-Almoço- 9h-10h

Almoço-12h30- 13h

Lanche- 16h

Jantar- 19h-19h30

Ceia - 22h

Todas as refeições serão efetuadas na Unidade

Horário de Funcionamento do Secretariado:

8 – 18 h (dias úteis)

Visitas

Horário: 14 - 15h

19 - 20h

Durante o horário de visita só poderá estar uma pessoa junto ao cliente. A troca de visitas deverá ser realizada à entrada do Serviço de Cardiologia.

Se não lhe for possível visitar o seu familiar ou amigo no horário de visitas, poderá excecionalmente combinar com os Srs. Enfermeiros uma hora para o poder visitar.

As visitas devem respeitar o silêncio e manter o ambiente calmo e tranquilo.

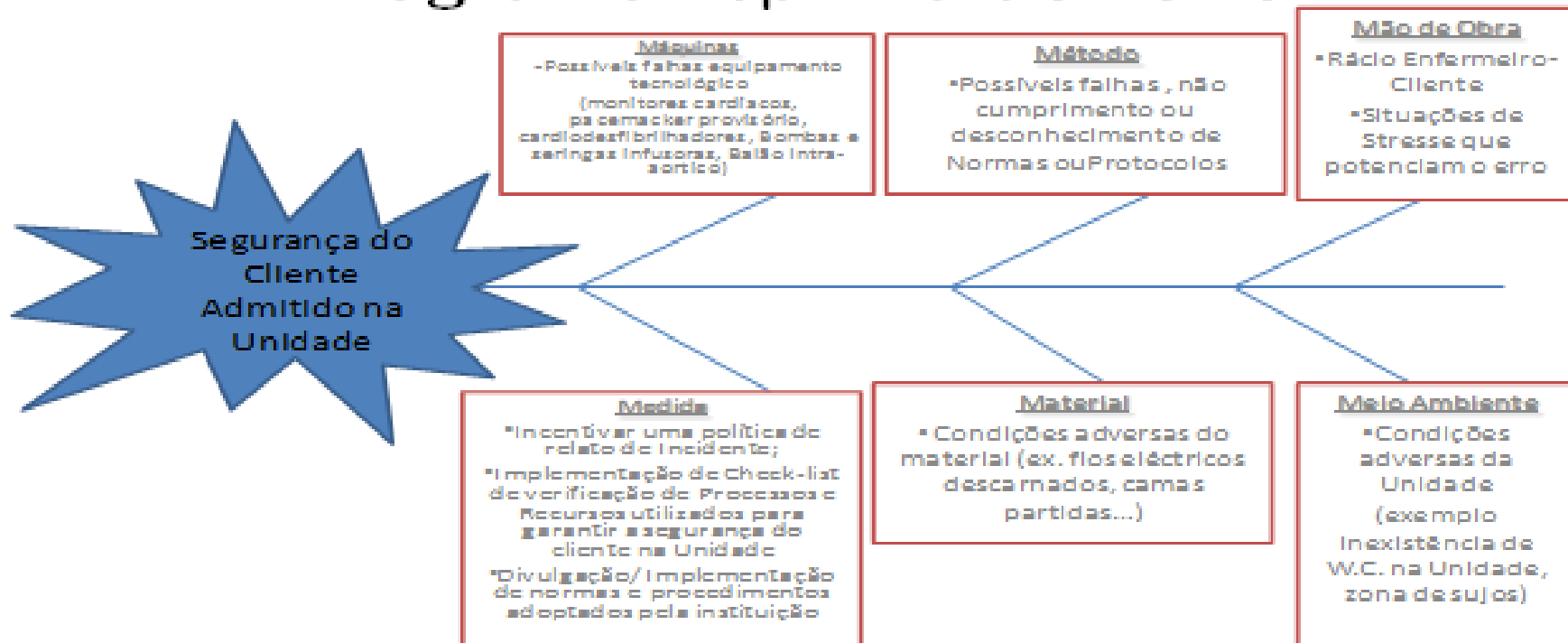
Mantenha o seu telemóvel em silêncio.

Sempre que necessitar de alguma informação poderá solicitá-la pessoalmente ou por telefone, todos os dias entre as 11h e as 21h.

Apêndice VI

Diagrama Espinha de Peixe

Diagrama Espinha de Peixe



Apêndice VII

Análise SWOT



Apêndice VIII

FMEA

ETAPAS	G	MODOS POTENCIAIS DE FALHAS	O	EFEITO	D	RPN	CAUSAS	AÇÕES A DESENVOLVER
Pré Admissão	10	Limpeza da Unidade (UCICOR) de acordo com o Protocolo	5	Risco de Infecção	5	250	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Má articulação entre o Serviço e a Empresa de Limpeza ▪ Desconhecimento de Protocolos ▪ Inexistência de W.C. e de zona de sujos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articulação com a Empresa de Limpeza para que se cumpram as normas e protocolos ▪ Formação dos AAM e Enfermeiros sobre desinfecção da Unidade do Doente ▪ A UCICOR aguarda realização de obras onde é contemplado a existência de W.C. e zona de limpos e sujos. ▪ Criação de uma check-list de Segurança do Cliente de preenchimento obrigatório, que assegura por parte do Enfermeiro que a Unidade foi adequadamente limpa e desinfetada.
		Desinfecção da Unidade do Cliente	4	Risco de Infecção	5	200		
		Condições Físicas da Unidade (UCICOR)	7	Risco de Infecção	7	490		
Internamento na Unidade (UCICOR)	10	Admissão do Cliente normalmente em situação crítica	7	Insegurança por parte do cliente, por desconhecimento da situação	7	490	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupação dos Profissionais na estabilização hemodinâmica do cliente em detrimento de transmissão de um ambiente seguro. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de uma check-list de Segurança do Cliente de preenchimento obrigatório, que assegura por parte do Enfermeiro que na admissão ou assim que possível é distribuído guia de acolhimento do hospital e do serviço. ▪ Assim que possível deve também ser dado a conhecer ao cliente o plano de evacuação hospitalar.
	10	Falha de equipamentos (monitores, desfibrilhador, ventilador, pacemakers provisórios, bombas e seringas infusoras, Balão Intra-Aortico)	3	Compromisso do Tratamento	8	240	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falhas de Baterias ▪ Avarias do equipamento ▪ Equipamento sem revisões periódicas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de uma check-list de Segurança do Cliente de preenchimento obrigatório, que assegura por parte do Enfermeiro que todo o equipamento utilizado foi previamente testado.

	10	Situação de Urgência	2	Compromisso/ Falha no Processo Risco de Vida para o Cliente	7	140	<ul style="list-style-type: none"> Stresse em Situação de Urgência. 	<ul style="list-style-type: none"> Divulgação/ Implementação de norma de actuação em Situação de Urgência. Treino de Situação de Urgência. Articulação com o Enfermeiro Responsável pela Formação.
	10	Défice no rácio Enfermeiro/Cliente (em alguns turnos)	3	Qualidade dos Cuidados Prestados	7	210	<ul style="list-style-type: none"> Número Insuficiente de Enfermeiros 	<ul style="list-style-type: none"> Não são possíveis desenvolver acções devido à conjuntura actual.
	10	Execução de Procedimentos de acordo com as normas adoptadas pela instituição	4	Risco Infecção Risco de dano para o utente	3	120	<ul style="list-style-type: none"> Desconhecimento de normas, protocolos e orientações da DGS 	<ul style="list-style-type: none"> Efectuar formação/divulgação/ implementação de Protocolos que a Equipa considere mais pertinente.
	8	Relato de Incidentes	3	Impossibilidade de correcção dos Danos ou Prevenção de Novas Ocorrências	6	144	<ul style="list-style-type: none"> Falta de cultura de relato de incidente 	<ul style="list-style-type: none"> Em parceria com o Gestor de Risco do Serviço efectuar formação sobre a importância do relato de Incidente.

Alta / Transferência	10	Continuidade de Cuidados	5	Compromisso da continuidade de cuidados	4	200	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carta de alta ou de transferência de enfermagem deve sempre acompanhar o Utente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reestruturação da Carta de alta ou de transferência de enfermagem que deve sempre acompanhar o Utente. ▪ Criação de uma check-list de Segurança do Cliente de preenchimento obrigatório, que assegura por parte do Enfermeiro que realizou os ensinamentos ao cliente/família e garantiu que este assimilou os conhecimentos.
----------------------	----	--------------------------	---	---	---	-----	--	---

Apêndice IX

Mapa de Planejamento e Avaliação do PIS

Objectivos	Atividades Desenvolvidas	Recursos			Indicadores de Avaliação	Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo		
Aumentar a segurança do cliente admitido na UCICOR.	<ul style="list-style-type: none"> - Construção de uma check-list de segurança do cliente admitido na UCICOR, com base em estudos que descrevem os erros que mais comumente ocorrem em Unidades de Cuidados Intensivos, algumas das recomendações da Direcção Geral de Saúde e da Entidade Reguladora da Saúde. - Formação a toda a equipa de Enfermagem sobre a utilização da Checklist. - Construção de um Portfólio de apoio à Check-list de segurança, com procedimentos e normas do centro Hospitalar. - Construção de Indicadores específicos da check-list e de grelha de auditoria. - Adesão à campanha de higienização das mãos. 	<ul style="list-style-type: none"> Aluna de Mestrado em Enfermagem MC e Enfermeiro Orientador e Enfermeiros da Unidade Enfermeiro do GIAG Enfermeiro da CCI 	<ul style="list-style-type: none"> Monografias Internet Bases de dados científicas Computador Impressora Apresentação Projector Kit da DGS para a Campanha de higienização das mãos 	<ul style="list-style-type: none"> 120 horas Apresentação do documento nas passagens de turno (15 minutos x 4 apresentações) 16 horas para o início da campanha 	<ul style="list-style-type: none"> Que 100% da Equipa de enfermagem assista à formação Que pelo menos 50% das admissões na unidade passem a ser efectuadas de acordo com a check-list de segurança. Consecução da primeira fase de adesão à campanha de higienização das mãos. 	<ul style="list-style-type: none"> Toda a equipa de Enfermagem assistiu à formação. De acordo com a auditoria à check-list 100% das admissões foram efectuadas com preenchimento da Check-list. Adesão à campanha nacional de higienização das mãos, início das atividades.
Garantir que a Limpeza da Unidade é efectuada de acordo com o preconizado pela Norma Hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação de documento do CHS de registo, preenchido pelas funcionárias da Empresa de Limpeza, onde conste as actividades de limpeza desenvolvidas. - Avaliar periodicamente se as actividades efectuadas se encontram de acordo com a norma Hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiros e Auxiliar de Limpeza Enfermeiros 	<ul style="list-style-type: none"> Documento de Preenchimento (folhas, impressora, caneta, dossier de arquivo) 	<ul style="list-style-type: none"> 5 minutos diários para o preenchimento (por parte da Auxiliar de Limpeza) 1 hora por mês para verificação dos registos. 	<ul style="list-style-type: none"> Que a limpeza da unidade passe a ser efectuada de acordo com a norma, ou seja, duas vezes por dia. 	<ul style="list-style-type: none"> O registo por parte das Auxiliares de Limpeza passou a ser efetuado. A auditoria aconteceu mensalmente. As actividades de limpeza não se encontram a desenvolver de acordo com o procedimento

Capacitar os clientes conscientes e orientados para a Evacuação da Unidade em Situação de Emergência/Catástrofe	- Incluir o plano de evacuação da UCICOR, no guia de acolhimento da Unidade.	Aluna de mestrado em Enfermagem MC e Enfermeiro Orientador Elementos da Equipa de Enfermagem	Documento (para todas as pessoas internadas)	Apresentação do documento nas passagens de turno (15 minutos x 3 apresentações)	Que todos os elementos /Enfermeiros passem a distribuir aos clientes/famílias admitidos na Unidade, o novo guia de admissão.	hospitalar, foi reportado o caso à CCI. No momento da auditoria da check-list de segurança todos os clientes referiram ter recebido o guia de acolhimento.
Garantir o correcto rácio enfermeiro/cliente	- Adequação do Rácio Enfermeiro/Cliente na UCICOR. - Sensibilização da Chefia	Aluna de mestrado em Enfermagem MC e Enfermeiro Orientador	Cálculo de rácio-seguro		Que o rácio enfermeiro/cliente seja o adequado em todos os turnos	O rácio Enfermeiro-Cliente continua a ser desadequado no turno da noite, devido à conjuntura económica do país não é previsível que seja modificado brevemente.
Diminuir o Risco de Infecção aquando da admissão do Cliente na UCICOR	- Formação aos Enfermeiros sobre as recomendações da DGS para a prevenção da Infecção associada aos dispositivos Intravasculares. - Formação aos Enfermeiros sobre as recomendações da DGS para a prevenção da Infecção do Trato urinário - Alteração do procedimento de despejos de urina em clientes algaliados, tendo por base as recomendações da DGS, com formação aos	Aluna de mestrado em Enfermagem MC e Enfermeiro Orientador, enfermeiros da unidade e assistentes operacionais.	Apresentações Projector	3 Formações (15 minutos x 3 apresentações, para cada formação)	Que 50% da equipa assista às formações. Reduzir em pelo menos 10% as infecções associadas aos cuidados de saúde.	100% da equipa de enfermagem assistiu às formações e 50% da equipa de assistentes operacionais assistiu à formação sobre procedimento de despejos de urina em clientes algaliados. Foram monitorizados

	<p>Enfermeiros e Assistentes Operacionais da Unidade.</p> <p>- Monitorização dos parâmetros de Infecção do Cliente admitido na UCICOR 1 mês antes da implementação da Check-list e da realização das formações e 1 mês após a implementação.</p>					<p>parâmetros infecciosos, contudo rezeamos que a amostra colhida não seja representativa da realidade, dando sido os dias da colheita de dados escolhida de forma completamente aleatória.</p>
--	--	--	--	--	--	---

Apêndice X

**Check-List de Segurança do Cliente do Cliente Admitido
na UCICOR**

CHECK-LIST DE SEGURANÇA DO CLIENTE ADMITIDO NA UCICOR

Inserir Etiqueta de Identificação da Pessoa

Lista de Procedimentos de Segurança da Pessoa Admitida na UCICOR

	Sim	Não	N/A	Observações
1. Supervisionar a Limpeza e Desinfecção da Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Preparar Equipamento / Testar Equipamento e Alarmes (Verificar se todos os equipamentos elétricos se encontram conectados a corrente elétrica, verificar as baterias de todos os equipamentos, verificar e testar alarmes do monitor cardíaco, verificar e testar aspirador de secreções)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Verificar sinalética de Emergência Visível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Verificar meios de extinção de Incêndio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Verificar carro de emergência (fechado e selado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Armazenamento de medicação em local próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Preparação de medicação em local próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Verificar presença de grades laterais na cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Manter a temperatura da UCICOR nos 24°C (de acordo com o preconizado no Decreto Lei nº 235 de 2.11.1994)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Gerir a Segurança do Ambiente (garantir a minimização de ruído e gerir a presença de visitas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Identificar a pessoa, com pulseira de identificação (de acordo com o preconizado pelo Centro Hospitalar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Fornecer Guia de Acolhimento à pessoa e família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Manter cama em posição baixa, rodas travadas e grades elevadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Colocar campainha ao alcance da pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Risco de Infecção (pessoas com internamentos recentes, idosos residentes em lares, hemodializados, toxicodependentes, diabéticos insulino-dependentes, pessoas com internamentos prolongados, pessoas submetidas a vários regimes de antibioterapia, pessoas com doença imunossupressora, pessoa com soluções de continuidade na pele e pessoas submetidas a técnicas invasivas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Cumprida a higienização das mãos de acordo com os cinco momentos preconizados pela campanha de higienização das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Realização de Procedimentos Invasivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Em caso de necessidade de isolamento foram implementadas as medidas adequadas (identificação da Unidade do Cliente, informado o Cliente/Família e Visitas, disponibilizados meios de Proteção Individual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Risco de Úlcera de Pressão (registar score da escala de Braden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Risco de Queda (registar score da escala de Morse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Em caso de PCR ou Situação de Peri-Paragem foi activada a EEM (telefone. 1010)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Em caso de incidente (clínico ou não clínico) foi elaborado Formulário de Incidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Enfermeiro: _____

Data: _____

CHECK-LIST DE SEGURANÇA DO CLIENTE ADMITIDO NA UCICOR

Reavaliação dos Seguintes Itens às 24 horas de Internamento

	Sim	Não	N/A	Observações
1. Verificar carro de emergência (fechado e selado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Verificar presença de grades laterais na cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Manter a temperatura da UCICOR nos 24°C (de acordo com o preconizado no Decreto Lei nº 235 de 2.11.1994)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Gerir a Segurança do Ambiente (garantir a minimização de ruído e gerir a presença de visitas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Manter a identificação da pessoa com pulseira (de acordo com o preconizado pelo Centro Hospitalar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Manter cama em posição baixa, rodas travadas e grades elevadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Manter campainha ao alcance da pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Risco de Infecção (pessoas com internamentos recentes, idosos residentes em lares, hemodialisados, toxicodependentes, diabéticos insulino dependentes, pessoas com internamentos prolongados, pessoas submetidas a vários regimes de antibioterapia, pessoas com doença imunossupressora, pessoa com soluções de continuidade na pele e pessoas submetidas a técnicas invasivas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Cumprida a higienização das mãos de acordo com os cinco momentos preconizados pela campanha de higienização das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Realização de Procedimentos Invasivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Em caso de necessidade de isolamento foram implementadas as medidas adequadas (identificação da Unidade do Cliente, informado o Cliente/Família e Visitas, disponibilizados meios de Proteção Individuais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Risco de Úlcera de Pressão (registar score da escala de Braden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Risco de Queda (registar score da escala de morse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Em caso de PCR ou Situação de Peri-Paragem foi ativada a EEMI (telefone 1010)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Em caso de incidente (clínico ou não clínico) foi elaborado Formulário de Incidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Enfermeiro: _____

Data: _____

Apêndice XI

Procedimento de Preenchimento da Check-list de Segurança do Cliente

	<i>Procedimento de Preenchimento da Check-list de Segurança do Cliente Admitido na UCICOR</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.XXXX.00

1. Objetivo

Foram definidos como objetivos aumentar a Segurança do Cliente Admitido na Unidade, promover práticas seguras e sensibilizar a equipa para a necessidade de se fazer cumprir as normas de segurança preconizadas pelo Centro Hospitalar.

2. Campo de aplicação

Todos os Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR).

3. Siglas, abreviaturas e definições

CA- Conselho de Administração

CH- Centro Hospitalar

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEMI- Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

H- Hospital

UCICOR- Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

WHO- World Health Organization- Organização Mundial de Saúde

4. Referências

- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. Check-list Procedimentos de Segurança. Disponível em: <http://www.ers.pt/>

-
- NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY- Seven Steps to Patient Safety- The full reference guide.

Julho 2004. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>

- ORDEM DOS ENFERMEIROS. CIPE Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, Fevereiro 2011. ISBN:978-92-95094-35-2
- THE JOINT COMMISSION - 2011 Hospital National Patient Safety Goals [em linha]. 2011. Disponível em: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_NPSG_Hospital_3_17_11.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Forward Programme- World Alliance for Patient Safety 2006[em linha]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Safe Surgery Saves Lives. [em linha]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>

5. Responsabilidades

Do Ca: Aprovação e Divulgação do Procedimento

Do Enfermeiro Chefe: Divulgação e Supervisão da utilização da check-list

Do Enfermeiro: Aplicação da Check-list

6. Procedimento

De acordo com a CIPE versão 2 (2011), a **Segurança** é um foco de enfermagem e define-se da seguinte forma, estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.

A criação de uma lista de procedimentos de segurança da pessoa admitida na UCICOR, visa essencialmente aumentar a segurança do cliente e teve por base os documentos como o Seven Steps to Patient Safety da National Patient Safety Agency, o Forward Programme- World Alliance for Patient Safety da WHO, o 2011 Hospital National Patient Safety Goals da Joint Commission e as check-list de Cirurgia Segura, a Check-list de Procedimentos de Segurança da Entidade Reguladora da Saúde e a Check-list de Auditoria da Segurança do Doente do Centro Hospitalar.

A Check-list de Segurança do Cliente Admitido na UCICOR, consiste numa lista de verificação de procedimentos de segurança do cliente admitida na unidade.

6.1. Esta check-list deverá ver preenchida e constar do processo de todos os clientes admitidos na UCICOR.

6.2. A lista de verificação deve ser preenchida pelo enfermeiro que realiza a admissão do cliente ou que se encontra responsável pela prestação de cuidados ao cliente.

6.3. A lista de verificação deve ser preenchida através de colocação de cruz, sempre que se justifique poderão ser acrescentadas observações

6.4. Os itens entre 1 e 10 deverão ser verificados e preenchidos no momento que antecede a admissão do cliente.

6.5. Os restantes Itens, entre o 10 e o 22 deverão ser preenchidos no momento da admissão, ou em qualquer momento do internamento que seja considerado oportuno pelo profissional - enfermeiro.

6.6 Os itens entre 1 e 15 da lista de reavaliação deverão ser avaliados 24 horas, após o internamento.

7. Anexos

Anexo 1- Check-list de Segurança do Cliente Admitido na UCICOR

Elaboração	Revisão	Ratificação
Enfermeira Marta Pias Enfermeiro Albano Perdigão Professora Dra Lurdes Martins (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde)	Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia	Assinatura dos membros do Conselho de Administração Data:



Realizado por Marta Pias, Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Enfermeiro Orientador Albano Perdigão, Professora Lurdes Martins, Junho 2012

Apêndice XII

Procedimento de Atuação para Prevenção da Infecção do Trato Urinário na Pessoa Algaliada

	<i>Procedimento de Atuação para Prevenção da Infecção do Trato Urinário na Pessoa Algaliada</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.XXXX.00

1. Objetivo

Promover práticas que visem a prevenção da infecção do trato urinário na pessoa algaliada.

Diminuir a incidência da infecção urinária na pessoa algaliada.

Promover a segurança do cliente.

2. Campo de aplicação

Todos os Enfermeiros e Assistentes Operacionais que prestem cuidados à pessoa algaliada internada na UCICOR.

3. Siglas, abreviaturas e definições

ACSS- Administração Central de Sistemas de Saúde

CA- Conselho de Administração

CH- Centro Hospitalar

H- Hospital

UCICOR- Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

4. Referências

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendação para a Prevenção da Infecção do Trato – Algaliação de Curta Duração. Lisboa, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital - Um Guia Prático. 2ª Edição. Lisboa, 2002.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DE SISTEMAS DE SAÚDE. Manual de Normas de Enfermagem- Procedimentos Técnicos da ACSS. 2ª edição-Lisboa 2008.

Disponível

em:

http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Manual%20Proc_Enfermagem.pdf

5.Responsabilidades

Do Ca: Divulgação do Procedimento

Do Enfermeiro Chefe: Divulgação e Supervisão dos Cuidados

Do Enfermeiro: Cumprimento do procedimento

6.Procedimento

Segundo a CIPE versão 2 (2011), Infecção consiste no processo patológico de invasão do corpo por parte de microrganismos patogénicos, que se reproduzem e multiplicam, vindo a provocar doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio – anticorpo.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), uma infecção adquirida no Hospital consiste numa infecção que ocorre na pessoa internada numa instituição de saúde, por outro motivo que não essa infecção e que à data da admissão não se encontrava presente ou em fase de incubação.

A Infecção do trato urinário adquirida no hospital corresponde à aquisição de bacteriúria significativa durante o internamento (a partir das 24 horas), independentemente das manifestações clínicas e do facto de a pessoa se encontrar, ou não, algaliada.

A prevenção da infecção urinária em doente algaliado deve respeitar quatro níveis de intervenção que correspondem à avaliação da necessidade de algaliação, selecção do tipo de algália, inserção e manutenção da algália e sistema, remoção correta.

6.1. O Enfermeiro deve conhecer e aplicar o Procedimento de algaliação em vigor no CH.

6.2. Na Manutenção do Sistema de Drenagem:

6.2.1. Descontaminar as mãos e usar luvas limpas sempre que se manipule a algália, efetuar lavagem das mãos após remoção das luvas.

6.2.2. A higiene do meato urinário deve ser efetuada com Soro Fisiológico (diariamente e sempre que se justifique).

6.2.3. O saco de drenagem deve cumprir os seguintes requisitos, encerramento seguro, presença de válvula anti-refluxo, torneira de despejo em forma de bisel, tubagem resistente, fácil posicionamento e fixação, sistema de medição fiável.

6.2.4. A posição do sistema deve respeitar o conforto e mobilidade da pessoa.

6.2.5. O saco de drenagem deve ser mantido sempre abaixo do nível da bexiga, evitando o refluxo urinário.

6.2.6. O saco deve ser colocado em suporte que impeça o seu contato com o chão, bem como a contaminação da válvula de despejo.

6.3. O despejo do saco:

6.3.1. O saco deve ser vigiado com regularidade.

6.3.2. O saco deve ser esvaziado quando estiver a meio da sua capacidade.

6.3.3. Para cada despejo deve ser utilizado um recipiente limpo e individualizado.

6.3.4. Deve-se evitar o contato entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente, bem como a contaminação do sistema

6.3.5. Quem procede ao despejo deve utilizar o seguinte material de proteção individual: avental, máscara com viseira e luvas limpas, que devem ser mudadas de pessoa para pessoa.

6.3.6. A torneira deve ser limpa com compressa após o despejo, para evitar o gotejamento acidental para o chão.

6.3.7 O saco de drenagem só deve ser substituído, aquando da substituição da algália, quando estiver danificado, quando se verifique acumulação de sedimento ou coágulos, se ocorrer uma saída acidental do saco.

6.4. Durante os cuidados de Higiene:

6.4.1. O banho de chuveiro encontra-se indicado na pessoa algaliada, o saco deve ser despejado e a torneira encerrada antes de a pessoa entrar no banho.

6.4.2. A pessoa algaliada deve ser auxiliada e vigiada no banho para evitar que o saco de drenagem fique preso e provoque deslocação ou exteriorização da algália. Se essa situação ocorrer deve-se proceder à substituição de todo o sistema.

6.5. Na remoção da algália (a remoção da algália deve ocorrer o mais precocemente possível).

6.5.1. Antes remoção o enfermeiro deve friccionar as mãos com solução anti-séptica e calçar luvas limpas.

6.5.2. Desinsuflar o balão.

6.5.3. Efetuar a limpeza do meato urinário e região peri uretral com soro fisiológico

6.5.4. Retirar a algália e proceder novamente à limpeza com soro fisiológico do meato urinário.

6.5.5. Vigiara eliminação vesical espontânea e promover a ingestão hídrica.

6.5.6. Proceder ao registo da data e motivo da remoção do cateter vesical e a eliminação após a desalgaliação.

7. Anexos

Elaboração	Revisão	Ratificação
Enfermeira Marta Pias Enfermeiro Albano Perdigão Professora Dra. Lurdes Martins (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde)	Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia	Data:



Realizado por Marta Pias, Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Enfermeiro Orientador Albano Perdigão, Professora Lurdes Martins, Junho 2012

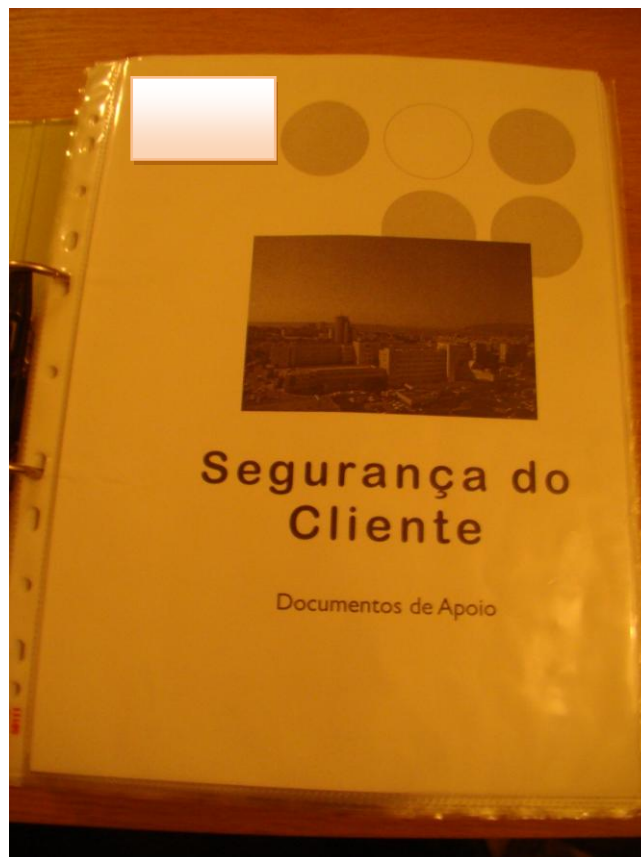
Apêndice XIII

Lista de Documentos Compilados, para Apoio à Check-list de Segurança

Lista de Documentos

- Check-list de Segurança do Cliente Admitido na UCICOR
- Procedimento de Preenchimento da check-list de Segurança do Cliente admitido na UCICOR
- Política de Enfermagem
- Política de Admissão de Doentes
- Política de Controlo de Infeção
- Política de Segurança de Pessoas e Bens
- Política de Gestão de Incidentes
- Relato de Incidentes de Segurança
- Procedimento de Relato de Incidentes
- Formulário de Relato de Incidentes
- Política de Segurança do Medicamento
- Política Reanimação/ Ressuscitação
- Plano de Ação da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente
- Procedimento de distribuição do Guia de Acolhimento aos Doentes Internados
- Procedimento de Identificação do Doente no CHS
- Procedimento para Limpeza de Áreas de Doentes e de Pessoal
- Procedimento para Eliminação de Resíduos em Segurança
- Procedimento para Higienização das Mãos
- Procedimentos Evacuação de Doentes
- Procedimento Segurança contra Incêndios
- Procedimento Intra-Hospitalar de Atuação em Suporte Avançado de Vida no Adulto
- Procedimento de Implementação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar do CHS (EENI-1010)
- Procedimento para Montagem e Teste do Ventilador Drager 2000
- Procedimento Segurança e Confidencialidade dos dados
- Procedimento para Registos Informatizados de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem- SAPE
- Procedimento Passagem de Informação de Enfermagem
- Procedimento Passagem de Informação de Enfermagem
- Procedimento Gestão da Anafilaxia
- Procedimento Colheita de Sangue para Hemoculturas

-
- Procedimento para Lidar com Reações Adversas a Transfusões
 - Procedimento de Atuação para Prevenção da Infecção do Trato Urinário na Pessoa Algaliada
 - Norma de Orientação Clínica – Profilaxia da Nefropatia de Contraste
 - Norma de Orientação Clínica – Manuseamento Clínico de Anticoagulação Oral
 - Check-list Procedimentos de Segurança- Entidade Reguladora da Saúde
 - Norma de Orientação Clínica – Para Procedimentos Técnicos de Enfermagem
 - Manual de Normas de Enfermagem- Procedimentos Técnicos
 - Decreto-Lei n.º 253 de 2 de Novembro 1994
 - Normas de Orientação Clínica do Centro Hospitalar
 - Material da Campanha Nacional de Higiene das Mãos



Apêndice XIV

Plano das Sessões de Formação

Plano da Sessão – Divulgação do Procedimento de Preenchimento da Check-List de Segurança

Contextualização da Sessão: Projeto de Intervenção em Serviço, desenvolvido na UCICOR.

Objetivos da Sessão: Apresentação e divulgação da Check-list de Segurança e Procedimento de Preenchimento. Sensibilizar à equipa para a utilidade do instrumento e para a necessidade de se fazerem cumprir as normas de segurança preconizadas pelo CH e pela DGS.

Público-alvo: Enfermeiros da UCICOR.

Material Utilizado: Computador, Check-list de Segurança do Cliente Admitido na UCICOR e Procedimento de Preenchimento da Check-List de Segurança

Plano da Sessão: Esta Sessão de quinze minutos, replicada três vezes. Com recurso a metodologia expositiva e a uma parte prática de aplicação da check-list.

Avaliação: Através dos Indicadores de avaliação definidos para a aplicação da check-list.

**Plano da Sessão – Divulgação do Procedimento de Atuação para a
Prevenção de Infecção do Trato Urinário na Pessoa Algaliada**

Contextualização da Sessão: Projeto de Intervenção em Serviço, desenvolvido na UCICOR.

Objectivos da Sessão: Apresentação e divulgação do Procedimento.

Público-alvo: Enfermeiros e Assistentes Operacionais da UCICOR.

Material Utilizado: Computador e Procedimento de Atuação para a Prevenção de Infecção do Trato Urinário na Pessoa Algaliada

Plano da Sessão: Sessão de quinze minutos, replicada três vezes. Utilizou-se uma metodologia expositiva.

Plano da Sessão – Divulgação das Recomendações de Prevenção da Infecção Nosocomial Associada a Dispositivos Intravasculares (DGS,2006)

Contextualização da Sessão: Projeto de Intervenção em Serviço, desenvolvido na UCICOR.

Objectivos da Sessão: Apresentação e divulgação da Recomendações.

Público-alvo: Enfermeiros UCICOR.

Material Utilizado: Computador e Documento da DGS das Recomendações de Prevenção da Infecção Nosocomial Associada a Dispositivos Intravasculares.

Plano da Sessão: Sessão de quinze minutos, replicada três vezes. Utilizou-se uma metodologia expositiva.

Apêndice XV

Cronogramas

Cronograma do Projecto - "Segurança do Cliente na UCICOR", planeado																
	Março		Abril				Maio					Junho				Julho
	3ªsemana	4ªseman	1ªsemana	2ªseman	3ªsemana	4ªseman	1ªseman	2ªseman	3ªseman	4ªsema	5ªseman	1ªseman	2ªseman	3ªseman	4ªseman	1ªsemana
Pesquisa Bibliográfica																
Construção da Check-list																
Verificação das Actividades de Limpeza																
Reconstrução do Guia de Acolhimento																
Monitorização dos Parametros de Infecção de todos os utentes da UCICOR																
Formação aos Enfermeiros sobre as recomendações da DGS para a prevenção da Infecção do Trato urinário																
Formação aos Enfermeiros sobre as recomendações da DGS para a prevenção da Infecção associada aos dispositivos Intravasculares.																
Formação aos Enfermeiros e Assistentes Operacionais da Unidade sobre o procedimento despejo de urinas em utentes algaliados																
Formação sobre a aplicação da Check-list de Segurança do Cliente																
Aplicação da Check-list de Segurança do Cliente																
Avaliação do Projecto																
Cronograma do Projecto - "Segurança do Cliente na UCICOR", cumprido																
	Março		Abril				Maio					Junho				Julho
	3ªsemana	4ªseman	1ªsemana	2ªseman	3ªsemana	4ªseman	1ªseman	2ªseman	3ªseman	4ªsema	5ªseman	1ªseman	2ªseman	3ªseman	4ªseman	1ªsemana
Pesquisa Bibliográfica																
Construção da Check-list																
Verificação das Actividades de Limpeza																
Reconstrução do Guia de Acolhimento																
Formação aos Enfermeiros sobre as recomendações da DGS para a prevenção da Infecção do Trato urinário																
Adesão à Campanha Nacional para a Higiene das Mãos																
Construção de um Portfólio de apoio à check-list																
Formação aos Enfermeiros sobre as recomendações da DGS para a prevenção da Infecção associada aos dispositivos																
Formação aos Enfermeiros e Assistentes Operacionais da Unidade sobre o procedimento despejo de urinas em utentes algaliados																
Formação sobre a aplicação da Check-list de Segurança do Cliente																
Aplicação da Check-list de Segurança do Cliente																
Avaliação do Projecto																
Avaliação de Indicadores																

Apêndice XVI

Grelha de Auditoria e Avaliação de Indicadores

Auditoria de Segurança do Cliente Admitido na UCICOR

(23 de Maio de 2012)

- Quantas pessoas se encontram internadas?
- Quantas check-lists de segurança se encontram preenchidas na admissão? (ainda não estava implementada)
- Quantas check-lists de segurança se encontram preenchidas às 24 horas de internamento?
- Quantas unidades de internamento se encontram livres?
- Quantas unidades de internamento se encontram prontas a receber clientes?
(unidade desinfetada e material testado) - faltava aspirador montado
- Quantas camas se encontram em posição de segurança (cama em posição baixa, rodas travadas e grades laterais colocadas)
- Quantas pessoas têm colocada pulseira de identificação?
- A quantas pessoas (clientes/famílias) foi entregue guia de acolhimento?
- Quantas campainhas não se encontram ao alcance da pessoa?
- Quantos clientes foram submetidos a procedimentos evasivos?
Quais? (5 com cateteres venosos periféricos, 1 drenagem pleural, 1 Ecotransesofágico, 2 coronariografias, 1algaliação)
- Quantas pessoas internadas apresentam parâmetros analíticos infecciosos alterados?
- Quantas pessoas com risco de desenvolverem úlceras de pressão? médio risco
- Quantas pessoas com risco de queda? (nota um utente não tem avaliação realizada)
- Durante o internamento houve necessidade de ativação da EEMI?
- Qual a temperatura da UCICOR no momento da auditoria?
- Durante o internamento houve algum incidente registado?

Auditoria de Segurança do Cliente Admitido na UCICOR

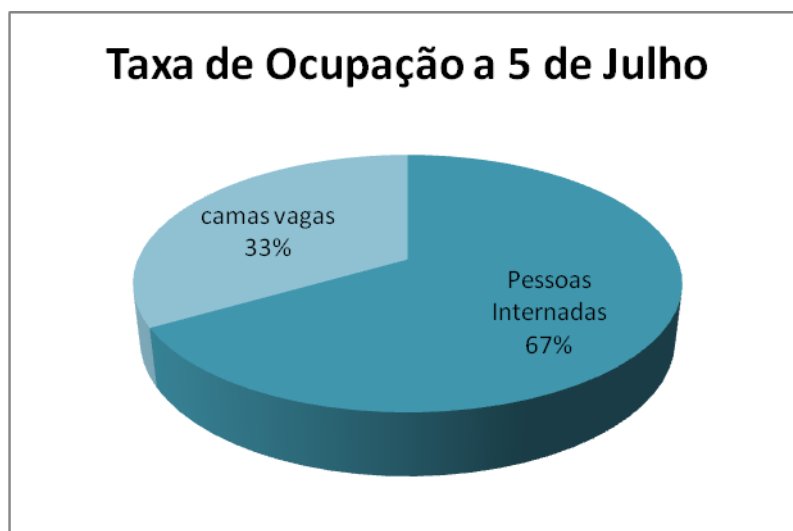
(5 de julho de 2012)

- Quantas pessoas se encontram internadas?
- Quantas check-lists de segurança se encontram preenchidas na admissão? (ainda não estava implementada)
- Quantas check-lists de segurança se encontram preenchidas às 24 horas de internamento?
- Quantas unidades de internamento se encontram livres?
- Quantas unidades de internamento se encontram prontas a receber clientes?
(unidade desinfetada e material testado)
- Quantas camas se encontram em posição de segurança (cama em posição baixa, rodas travadas e grades laterais colocadas)
- Quantas pessoas têm colocada pulseira de identificação?
- A quantas pessoas (clientes/famílias) foi entregue guia de acolhimento?
- Quantas campainhas não se encontram ao alcance da pessoa?
- Quantos clientes foram submetidos a procedimentos evasivos?
Quais? 4 com cateteres venosos periféricos, 4 coronariografias
- Quantas pessoas internadas apresentam parâmetros analíticos infecciosos alterados?
- Quantas pessoas com risco de desenvolverem úlceras de pressão? 1 médio risco e 1 alto risco
- Quantas pessoas com risco de queda? (nota um utente não tem avaliação realizada)
- Durante o internamento houve necessidade de ativação da EEMI?
- Qual a temperatura da UCICOR no momento da auditoria?
- Durante o internamento houve algum incidente registado?

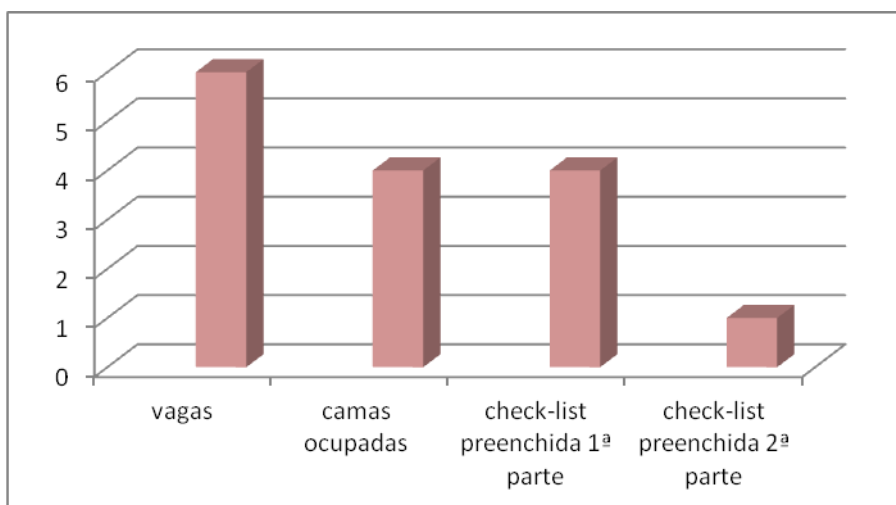
Avaliação dos Indicadores da Check-List de Segurança do Cliente Admitido na UCICOR

A auditoria à Lista de Verificação de Segurança do Cliente admitido na UCICOR decorreu em dois momentos, um pré introdução da Lista de Verificação a 23 de Maio de 2012 e outro a pós introdução da lista de verificação a 5 de Julho de 2012, pretendendo poder avaliar a eficácia desta lista de verificação. São avaliados alguns fatores que foram definidos como Indicadores da Lista de Verificação de Segurança.

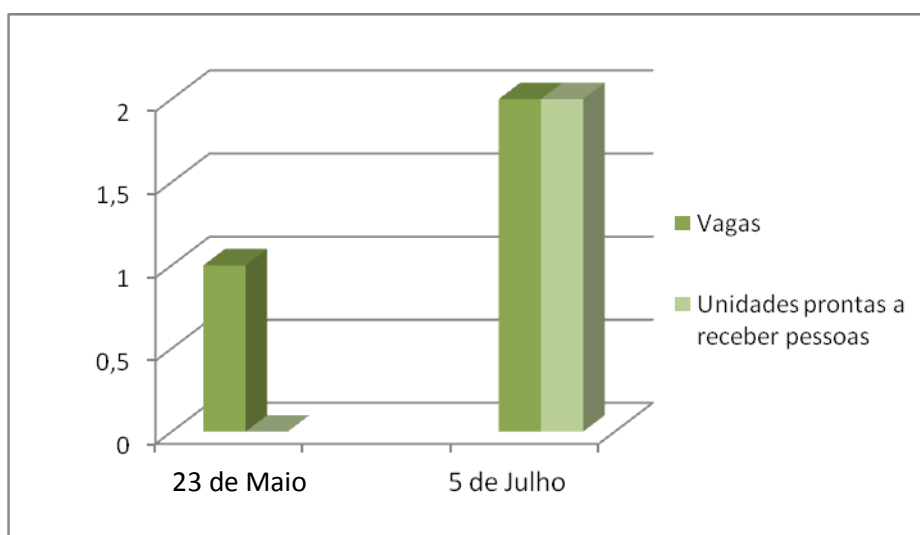
Taxa de Ocupação



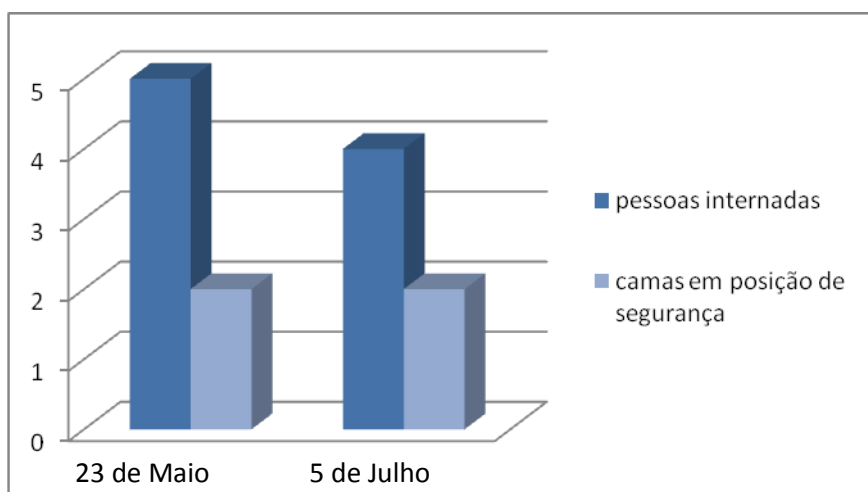
Número de Check-Lists Preenchidas na Admissão e 24 horas após o Internamento



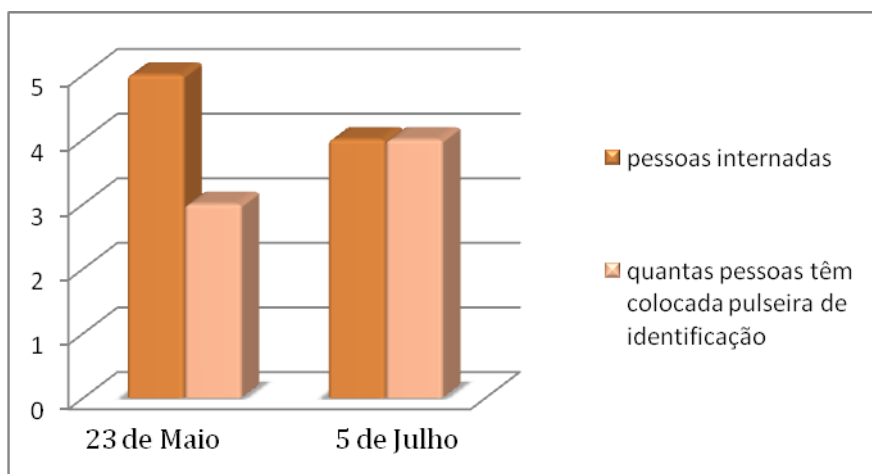
Número de Unidades Livres vs Unidades em condições para admitir clientes



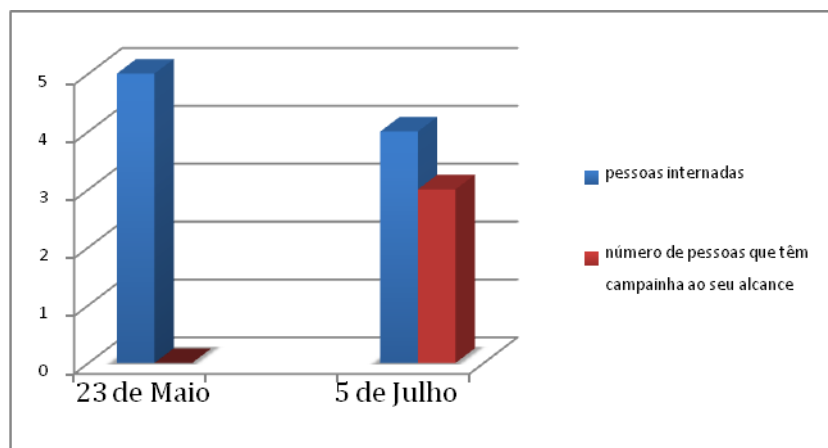
Número de Camas em Posição de Segurança



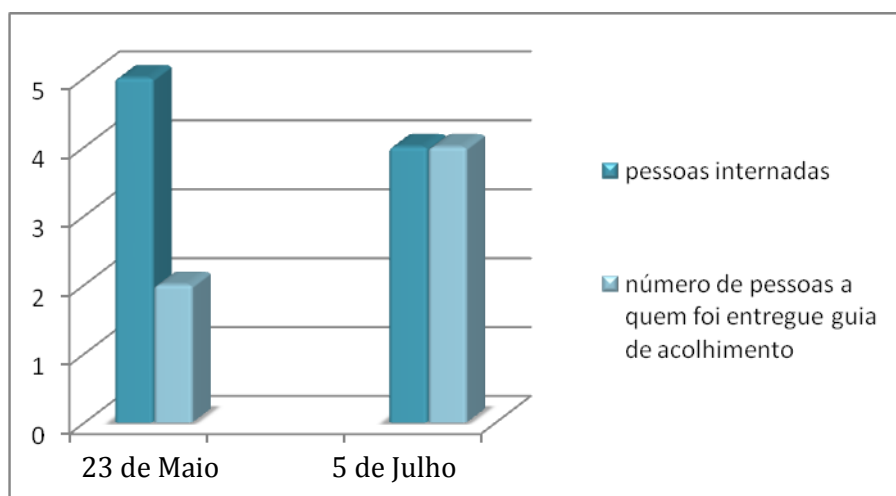
Número de Pessoas com Pulseira de Identificação



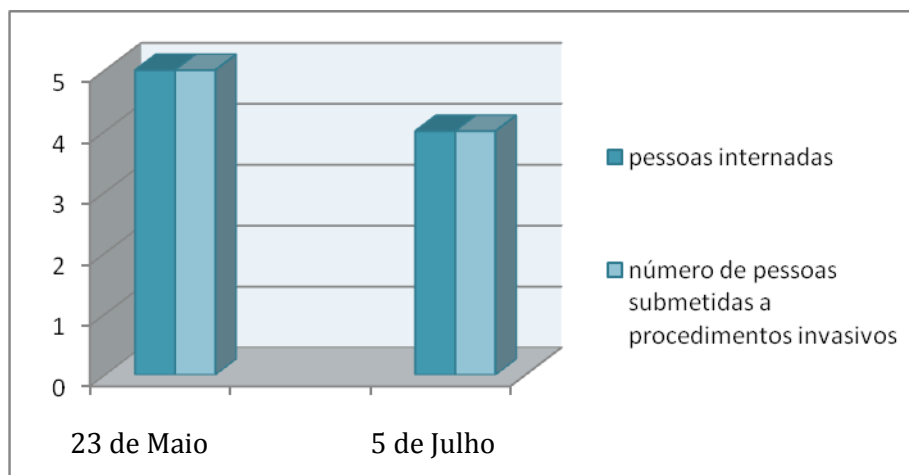
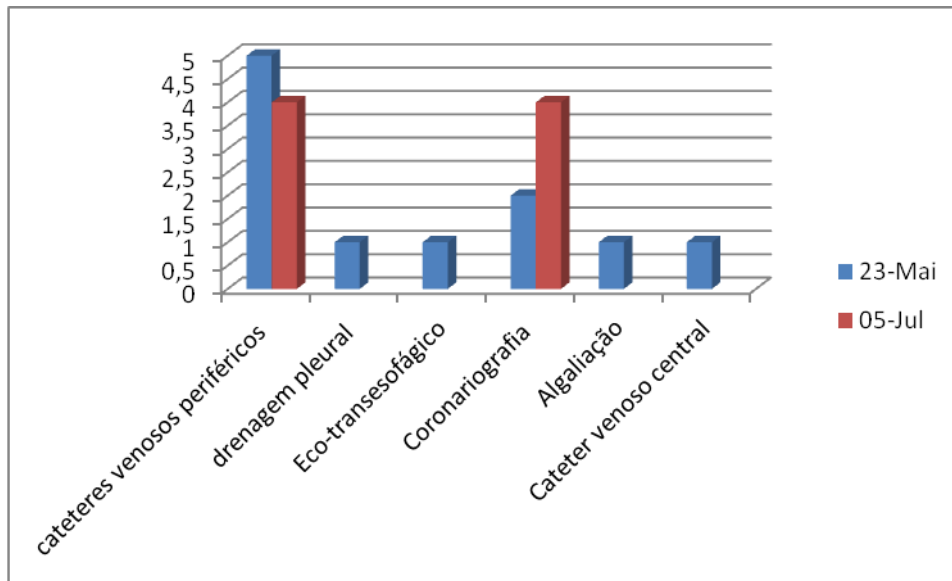
Número de Pessoas que têm a Campanha ao seu alcance



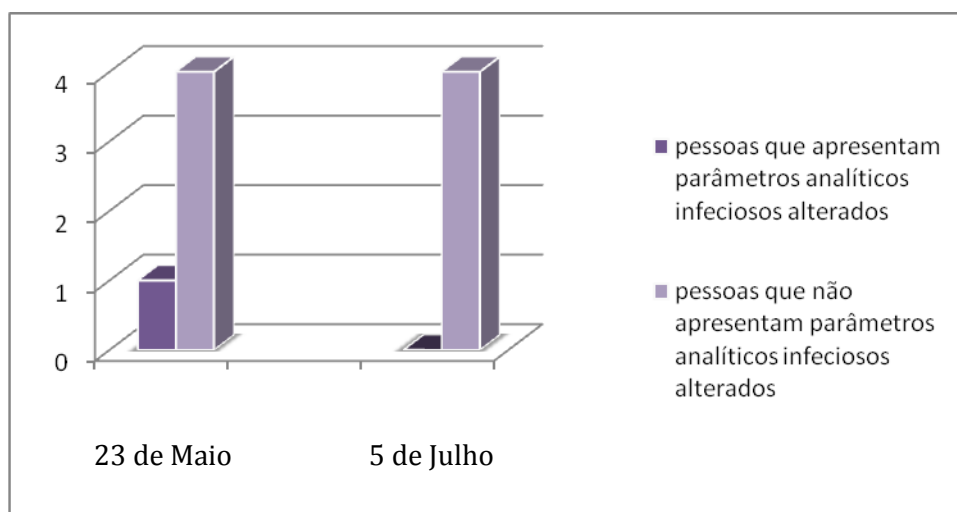
Número de Pessoas a quem foi entregue guia de acolhimento



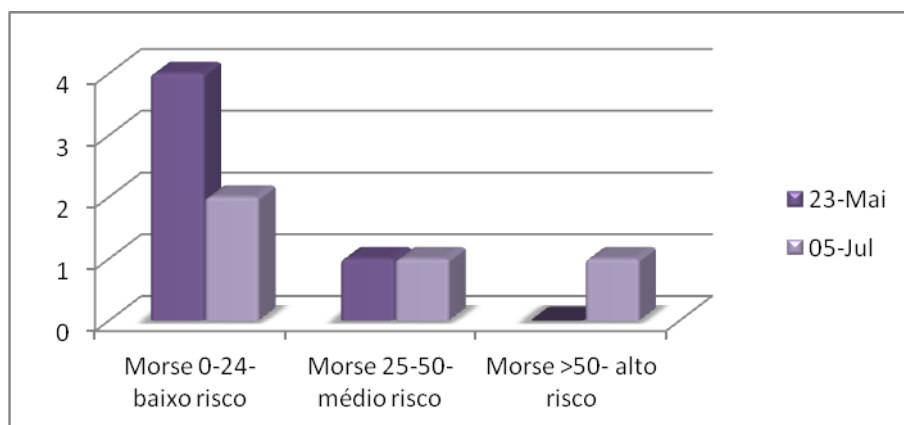
Número de Pessoas Submetidas a Procedimentos Evasivos



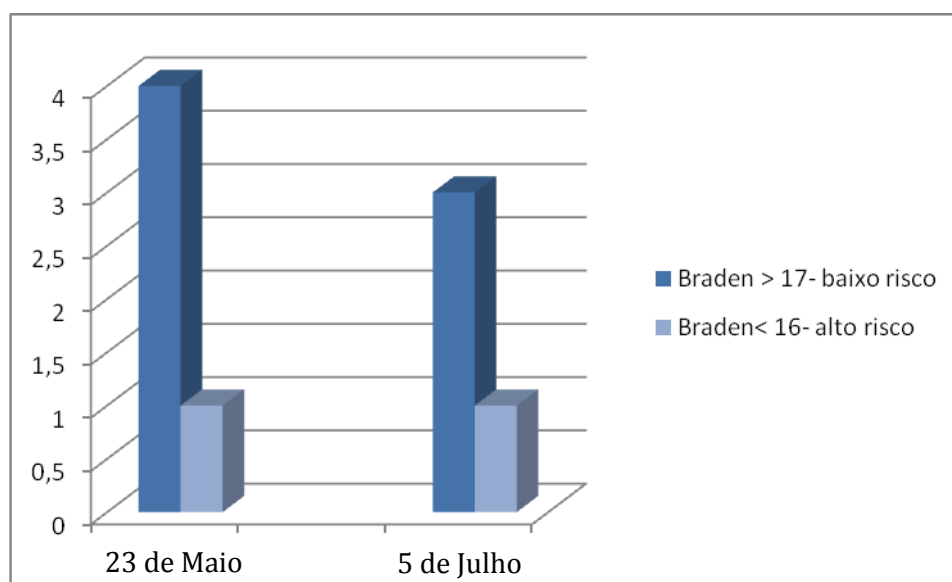
Número de Pessoas com Parâmetros Infeciosos Alterados



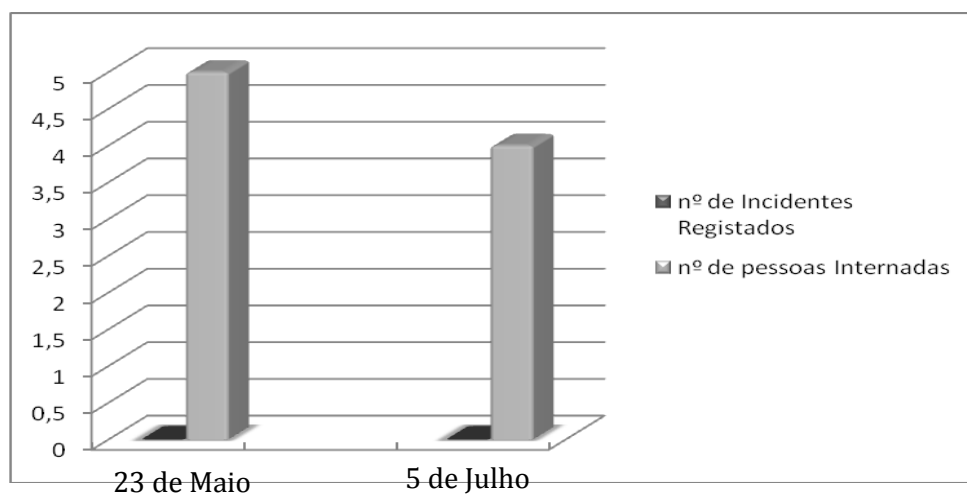
Número de Pessoas com Risco de Desenvolverem Úlceras de Pressão



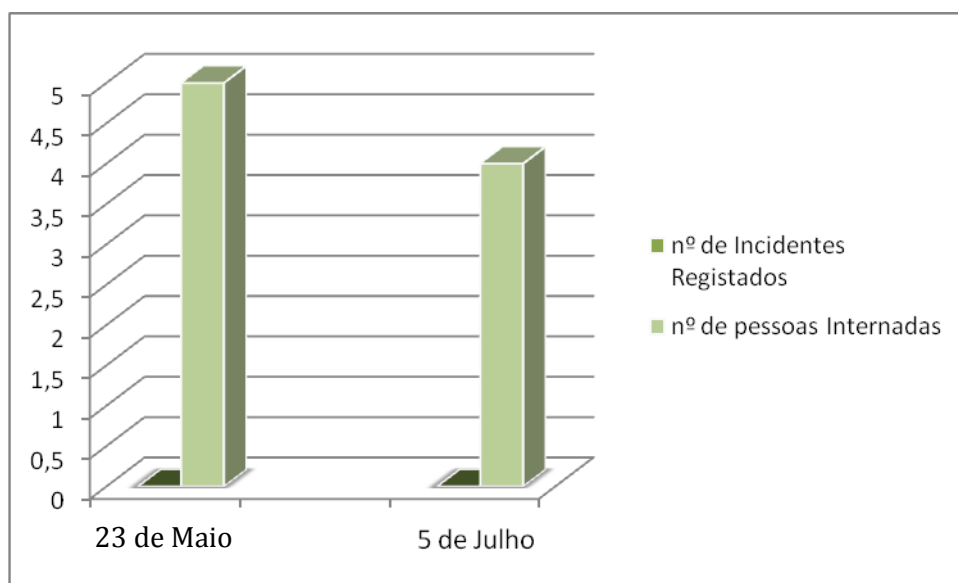
Número de Pessoas com Risco de Queda



Número de Vezes que a EEMI foi Ativada



Número de Incidentes Registrados



Apêndice XVII

Artigo de Investigação

Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, que Papel na Segurança do Cliente? Da Conceção à Ação

Autores: Marta Sofia Pias, estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coautores: Albano Perdigão, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Maria de Lurdes Martins, Professora na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Setúbal.

Resumo: Este artigo tem como temática central a Segurança do Cliente em Unidades de Cuidados Intensivos e o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, nesta área do cuidado. Recorrendo à metodologia de projeto centrada na resolução de problemas visando consolidar uma política de segurança, o projeto de intervenção em serviço com o tema Segurança do Cliente na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados, através das atividades desenvolvidas, nomeadamente da construção e aplicação de uma check-list de segurança. O projeto surgiu no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no decorrer do estágio em cuidados intensivos coronários, mediante a ausência de uma política de segurança eficaz. Constituiu-se uma oportunidade para o desenvolvimento de competências inerentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, verificável a partir de indicadores previamente definidos e posteriormente auditados.

Palavras-Chave: Política de Segurança, Segurança do Cliente, Check-List de Segurança, e Enfermeiro Especialista.

Resumen: Este artículo tiene como tema central la seguridad del cliente en las unidades de cuidados intensivos y el papel de las enfermeras especialistas en enfermería persona en condición crítica, en este ámbito de la atención. Utilizando la metodología de proyecto se centra en la resolución de problemas con el fin de consolidar una política de seguridad, el proyecto de intervención en el servicio con el tema de seguridad del cliente en la unidad de cuidados coronarios, contribuyó a la mejora de la atención, a través de las actividades, incluyendo construcción y aplicación de una lista de control de seguridad. El proyecto surgió en el contexto académico circundante, el grado de maestría en enfermería durante la pasantía en la unidad coronaria, por la ausencia de una política de seguridad eficaz.

Palabras clave: Política de seguridad, Seguridad del paciente, lista de control de seguridad, enfermera especialista.

Key words: Safety policies, Patient Safety, Safety Checklist, Expert in Critical Care.

Abstract: This article's main theme is patient's safety in coronary intensive care units and the critical patient expert nurse's role in this area. Using a problem solving methodology, aiming to consolidate a safety policy, the intervention project implemented in a coronary intensive care unit, helped improve patient care quality, through activities, namely the design and use of a safety checklist. This project came up in the Masters Degree in Medical- Surgical Nursing's range, during the coronary intensive care internship due to the non existence of an effective safety policy. An opportunity appeared to develop abilities of expert nursing in critical patient care and to improve patient care quality, as seen in the indicators previously defined and subsequently audited.

Introdução: Tendo em consideração a especificidade do ser Enfermeiro Especialista, que de acordo com a Ordem dos Enfermeiros: "Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e nos problemas de saúde, que demonstram elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção".

Decreto-Lei nº 35/2011, 18 fevereiro 2011, p.8648

Independentemente da área de especialização os Enfermeiros Especialistas partilham um corpo de conhecimento comum, que se traduz em competências comuns, no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais.

E a especificidade de se ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, tendo a Ordem dos Enfermeiros (2011) definido a pessoa em situação crítica, como "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica".

Decreto-Lei nº 35/2011, 18 fevereiro 2011, p. 8656

Tendo também a Ordem dos Enfermeiros (2011) definido como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Situação Crítica, cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção

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

Procurou-se durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, desenvolver um trabalho original, com o objetivo major da obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e a obtenção do Grau Académico de Mestre.

Utilizando a metodologia de projeto que consiste num processo de investigação com base num problema real e na concretização de estratégias eficazes para a sua resolução (Ruivo, 2007). Ao perspetivarmos um projeto de intervenção em serviço, procurámos que ele fosse capaz de responder a um grande número de competências comuns e específicas do perfil de Enfermagem Especializada em Pessoa em Situação Crítica e que se torna-se útil para os profissionais e para os clientes. Quando nos questionamos sobre o que procuram os clientes e o que procuram os profissionais de saúde oferecer aos seus clientes, parece-nos que qualidade será com certeza uma resposta unânime. Garantir a qualidade dos cuidados implica garantir a segurança do cliente. Tendo sido assim que surgiu o desafio de desenvolver um projeto na área da Segurança do Cliente.

Quadro Teórico: Segundo a CIPE versão 2 (2011), a **Segurança** é um foco de enfermagem e define-se da seguinte forma, estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.

De acordo com Fragata (2011), os cuidados de saúde são uma atividade de risco para os seus vários intervenientes clientes, profissionais, gestores e pagadores.

Com a publicação do livro *To Err is Human*, foram divulgados dados sobre o Erro em Saúde e assim tornou-se de domínio público que só nos Estados Unidos da América morriam por ano 98000 pessoas vítimas de Erros no Sistema de Saúde, o que equivale à queda de um jacto Jumbo por dia.

Atualmente os estudos sobre erro e dano em saúde são cada vez mais frequentes, em Portugal os seus resultados, não são muito diferentes dos obtidos por outros países, sendo que por cada cem internamentos hospitalares ocorreram dez eventos adversos. Desses eventos 65% não provocaram qualquer dano, mas 30% provocaram dano que resultou no aumento do tempo de internamento hospitalar ou em dano físico e cerca de 5% resultaram em danos muito graves ou morte. Estes estudos revelam ainda que cerca de 50% dos casos poderiam ser evitados.

De acordo com Moreno (2009), a melhoria dos cuidados ao cliente continua a ser o grande objetivo dos intensivistas, sendo que todos os anos são publicados imensos

estudos que levam à melhoria da prática clínica. Uma área por vezes esquecida nos grandes estudos de investigação é o processo do cuidar, a cultura, o clima de trabalho e os comportamentos dos profissionais. Justificação para esse fenómeno prende-se com a dificuldade em estudar esses temas e a dificuldade na atração de financiamento para a investigação.

Os mesmos autores referem dois estudos recentes que vêm trazer à luz alguns fatores que contribuem para o conhecimento dos erros mais comuns em Unidades de Cuidados Intensivos. O primeiro estudo – “Avaliação da Sentinela de Eventos”- um estudo observacional de 24 horas, transversal, em 205 Unidades de Cuidados Intensivos em todo o mundo, incluindo Portugal, apresenta os seguintes números, 39 eventos graves em cada 100 clientes por dia. Sendo identificadas as seguintes causas: desconexão/deslocação não planeada de linhas, cateteres e drenos (158 ocorrências); erros de medicação (136 ocorrências); falhas nos equipamentos (112 ocorrências), perda/obstrução da via aérea artificial (47 ocorrências) e alarmes desligados inadequadamente (17 ocorrências).

O segundo estudo realizado pelo mesmo grupo do anterior sobre administração de terapêutica, refere que um dos grandes fatores que mais influenciam a ocorrência do erro – “O Rácio Enfermeiro – Doente Inadequado”. Outros erros comuns são a desadequação dos volumes correntes durante a ventilação mecânica, utilização incorreta de terapia anti-microbiana no choque séptico e doses de beta-bloqueantes e estatinas desadequados.

A National Patient Safety Agency (2004), definiu sete passos para a segurança do Cliente. O primeiro, consiste na construção de uma cultura de segurança e ambiente seguro, não punitiva, pois a punição leva ao medo de relatar o incidente. Com o desenvolvimento deste tipo de cultura garante-se que o incidente é relatado e investigado. Garantindo ainda que é prestado o devido apoio a clientes, familiares e funcionários. O segundo, consiste em liderar e apoiar a equipa, garantindo programas de formação, reuniões de gestão do risco que permitam avaliar as situações e detetar novas situações de anomalia. O terceiro, consiste na integração dos elementos das equipas nas atividades da Gestão do Risco. O quarto, consiste em promover a comunicação e melhorar os sistemas de notificação. O quinto, consiste em envolver o Cliente no processo, pois todo o Cliente espera da equipa de saúde honestidade para com ele, todo o Cliente tem o direito de ser informado e de receber o devido apoio. O sexto, traduz o aprender com a lição de segurança para evitar que existam replicações evitáveis de erros já ocorridos. Por fim, procurar implementar soluções que evitem o erro.

A Organização Mundial de Saúde- OMS (2006-2007), cria uma Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e emite um documento onde são identificados os focos e áreas de atenção para a Segurança do Cliente em todo mundo. Esses focos correspondem ao controlo de infeção, inclusão dos clientes no processo de doença, tratamento e cuidado, política de relato que promova a análise, investigação e implementação de ações preventivas, criação de uma taxonomia de Segurança do Cliente, pesquisa e investigação, tradução do conhecimento em soluções práticas, divulgação das práticas mais seguras através de normas de orientação clínica, domínio da tecnologia, cuidar o cliente em situação aguda, em estado grave, identificando as prioridades chave para a ação e a partilha de conhecimentos.

De uma forma mais prática, com base em erros comuns, a Joint Commission (2011) enuncia algumas premissas que pretendem melhorar a segurança do doente, sendo elas a identificação do Cliente usando sempre pelo menos duas formas de identificação (nome e data de nascimento). Melhorar a comunicação. Usar medicação com segurança, ou seja optar sempre por rotular a medicação após a preparação e antes da administração. Ter em especial atenção a medicação anti-coagulante. Evitar infeções, cumprindo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde. Conferir sempre, antes da alta clínica, a medicação que o Cliente irá realizar, prevenindo que existam incompatibilidades com a medicação. Identificar riscos para a Segurança do Cliente.

Estar desperto para a viabilidade da ocorrência do erro e conhecer os fatores que o potenciam, é fulcral para minimizar a probabilidade de ocorrência, mas se mesmo dessa forma todos os fatores se alinharem e o erro acabe por acontecer a Segurança do Cliente depende de uma cultura de comunicação do erro e divulgação de resultados, para minimizar o dano, garantir a qualidade dos cuidados, implementando práticas seguras.

Cada vez mais o exemplo da aeronáutica é extrapolado para os cuidados de saúde. O Professor Doutor José Fragata, no seu livro Segurança dos Doente - Uma Abordagem Prática, publicado em 2011, dedica a esta temática um capítulo intitulado – Treino e Gestão de Equipas – O exemplo da aeronáutica. Neste capítulo é evidenciado o uso de listas de verificação e o recurso ao treino periódico nestas equipas.

Metodologia: A investigação científica traduz-se num processo de resolução de problemas reais, permite a aquisição de conhecimentos, de forma sistemática e orientada para a resolução de questões que necessitam de investigação. Apresenta como funções a descrição, explicação e predição de fenómenos (Fortin, 1999).

A metodologia de projeto consiste na investigação com base num problema real e na concretização de estratégias eficazes para a sua resolução. Esta metodologia visa a prática baseada na evidência (Ruivo, 2007).

Esta metodologia investigativa, centrada na resolução de problemas, tem por objetivo a criação de um diferencial entre uma situação existente e indesejada e uma situação que se deseja (Castro, 2002).

Nesta metodologia espera-se que o problema seja pertinente, que constitua uma oportunidade de aprendizagem e que tenha ligação à sociedade, deverão ser realizáveis a partir do tempo e dos recursos disponíveis.

Quando perspectivámos pela primeira vez este projeto fazia-nos sentido que ele não só fosse capaz de dar resposta ao maior número de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que é suposto que consigamos desenvolver, como também nos preocupava a questão da sua utilidade para os profissionais do serviço e para os clientes. E quando nos questionamos sobre o que procuram os clientes e o que procuram os profissionais de saúde oferecer aos clientes parece-nos que qualidade será com certeza uma resposta unânime.

A OE (2003), como Associação Pública que representa os enfermeiros, mostrou desde o seu início uma grande preocupação com a qualidade e excelência dos cuidados de enfermagem, sendo notória ao longo de todo o Código Deontológico do Enfermeiro. No artigo 88º, torna-se claro que o enfermeiro em todo o ato profissional tem o dever de procurar a excelência profissional; para que tal aconteça deverá efetuar análise crítica do seu trabalho, procurar alvos de mudança no sentido da excelência, tentar ajustar as normas dos cuidados de qualidade ao seu cliente, procurar atualizar os seus conhecimentos apostando na sua formação, garantindo a qualidade dos cuidados bem como a sua continuidade.

Atualmente a qualidade em saúde é uma preocupação mundial, e organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Conselho Internacional de Enfermeiros, Conselho Nacional da Qualidade e Instituto da Qualidade em Saúde, demonstram-no, mas a Ordem dos Enfermeiros (OE) não é uma exceção e é neste sentido que procura implementar sistemas de qualidade e definir padrões de qualidade. Ao formular os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a OE pretende que eles venham a ser um instrumento que precise o papel do enfermeiro junto do seu cliente, perante toda a sociedade.

Garantir a qualidade dos cuidados, implica garantir a Segurança do Cliente. De acordo com a National Patient Safety Agency (2008) em Matriz de Risco para Gestores de

Risco, quando se identifica uma situação de risco é necessário proceder-se à avaliação do risco, neste documento são apresentadas escalas/matrizes de avaliação que permitem classificar o risco em cinco graus, distinguindo-o do aceitável ao não aceitável e prevendo o seu grau de ocorrência. Esta avaliação consiste no método que determina a forma (custo-eficácia) para minimizar ou remover o risco. Pode ser utilizada na gestão de qualquer organização do Sistema Nacional de Saúde.

Do nosso gosto pessoal por esta área nasce então o título do Projeto – “Segurança do Cliente Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR).”

Da metodologia de projeto, fazem parte cinco etapas: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução e Avaliação e Divulgação de Resultados.

A fase de diagnóstico de situação, constituinte da primeira etapa da metodologia de projeto, pressupõe a elaboração de um mapa cognitivo da realidade que se pretende alterar (Ruivo,2010). A inexistência de uma política de segurança eficaz na unidade, parecia-nos constituir uma oportunidade de criação de uma projeto inovador, pertinente e útil quer para os profissionais, quer para aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes. Recorremos à técnica de entrevista não estruturada com o Sr. Enfermeiro responsável pela UCICOR e com a Sra. Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia, onde ambos manifestaram ser uma área com algumas lacunas no Serviço e com muito potencial de desenvolvimento. Fez-se recurso, ainda dos seguintes instrumentos de diagnósticos Análise SWOT, Diagrama Espinha de Peixe e Failure Mode and Effects Analysis (FMEA).

Através da utilização do Diagrama de Espinha de Peixe foram detetados os potenciais modos de falha na Segurança do Doente admitido na UCICOR. A análise SWOT, permitiu detetar as oportunidades, os pontos fortes, as ameaças e os pontos fracos da execução e implementação do projeto

Através da análise FMEA, foi não só possível detetar os potenciais modos de falha, mas também as causas e as ações a desenvolver neste projeto. Através deste instrumento foram detetados como modos potenciais de falha, com ações a desenvolver, fatores relacionados com a pré-admissão – limpeza da unidade, desinfeção da unidade do cliente, condições físicas da UCICOR. Fatores relacionados com o internamento, nomeadamente a admissão do cliente em situação crítica, a técnica dos cuidados e falha dos equipamentos, a situação de urgência, o défice no rácio enfermeiro-cliente, execução de procedimentos de acordo com as normas adotadas pela instituição e a política de relato de incidentes.

Os objetivos funcionam como ante visores dos resultados que se pretendem alcançar, podendo ser gerais ou específicos. Do rigor dos objetivos depende a identificação dos problemas de forma sucinta e precisa (Ruivo, 2010). Identificou-se como problema geral a inexistência de uma política de segurança, que visa-se a segurança do cliente admitido na unidade, da admissão à alta. Relacionado com a segurança do cliente surgem outros problemas parcelares que foram identificados, nomeadamente o não cumprimento por parte da empresa de limpeza da norma de limpeza da unidade; o desconhecimento por parte da equipa de algumas normas de atuação e procedimentos adotados pelo Centro Hospitalar, bem como das recomendações de atuação da Direção Geral de Saúde, relativamente ao controlo de infeção; a inexistência de um padrão de normalização de teste de equipamentos e verificação da unidade do cliente antes da admissão, inexistência de informação aos clientes sobre o plano de evacuação do Centro Hospitalar, inexistência de um correto rácio enfermeiro cliente em todos os turnos.

Foram definidos como objetivo geral deste projeto, aumentar a segurança do cliente admitido na unidade e como objetivos específicos garantir que a limpeza da unidade é efetuada de acordo com o preconizado pela norma hospitalar, diminuir o risco de infeção aquando da admissão do cliente na UCICOR, capacitar os clientes conscientes e orientados para a evacuação da unidade em situação de emergência e catástrofe, sensibilizar a gestão para a necessidade de dotações seguras, com um rácio enfermeiro - cliente adequado em todos os turnos. Traçadas ainda como principais prioridades para este projeto a construção de uma check-list de verificação de procedimentos que aumentem a segurança do cliente admitido na unidade, a realização de formação/divulgação da check-list e a realização de formação sobre normas e procedimentos seguros adotados pelo Centro Hospitalar e pela Direção Geral de Saúde (DGS).

O planeamento do projeto consiste na fase em que se elabora o esboço, se executa o levantamento dos recursos, se definem as atividades a desenvolver, são escolhidos os métodos e técnicas a desenvolver, se identificam as condicionantes do projeto. A fase de execução do projeto consiste na operacionalização do previamente planeado. Consiste no dar forma ao constructo mental (Nogueira, 2005; Ruivo, 2010).

Na fase de execução foram desenvolvidas atividades previamente planeadas, nomeadamente a implementação de um documento de registo de atividades de limpeza na UCICOR, com auditoria interna, a construção da check-list de segurança

do cliente admitido na UCICOR, realização de formações aos enfermeiros e auxiliares, cálculo de rácio enfermeiro cliente com objetivo de sensibilizar a gestão para a importância de dotações seguras, alteração do guia de acolhimento do cliente admitido na UCICOR, monitorização dos parâmetros de infeção do cliente admitido na unidade. A criação e implementação de uma lista de procedimentos de segurança da pessoa admitida na UCICOR, visou essencialmente aumentar a segurança do cliente e teve por base os documentos e entidades referenciados no quadro teórico deste artigo e a Check-list de Cirurgia Segura, a Check-list de Procedimentos de Segurança da Entidade Reguladora da Saúde e a Check-list de Auditoria da Segurança do Doente do Centro Hospitalar de Setúbal. Muitos outros documentos internos do Centro Hospitalar, que visam a segurança do cliente, foram consultados e suportaram esta check-list, por esse motivo, faz sentido que fossem compilados e servissem de suporte a quem venha a utilizar o instrumento construído, constam desta compilação de documentos políticas internas, normas de orientação clínicas, procedimentos e manuais de normas.

A check-list de Segurança do Cliente admitido na UCICOR passou também por várias fases de teste e validação, por peritos, nomeadamente pelos orientadores dos locais de estágio – Srs. Enfermeiros Especialistas da CCI, do Gabinete de Indicadores e Auditoria Clínica (GIARC) e da UCICOR. Bem como teste e validação pelos pares, Srs. Enfermeiros da UCICOR, tendo sofrido alterações de acordo com as sugestões fornecidas.

Durante o processo de execução é natural que se proceda a avaliações intermédias. É nesse momento de reflexão que muitas vezes é necessário realizar ajustes, sendo viável a elaboração, planeamento, produção de novos objetivos, novas atividades, novas hipóteses, alterar percurso ou processo. Um projeto é algo que se encontra em desenvolvimento, logo não pode ser estático (Nogueira, 2005; Ruivo, 2010).

Relativamente às atividades desenhadas para este projeto houve necessidade de ajustamento de algumas, após o estágio na CCI a adesão à Campanha Nacional para a Higienização das Mãos, constituiu uma oportunidade única de implementação de uma medida primordial de segurança, defendida em todo o mundo, pela OMS, como essencial para a segurança das pessoas internadas nos hospitais, suas famílias e prestadores de cuidados, na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

A necessidade de construção de um Guia de Acolhimento do Cliente e Família surgiu da desatualização do que se encontrava em vigor até à construção deste novo guia. Serviu como orientação para a sua construção o procedimento de distribuição do guia de acolhimento aos doentes internados no Centro Hospitalar, que define como função do guia a facilitação da integração do cliente e família no Centro Hospitalar, por forma a clarificar o processo de internamento e a reduzir níveis de ansiedade existentes. Este guia deve ser entregue à família e ao cliente no momento de admissão, visando ainda a humanização dos cuidados.

A apresentação e divulgação dos documentos produzidos (check-list de segurança dos clientes, o procedimento de atuação para a prevenção de infeção trato urinário na pessoa algaliada, a compilação de documentos de apoio à check-list e o novo guia de acolhimento da UCICOR), bem como dos documentos de recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares da DGS e a adesão à campanha de higienização das mãos, ocorreram em pequenas sessões de quinze minutos para grupos de quatro a cinco pessoas que se encontravam nas passagens de turno, tendo sido efetuadas a todos os elementos da equipa de enfermagem.

Resultados: Segundo, Fragata (2011), para conhecermos algo devemos conseguir definir, medir e registar as suas variáveis. Daí a importância da definição de indicadores que permitam avaliações objetivas. Os indicadores de segurança devem reunir as seguintes características, terem um significado pertinente e fácil de transmitir, não serem em número excessivo, serem fáceis de colher, anónimos e representativos.

Optou-se pela criação de indicadores de avaliação para avaliar os resultados da aplicação da check-list de segurança e pela criação de indicadores de avaliação do projeto. Os indicadores definidos para avaliar os resultados da aplicação da check-list de segurança correspondem ao número de check-lists preenchidas na admissão e vinte e quatro horas após o internamento, número de unidades livres versus número de unidades em condições para admitir clientes, número de camas em posição de segurança, número de pessoas com pulseira de identificação colocada, número de pessoas que têm campanha ao seu alcance, número de pessoas a quem foi entregue guia de acolhimento, número de pessoas submetidas a procedimentos evasivos, número de pessoas com parâmetros infecciosos alterados, número de pessoas com risco de desenvolverem úlceras de pressão, número de pessoas com risco de queda, número de vezes que a Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI) foi ativada e incidentes registados.

Através dos dados colhidos no momento de auditoria podemos afirmar que a aceitação da lista de verificação por parte da equipa foi total, todos os clientes admitidos na unidade tinham a check-list preenchida no momento da admissão, contudo a sua reavaliação às 24 horas de internamento acaba por ser esquecida, pois os registos de enfermagem encontram-se informatizados através de Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem e a check-list em suporte de papel. Foi efetuada tentativa de informatização da check-list de segurança, não tendo sido viável pois o Programa (SAPE) utilizado no CHS tem por base a versão Beta 2 da CIPE, da qual o Diagnóstico de Segurança não consta.

No dia em que foi aplicada a grelha de auditoria, todas as unidades vagas se encontravam em condições para admitir clientes. Apenas duas camas se encontravam em posição de segurança, mas apenas um cliente apresentava risco de queda e essa cama apresentava grades colocadas, rodas travadas e posição baixa.

Todas as pessoas internadas na UCICOR apresentavam pulseira de identificação colocada, todas as pessoas internadas quando questionadas se lhes fora entregue guia de acolhimento na unidade responderam afirmativamente.

O número de pessoas que tinham a campainha junto a si também aumentou significativamente em relação ao momento pré- implementação da check-list.

O número de pessoas com parâmetros infecciosos alterados diminuiu do primeiro momento de avaliação para o segundo momento.

A check-list permite conhecer e monitorizar o número de pessoas com risco de desenvolverem úlceras de pressão e o número de pessoas com risco de queda.

Em ambos os momentos em que decorreram as auditorias, nenhum cliente tinha registo da necessidade de ativação da EEMI e nenhum cliente tinha registo de relato de incidente.

Através da verificação das check-lists preenchidas podemos ainda afirmar que para aumentar a segurança dos clientes na UCICOR deve ser colocada sinalética de emergência inexistente na unidade, bem como a colocação de um extintor na unidade.

Relativamente aos indicadores de avaliação definidos para as atividades desenvolvidas neste projeto foram as seguintes: Que cem por cento dos elementos da equipa de enfermagem assistissem à formação sobre a implementação da check-list, todos os elementos assistiram a esta formação, pois a formação decorreu durante as

passagens de turno até que todos os elementos tivessem assistido à formação. Que pelo menos cinquenta por cento das admissões passassem a ser efetuadas de acordo com a check-list de segurança, de acordo com a auditoria aos resultados da check-list, cem por cento das admissões foram efetuadas com preenchimento da check-list. A consecução da primeira fase de adesão à Campanha de Higienização das Mãos, que foi atingida através da adesão à campanha e ao início das atividades de avaliação das condições da UCICOR e início da formação aos monitores da campanha na unidade. Que a limpeza da unidade passasse a ser efetuada de acordo com o procedimento para limpeza das áreas de doentes e pessoal, procedimento interno do CHS, ou seja duas vezes por dia. O registo por parte dos auxiliares de limpeza passou a ser efetuado, o processo foi auditado mensalmente, sendo que as atividades de limpeza não se encontram a ser desenvolvidas de acordo com o procedimento hospitalar. A limpeza da unidade ocorre diariamente e o despejo dos lixos duas vezes por dia. Foi reportado o resultado da auditoria à CCI. Que todos os elementos/enfermeiros passassem a distribuir aos clientes/famílias admitidos na unidade o novo guia de admissão, no momento da auditoria da check-list de segurança todos os clientes referiram ter recebido o guia de acolhimento. Que o rácio enfermeiro/cliente seja o adequado em todos os turnos, o rácio enfermeiro-cliente continua a ser insuficiente no turno da noite, devido à conjuntura económica do país não é previsível que seja modificado brevemente. Que cinquenta por cento dos elementos de enfermagem assistam às formações sobre as recomendações da DGS para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares. Que cinquenta por cento dos enfermeiros e assistentes operacionais da unidade assistam à formação o procedimento de atuação para prevenção da infeção do trato urinário na pessoa algaliada. As formações acabaram por conseguir abranger toda a equipa de enfermagem e assistentes operacionais. Reduzir em pelo menos dez por cento as infeções associadas aos cuidados de saúde na UCICOR, foram monitorizados os parâmetros infecciosos (proteína c reativa e leucocitose) em dois momentos pré e pós implementação da check-list de verificação, no primeiro momento existia uma pessoa com os parâmetros alterados numa população de cinco pessoas internadas, no segundo momento não existia nenhuma pessoa com os parâmetros infecciosos alterados numa população de quatro pessoas internadas, o que se traduz numa diminuição de vinte por cento.

Discussão: Consideramos que apenas dois momentos de avaliação pré e pós implementação da check-list de segurança são insuficientes para avaliar a eficácia deste instrumento, contudo temporalmente era-nos difícil escolher outros momentos para aplicar o instrumento/grelha de auditoria da check-list, pois inicialmente a equipa

não se encontrava familiarizada com a aplicação da check-list, podendo por esse motivo enviesar os resultados obtidos. Sendo que se optou apenas por um momento de auditoria um mês após a implementação da check-list.

O número de pessoas com parâmetros infecciosos alterados diminuiu do primeiro momento de avaliação para o segundo momento, no entanto não nos é possível atribuir essa melhoria à aplicação da check-list de segurança, pois os dois momentos distam em estações do ano diferentes (primavera - verão), todos os utentes internados na unidade nos dois momentos de avaliação já tinham sido submetidos a procedimentos evasivos, no entanto no primeiro momento de avaliação existia um maior número de procedimentos evasivos aplicados.

Em ambos os momentos em que decorreram as auditorias, nenhum cliente tinha registo da necessidade de ativação da EEMI e nenhum cliente tinha registo de relato de incidente. Por esse motivo consideramos que para aumentar a segurança do cliente admitido na UCICOR devem ser efetuadas formações à equipa sobre a importância do relato de incidentes e sobre os critérios de ativação da EEMI.

Este é nitidamente um projeto de melhoria contínua da qualidade e segurança, através das atividades desenvolvidas, permite-nos assumir que com o seu desenvolvimento foram desenvolvidas competências comuns de Enfermeiro Especialista no domínio da melhoria da qualidade.

Foi desenvolvida a competência comum de Enfermeiro Especialista, no domínio da gestão de cuidados, através de atividades de articulação multiprofissional inerente ao projeto de segurança e desenvolvido um estilo de liderança transacional, que promovesse a aceitação do projeto.

Este projeto permitiu ainda desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através da pesquisa e procura de conhecimento na área da segurança do cliente que garantissem a máxima atualidade do projeto, foi articulada a informação através da formação aos restantes membros da equipa.

Foi-nos ainda possível desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente a K2-Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, através da consecução do novo guia de acolhimento da UCICOR. Procurámos conhecer os planos de catástrofe e emergência em vigor, nacional, distrital e hospitalar e realizou-se uma seleção de informação que nos pareceu

importante disponibilizar às pessoas internadas e às suas famílias sobre a atuação em situação de emergência de catástrofe.

Permitiu também o desenvolvimento da competência K3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade da respostas em tempo útil adequadas. Através do conhecimento do Plano Nacional de Controlo foram diagnosticadas necessidades da unidade em matéria de prevenção e controlo de infeção, cuja intervenção visa-se a melhoria dos cuidados e a segurança do cliente. Utilizámos como estratégias a implementação da check-list de segurança, que nos permitiu identificar situações de risco e pessoas com risco de contrair IACS. A implementação do documento das atividades de limpeza desempenhadas pelas auxiliares de limpeza, que permitiu auditorias, cujo resultado apresenta não conformidades perante o procedimento interno para a limpeza de áreas de doentes e pessoal, foram reportadas essas não conformidades à CCI.

Por se constituir uma necessidade do serviço, foi construído, com base nas recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário - algaliação de curta duração da DGS, no documento de prevenção de infeções adquiridas no hospital - um guia prático do Ministério da Saúde e com base no manual de normas de enfermagem e procedimentos técnicos da Administração Central de Sistemas de Saúde, adotado pelo Centro Hospitalar, um procedimento e atuação para a prevenção da infeção do trato urinário na pessoa algaliada.

Conclusão: Como foi sendo explicitado ao longo deste artigo, o projeto desenvolvido tinha o intuito de criar uma política de segurança do cliente na UCICOR, visando a melhoria contínua dos cuidados.

As principais atividades desempenhadas foram conseguidas constituindo-se como prova os indicadores pré-definidos para avaliar a segurança do cliente admitido na UCICOR; havendo melhorias em quase todos os indicadores avaliados. E permitiu ainda demonstrar a essência da prática da Enfermagem Especializada, no domínio específico da Especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Foi considerada, menos bem sucedida, a atividade de sensibilização da chefia sobre a necessidade de dotações seguras, tendo sido efetuado o cálculo do rácio enfermeiro-cliente apresentado juntamente com o documento da OE - Dotações seguras salvam vidas, à chefia, e apesar do seu reconhecimento do défice de enfermeiros, até ao momento esta situação não foi passível de modificação, pois devido à conjuntura económica atual o CH não apresenta uma política de contratação de novos elementos.

A nossa inexperience em metodologia do projeto, também constituiu uma dificuldade, com necessidade de reformulação de atividades e conseqüentemente do cronograma. Outro aspeto que consideramos menos positivo no decorrer deste projeto, foi a nossa incapacidade por limitação temporal, para efetuar mais momentos de auditoria à check-list de segurança, considerando que a amostra dos dados colhidos, pode não ser representativa de uma realidade mais ampla, não permitindo generalizar os resultados, como era desejável.

Referências Bibliográficas:

DECRETO-LEI Nº 35/2011.D.R.II Série. (18-02-2011) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [em linha] p. 8648-8653. [consultado a 2012/10/03 às 22h00m]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticiasComunsEnfEspecialista.pdf

DECRETO-LEI Nº 35/2011.D.R. II Série (18-02-2011) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [em linha] p.8656-8657. [consultado a 2012/10/03 às 22h00m]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticiasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. [em linha] Lisboa: 2009. [consultado a 2012/10/04 às 15h00m]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16317>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Segurança do Doente –Cirurgia Segura Salva Vidas. [em linha] Lisboa: 2007. [consultado a 2012/2/24 às 15h00m]. Disponível em: http://www.arslvt.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/S P_ManualdeOperacionalizacao.pdf

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. SINAS@Hospitais Check-list Procedimentos de Segurança. [Consul. 2012-10-20, 13h00m]. Disponível em: http://www.ers.pt/pages/16?search=CHECK-LIST_DE_SEGURANCA

FRAGATA, José. Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática. 1ªedição. Lisboa: LIDEL, 2011. ISBN: 978-972-757-797-2.

FORTIN, Marie. O processo de investigação: da concepção à realização. 2ªedição. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.

MORENO,R., RHODES, A., DONCHIN Y..- Patient Safety in Intensive Care Medicine: The Declaration of Vienna. Intensive Care Medicine,Online ISSN: 35:1667-1672 (2009).

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY - A risk matrix for risk managers. . Janeiro 2008 [Consul. 2012-10-10, 22h30m] Disponível em: <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatientsafety/patient-safety-toolS-and-guidance/risk-assessment-guides/risk-matrix-for-risk-managers/>

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY- Seven Steps to Patient Safety- The full reference guide. [Consul. 2012-06-01, 13h00m]. Julho 2004. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. CIPE : versão 2 : classificação internacional para a prática de enfermagem. Genebra : Conselho Internacional de Enfermeiros, cop. 2010. ISBN: 92-95040-36-8

RUIVO,M e Ferrito,C – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. [em linha] Percursos, nº 15. 2010. [Consul. 2012/10/24, 23h00m]. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

THE JOINT COMMISSION - 2011 Hospital National Patient Safety Goals. 2011. [em linha] [Consul. 2011/11/06, 15h00m] Disponível em: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_NPSG_Hospital_3_17_11.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Forward Programme- World Alliance for Patient Safety 2006. [em linha] [Consul. 2012/6/10, 10h00m] Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf

Anexo I

Certificados de Presenta em Congressos, Reuniões e Conferências



CNECV · CICLO DE
CONFERÊNCIAS 2011

C E R T I F I C A D O

Marta Sofia Pias

participou na Conferência

**Fundamentos
Éticos nas
prioridades
em Saúde**

no âmbito do Ciclo de Conferências promovidas pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, que decorreu em Lisboa, no dia 29 de Novembro de 2011.

Luís O. Silva

O PRESIDENTE DO
CONSELHO NACIONAL DE
ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

LISBOA, 29.11.2011



Conselho Nacional
de Ética para as
Ciências da Vida



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA
Instituição de Utilidade Pública



GECIC Grupo de Estudo
de Cuidados Intensivos Cardíacos
Sociedade Portuguesa de **CARDIOLOGIA**



GEFERC Grupo de Estudo Fisiopatologia
do Esforço e Reabilitação Cardíaca
Sociedade Portuguesa de **CARDIOLOGIA**

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se para os devidos efeitos que

MARTA SOFIA CABACA PIAS

*esteve presente na reunião conjunta dos Grupos de Estudo de
Cuidados Intensivos Cardíacos e de Fisiopatologia do Esforço e
Reabilitação Cardíaca "Estabilizar e Reabilitar: um continuum",
que teve lugar nos dias 27 e 28 de Janeiro de 2012, no Real Marina
Hotel & SPA, em Olhão.*

Olhão, 28 de Janeiro de 2012

Jorge Mimoso
Coordenador do GECIC

Quitéria Rato
Coordenadora do GEFERC

Campo Grande, 28 - 13º • 1700-093 Lisboa
E-mail: secretariado@mail.spc.pt • Tel.: 217 970 685 • Fax: 217 931 095



2º CONGRESSO DE CASOS CLÍNICOS EM CARDIOLOGIA

CENTRO DE CONGRESSOS AQUALUZ

TRÓIA
3-4 FEVEREIRO 2012

CERTIFICADO

Marta Soja Cabaca Pias

participou no **2º Congresso de Casos Clínicos em Cardiologia**, que decorreu entre os dias 3 e 4 de Fevereiro de 2012 no Centro de Congressos Aqualuz, em Tróia.

José Roquette
Presidente da Comissão Científica

Francisco Pereira Machado
Comissão Organizadora

Organização

Centro Cardiovascular
HOSPITAL DA LUZ

Anexo II

Documentos da Campanha de Higienização das Mãos

Centro Hospitalar [Redacted]

Comissão de Controlo de Infecção (CCI)

**Exmo. Sr.
Director de Serviço**

Data: 22-06-2012

N/Ref.: CCI 23/09

C/c:
Enfermeira Chefe [Redacted]



Assunto: Proposta de Adesão e Nomeação do Elemento Responsável pela Dinamização da Campanha Nacional para a Higienização das Mãos na Cardiologia/UCICOR

A nossa instituição está envolvida numa acção de melhoria da prática da higiene das mãos e da redução das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

Esta é uma acção mundial, já que Portugal aderiu ao **Primeiro Desafio Mundial da World Alliance for Patient Safety, Clean Care is Safer Care**, a 8 de Outubro de 2008, juntando-se assim ao grupo de países que já o fizeram em todo o mundo.

A abordagem actual relativamente às práticas de higiene das mãos justifica a implementação de uma estratégia multimodal baseada na evidência. A evidência mundial diz que, a adesão à melhoria da prática da higiene das mãos esta directamente relacionada com a transmissão de infecções e é universalmente baixa (com taxas de adesão inferiores a 60%).

Em termos gerais, com esta estratégia pretendemos:

- Um aumento da adesão à higiene das mãos, para que mais profissionais higienizem as mãos mais vezes;
- Uma mudança do sistema, para que seja possível higienizar as mãos no local de prestação de cuidados, utilizando soluções anti - sépticas de base alcoólica para as mãos;
- A disponibilização de lavatórios equipados para os profissionais,
- A combinação de outras medidas destinadas a sensibilizar os profissionais e a obter o apoio e o envolvimento de profissionais-chave para as práticas de higiene das mãos.

Desta forma convidamos o vosso Serviço /Unidade a fazer parte do Grupo de Serviços/Unidades, seleccionadas para a implementação da Campanha Nacional para a Higienização das Mãos, em 2012.

A campanha irá ser implementada de acordo com as directrizes da DGS, em articulação com a CCI e os Elementos designados pelos Serviços/Unidades.

Neste âmbito, **solicitamos o envio para esta Comissão, do Anexo I e Anexo II preenchidos.**

Sem outro assunto, com os nossos cumprimentos,

A Coordenadora da CCI




A Responsável pela Campanha no CHS



Anexos:

Anexo I - Declaração de Compromisso de Adesão do Serviço/Unidade à Estratégia Nacional para a Melhoria da Higienização das Mãos;

Anexo II - Nome e contactos dos Elementos (Médico e de Enfermagem) responsáveis pela Dinamização da Campanha no Serviço/Unidade



Anexo I

Declaração de Compromisso de Adesão do Serviço/Unidade à Estratégia Nacional para a Melhoria da Higienização das Mãos

Confirmamos a participação da **UCICOR**, nas atividades inerentes à Estratégia Nacional para a Melhoria da Higienização das Mãos, comprometendo-nos a desenvolver os cinco componentes fundamentais:

1. Mudança no sistema (disponibilização de solução anti-séptica de base alcoólica e acesso a lavatórios equipados com toalhetes descartáveis);
2. Formação e treino dos profissionais;
3. Observação da prática da Higiene das mãos para avaliação da adesão dos profissionais e feedback;
4. Colocação de posters em locais estratégicos;
5. Fomentar um ambiente seguro

O Diretor de Serviço



A Enfermeira Chefe





Anexo II

Nome e contactos dos Elementos (Médico e de Enfermagem) responsáveis pela Dinamização da Campanha no Serviço/Unidade:

Serviço/Unidade:	UCICOR		
Nome completo:	[Redacted]		
Telefone:	[Redacted]	Telm:	[Redacted]
E-mail:	[Redacted]		

Serviço/Unidade:	UCICOR		
Nome completo:	Marta Sofia Babaca Pias		
Telefone:	[Redacted]	Telm:	[Redacted]
E-mail:	marta.scp@hotmail.com		

Anexo III
Lista de Verificação Cirúrgica

Surgical Safety Checklist



World Health
Organization

Patient Safety

© World Health Organization

Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?

- Yes

Is the site marked?

- Yes
- Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?

- Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?

- Yes

Does the patient have a:

Known allergy?

- No
- Yes

Difficult airway or aspiration risk?

- No
- Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?

- No
- Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Confirm all team members have introduced themselves by name and role.

Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?

- Yes
- Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:

- What are the critical or non-routine steps?
- How long will the case take?
- What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:

- Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:

- Has sterility (including indicator results) been confirmed?
- Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?

- Yes
- Not applicable

Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:

- The name of the procedure
- Completion of instrument, sponge and needle counts
- Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
- Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

- What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1.7.2009

© WHO, 2009

Anexo IV
Check-List de Segurança da ERS



SINAS@Hospitais

Check-list Procedimentos de Segurança

1. CULTURA DE SEGURANÇA

- 1.1 A organização possui um elemento responsável pelas questões da segurança do doente ☹
- 1.2 A organização promove o trabalho em equipa multidisciplinar na implementação de processos relativos à segurança do doente
- 1.3 A organização promove ações de formação em matérias relacionadas com a segurança do doente
- 1.4 Os protocolos de cirurgia e das áreas de medicina da organização prevêem regras que visem assegurar um adequado nível de experiência e treino dos profissionais

2. IDENTIFICAÇÃO DE DOENTES

- 2.1 A organização tem implementadas práticas uniformizadas de identificação de doentes ☹
- 2.2 A prática de identificação de doentes baseia-se na identificação positiva do doente
- 2.3 A organização proíbe o uso de abreviaturas, acrónimos, símbolos e outras designações na identificação de doentes
- 2.4 A organização tem procedimentos, protocolos ou outras orientações relativos aos registos de alta dos doentes ☹
Os registos de alta dos doentes inclui informação sobre:
 - 2.5 história clínica do doente
 - 2.6 medicação administrada
 - 2.7 exames complementares de diagnóstico realizados e seus resultados
 - 2.8 ensaios clínicos a que o doente foi submetido
 - 2.9 instruções para acompanhamento posterior

3. COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

A organização possui uma política de comunicação interna que contempla:

- 3.1 planos de prevenção no âmbito da segurança do doente
- 3.2 formulário para comunicação de ocorrências



SINAS@Hospitais

Check-list Procedimentos de Segurança

3.3 A organização tem um procedimento implementado para a transmissão de informação relativa a eventos adversos a doentes e familiares

3.4 A organização assegura que o processo clínico dos doentes em suporte artificial de vida está acessível, em qualquer altura, junto do doente

A organização possui os seguintes procedimentos na rotulagem de exames complementares de diagnóstico:

3.5 amostra para análises clínicas identificada apenas na presença do doente

3.6 identificação do doente e do exame a executar

3.7 utilização da dupla identificação para as amostras sanguíneas ou outras

3.8 rastreabilidade da imagem com a identificação do doente

3.9 marcação de direita e esquerda em cada imagem de RX

3.10 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos decorrentes de erros na rotulagem de exames complementares de diagnóstico

3.11 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

4. SEGURANÇA DE MEDICAÇÃO DE ALTA VIGILÂNCIA

4.1 A organização utiliza prescrição electrónica de medicamentos ©

Gestão da Medicação

O responsável pela farmácia da organização:

4.2 Tem um procedimento de segurança implementado para a gestão da medicação

4.3 Está disponível para esclarecimentos de dúvidas relacionadas com a ordenação, interpretação e revisão da medicação

4.4 Emite recomendações sobre segurança na utilização de medicamentos e promove a prevenção de erros na medicação

4.5 Trabalha em equipa com outros profissionais com vista a promover a minimização de erros na dispensa de medicação

4.6 Trabalha em equipa com outros profissionais com vista a promover a minimização de erros na administração de medicação

4.7 Supervisiona a preparação de medicação



SINAS@Hospitais

Check-list Procedimentos de Segurança

4.8 Inspecciona o local de armazenagem de medicamentos periodicamente

4.9 A organização garante um farmacêutico 24 horas por dia e 7 dias por semana

4.10 A organização revê periodicamente a lista de medicação utilizada (pelo menos anualmente)

4.11 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos decorrentes de erros na gestão da medicação

4.12 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Reconciliação Terapêutica

4.13 A organização recolhe e regista de forma sistemática informação sobre os antecedentes de hipersensibilidade medicamentosa de cada doente

4.14 A organização recolhe e regista informação sobre os medicamentos que cada doente está a tomar previamente ao momento da admissão

4.15 Há envolvimento de familiares e doentes na construção desse registo

4.16 Esse registo é atualizado durante o internamento do doente

4.17 A atualização da medicação é comunicada internamente, assim como aos doentes e familiares

4.18 Aquando da transferência para outras instituições de saúde, a organização assegura que o registo de medicamentos do doente é comunicado

4.19 A organização revê periodicamente esse procedimento (pelo menos anualmente)

4.20 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos decorrentes de erros na reconciliação terapêutica

4.21 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Armazenagem e Rotulagem

4.22 A organização possui planos, procedimentos, políticas ou protocolos escritos para a armazenagem e rotulagem de todos os medicamentos ☺

4.23 A organização garante a rotulagem dos medicamentos quando são transportados fora da sua embalagem original ☺

4.24 As áreas para manipulação de medicamentos estéreis estão devidamente identificadas



SINAS@Hospitais

Check-list Procedimentos de Segurança

4.25 A organização padroniza e limita concentrações de medicamentos incompatíveis

4.26 A organização possui uma listagem de medicamentos incompatíveis entre si ☹

4.27 Os locais de armazenagem de medicamentos são devidamente acondicionados, limpos e organizados

4.28 Os medicamentos que contenham psicotrópicos e estupefacientes encontram-se separados e o seu acesso é restrito ☹

4.29 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos decorrentes de erros na armazenagem e rotulagem de medicamentos

4.30 A organização efectua a avaliação desses resultados, numa óptica de melhoria contínua

Medicação de Alto Risco

4.31 A organização possui uma listagem onde se identifica a medicação de alto risco

4.32 A organização possui planos, procedimentos, políticas ou protocolos escritos para a utilização de medicação de alto risco

4.33 A organização revê periodicamente esse procedimento (pelo menos anualmente)

4.34 A organização assegura que os profissionais que manuseiem medicamentos de quimioterapia e anestesia possuem qualificações ou certificações apropriadas

4.35 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos na utilização de medicamentos de alto risco

4.36 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Medicação por Unidade ou Dosagem para Consumo

4.37 A organização possui planos, procedimentos, políticas ou protocolos escritos sobre a dispensa de medicamentos em unidade ou dosagem para consumo

4.38 A organização assegura que cada unidade, ou dosagem para consumo, contém rotulagem onde é identificado o nome do medicamento, período de validade e fabricante

4.39 A organização assegura que, em caso de falta de medicação, esta é repostada em 24 horas, desde que não se verifique ruptura no mercado

4.40 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de eventos adversos decorrentes de erros na dispensa de medicamentos em unidade ou dosagem para consumo

4.41 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua



SINAS@Hospitais

Check-list Procedimentos de Segurança

5. CIRURGIAS SEGURAS

A organização utiliza uma check-list ou outro procedimento de prevenção de erros

- 5.1. em cirurgia (por exemplo, relativamente à região anatómica, à pessoa a intervir e ao procedimento a realizar) ☺

Esta check-list/procedimento contempla:

- 5.2. verificação pré-operatória do processo cirúrgico
- 5.3. marcação do lado que vai ser objecto da incisão
- 5.4. reunião prévia para verificação de todos os elementos (paciente correcto, procedimento a realizar e outras acções relevantes)
- 5.5. avaliação do risco de perda de sangue e eventual necessidade de transfusão
- 5.6. confirmação da administração de profilaxia antibiótica nos 60 minutos anteriores à cirurgia
- 5.7. A organização revê periodicamente esta check-list/procedimento (pelo menos anualmente)

Complicações Cardíacas

- 5.8. A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação do risco de acidente isquémico cardíaco pré-operatório a cada doente

Este procedimento contempla:

- 5.9. avaliação do risco de complicações cardíacas
- 5.10. resultados dos exames que atestem o risco de complicações cardíacas no doente
- 5.11. orientações para prevenção de enfarte agudo do miocárdio
- 5.12. registo de decisões clínicas relativas à utilização de betabloqueantes
- 5.13. A organização revê periodicamente este procedimento (pelo menos anualmente)

6. RISCOS DE INFECÇÃO

Úlceras de Pressão

- 6.1. A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação de risco de úlceras de pressão
- 6.2. Essas avaliações são referenciadas no processo clínico de cada doente



SINAS@Hospitais

Check-list Procedimentos de Segurança

6.3 Sempre que um doente esteja sob risco de desenvolver úlceras de pressão, a organização reavalia regularmente a integridade da pele, durante o período de internamento

6.4 Os resultados das reavaliações são registados no processo clínico de cada doente

6.5 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de úlceras de pressão

6.6 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Tromboembolismo Venoso

6.7 A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação de tromboembolismo venoso

Este procedimento contempla:

6.8 a avaliação, no momento da admissão, de todos os doentes em risco de tromboembolismo venoso

6.9 o registo da avaliação e prevenção no processo clínico do doente

6.10 métodos com evidência comprovada na profilaxia do tromboembolismo venoso

6.11 a reavaliação do risco durante o internamento

6.12 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de tromboembolismo venoso

6.13 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Anticoagulantes Oraís

6.14 A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação de risco a doentes sujeitos a terapêutica anticoagulante

Insuficiência Renal por Contraste Induzido

6.15 A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação do risco de insuficiência renal por contraste induzido

Este procedimento contempla:

6.16 a avaliação do risco de insuficiência renal nos doentes antes da administração do contraste

6.17 o uso de métodos clínicos apropriados para redução do risco de danos renais

6.18 o registo da avaliação e prevenção no processo clínico do doente



Check-list Procedimentos de Segurança

6.19 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de insuficiência renal por contraste induzido

6.20 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Gripe

6.21 São aplicadas medidas de prevenção relativamente ao risco de gripe

6.22 A organização efectua um programa de imunização da gripe relativamente aos seus colaboradores

6.23 A organização mantém registos dessas imunizações

Outros Riscos de Infecção

6.24 A organização usa métodos de prevenção relativos a riscos associados à colocação de cateter venoso central

6.25 A organização efectua avaliação na fase pré operatória em virtude de determinar o risco de infecção no local cirúrgico e implementar medidas de profilaxia antibiótica adequada

6.26 Estão implementadas medidas de lavagem das mãos com toalhetes desinfectantes ou com desinfectante anti séptico, antes e depois do contacto directo com o doente ou com objectos à sua volta

6.27 A organização preconiza o uso de máscaras como medida de prevenção de infecção respiratória

6.28 A organização tem implementadas medidas de isolamento como medida de prevenção para a infecção respiratória

7. OUTROS RISCOS

7.1 A organização tem implementado planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação do risco de aspiração

7.2 Quando é utilizado garrote pneumático, é avaliado o risco de isquemia e/ou outra complicação trombolítica e são utilizadas medidas profiláticas apropriadas

7.3 A organização tem implementado um procedimento de prevenção para riscos decorrentes da utilização de aparelhos de Raio X

7.4 A organização efectua avaliação do risco de desnutrição nos doentes no momento de admissão hospitalar

Quedas

7.5 A organização tem implementados planos, procedimentos, políticas ou protocolos de avaliação e reavaliação do risco de queda aos doentes

7.6 Este procedimento contempla a identificação de medicamentos, tais como sedativos, diuréticos, tranquilizantes, anti-hipertensivo, que podem aumentar o risco de queda



SINAS@Hospitais

Check-list Procedimentos de Segurança

- 7.7 A organização regista no processo clínico do doente a avaliação do risco de queda e as respectivas medidas de prevenção
- 7.8 A organização mantém os botões de campainha sempre ao alcance dos doentes
- 7.9 A organização mantém a vigilância e agilidade no atendimento à chamada realizada por campainha
- 7.10 A organização mantém a cama na posição baixa com as rodas travadas e grades elevadas para doentes em risco
- 7.11 A organização efectua, de forma sistemática, o registo da ocorrência de quedas Ⓢ
- 7.12 A organização efectua a avaliação desse registo numa óptica de melhoria contínua

Ⓢ - Ponto Crítico

Anexo V
Mapa de Registo de Atividades de Limpeza

