



Carla Custódio Rosa      **Relatório de Trabalho de Projeto**

“A Segurança passa pela Prevenção”

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

Agosto 2015



## DECLARAÇÕES

Declaro que o presente Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto e na bibliografia.

Setúbal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2015

A candidata,

---

Declaro que o Relatório de Trabalho de Projeto intitulado “A Segurança passa pela Prevenção”, da estudante Carla Alexandra da Silva Custódio Rosa, nº 130519031, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, se encontra em condições de ser apresentado a provas públicas.

Setúbal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2015

O (A) Orientador(a),

---



## **DEDICATÓRIA**

Dedico a conclusão do percurso académico realizado, com a redação deste Relatório de Trabalho de Projeto, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

Aos meus filhos, Gonçalo e Beatriz, pela compreensão por todos os momentos em que os privei da minha atenção, para que acreditem que vale a pena lutar pelos seus sonhos;

Ao meu marido, pela sua presença constante, compreensão e incentivo nos momentos mais difíceis;

Aos meus pais, sem os quais não teria sido possível fazer o caminho percorrido;

Aos meus irmãos, por todo o apoio dado e por todos os momentos partilhados nesta fase da minha vida.



## **AGRADECIMENTOS**

A toda a equipa docente deste Mestrado, pela partilha de conhecimentos e aprendizagens realizadas.

À Sra. Professora Doutora Alice Ruivo, inicialmente Coordenadora do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelos desafios colocados.

À Sra. Professora Doutora Lurdes Martins, enquanto Coordenadora deste Mestrado, por toda a disponibilidade demonstrada e por toda a partilha de saberes.

À Sra. Professora Mariana Pereira por todo o apoio e disponibilidade demonstrada enquanto orientadora do projeto, que em muito contribuiu para o seu sucesso.

À equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCICOR pela forma como me acolheram, em particular à Sra. Enfermeira Chefe e Sra. Enfermeira Andreia Soares, enquanto orientadora de estágio, pela maneira como valorizaram e acreditaram no projeto.

À minha família, e em especial ao meu marido e filhos, por terem estado presentes, terem compreendido que nem sempre pude estar totalmente disponível e me terem feito acreditar que era possível.

À Rolanda, colega de Curso e verdadeira amiga, com quem tive o privilégio de partilhar este percurso, por todo o apoio dado no decorrer do mesmo.

Aos colegas e amigos que, de alguma forma, contribuíram para o meu sucesso.

...A todos, muito obrigado!



## RESUMO

No presente relatório pretendemos demonstrar, num processo de análise e reflexão, todo o percurso académico realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, durante o qual realizamos estágios numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR), desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), pela metodologia de trabalho de projeto, e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC).

O PIS intitulado “A Segurança passa pela Prevenção” aborda a problemática de ocorrência de quedas do cliente hospitalizado no Serviço de Cardiologia/UCICOR. Estes incidentes são uma realidade das instituições de saúde e um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. A realização deste projeto possibilitou-nos intervir na componente da segurança do cliente, através da adoção de um conjunto de estratégias pela equipa de enfermagem, nas quais evidenciamos a avaliação do risco de queda dos clientes e o envolvimento dos mesmos na prevenção e redução da ocorrência de quedas. A sua fundamentação teórica assenta na Tipologia dos Vinte e Um Problemas de Enfermagem de Faye Glenn Abdellah.

O PAC constituiu-se como essencial na promoção de boas práticas profissionais, que visam a qualidade dos cuidados, dando resposta ao desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvidas no estágio III. Na Pessoa em Situação Crítica, ao nível da prevenção e controlo da infeção implementamos o procedimento “Boas Práticas no Despejo do Saco de Drenagem de Urina”. Na Pessoa em Situação Crónica e Paliativa direccionamos a nossa intervenção para o cuidador do cliente com Insuficiência Cardíaca.

Assim, neste relatório, procuramos evidenciar como os aportes teóricos lecionados e os projetos desenvolvidos em contexto de estágios, na procura da excelência no exercício profissional, promoveram a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica; Metodologia de Projeto; Prevenção de Quedas; Qualidade; Competências do Enfermeiro Especialista.



## ABSTRACT

In this report we intend to demonstrate, in a process of analysis and reflection, the entire academic course conducted in the context of a master's degree in Medical-Surgical Nursing. For this purpose we did various internships at the Coronary Intensive Care Unit (CICU) as well as developed, using a project work methodology, an Intervention Project in Service (IPS) and a Clinical Learning Project (CLP).

The IPS, entitled "Security is achieved through Prevention" concerns the occurrence of falls in patients admitted into the Cardiovascular Service /CICU. These incidents are a fact in health institutions and an indicator of nursing care quality. The achievement of this project had enabled us to participate in the field of patient security through the adoption of a set of strategies by the nursing team, in which we emphasized the assessment of the patient fall risk and the involvement of the patient himself in the prevention and reduction of falls. Its theoretical foundation is based on the Faye Glenn Abdellah's *Typology of the Twenty-One Nursing Problems*.

The CLP was established as essential in promoting good professional practice, that aim the quality of care and responds to the development of both Common and Specific Skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing. These skills were developed during the internship III. In a Critical Situation, at a level of prevention and control of infection, the procedure implemented is "Good Practices in the Disposal of the Urine Drainage Bag". In a Chronic and Palliative Condition we direct our intervention to the caregiver of the patient with Heart Failure.

In short, this report seeks to show how the theoretical contributions and projects, developed in the context of internships, as well as the search for excellence in professional practice, promoted the acquisition and development of both Common and Specific skills of the Specialist Nurse and the Master in Medical-Surgical Nursing.

**Keywords:** Medical-Surgical Nursing; Methodology Project; Prevention of falls; Quality; Specialist Nurse Skills.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ANCP** - Associação Nacional de Cuidados Paliativos

**CCI** - Comissão do Controlo de Infecção

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CISD** - Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente

**Cit. por** - Citado por

**CE** - Conselho de Enfermagem

**CJ** - Conselho Jurisdicional

**DGS** - Direção Geral da Saúde

**DR** - Diário da República

**Enf<sup>ª</sup>** - Enfermeira

**ESS** - Escola Superior de Saúde

**GIARC** - Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico

**IACS** - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

**IPS** - Instituto Politécnico de Setúbal

**MEMC** - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**NOC** - Norma de Orientação Clínica

**NP** - Norma Portuguesa

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PAC** - Projeto de Aprendizagem Clínica

**Pág.** - Página

**PEI** - Plano de Emergência Interno

**PIS** - Projeto de Intervenção em Serviço

**PNCI** - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**SAPE** - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**SWOT** - *Strenghts, Weaknesses, Oportunities, Threats*

**Sra.** - Senhora

**UC** - Unidade Curricular

**UCICOR** - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

**UNIR** - Unidade de Internamento Rápido



# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	20
<b>1. MOLDURA CONCETUAL.....</b>	23
1.1. Teoria de Faye Glenn Abdellah.....	23
1.2. Padrões de Qualidade.....	28
1.3. A Segurança dos Cuidados enquanto Componente Essencial da Qualidade.....	35
1.4. Quedas em Contexto Hospitalar: Importância da Prevenção.....	38
<b>2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....</b>	42
2.1. Síntese da Metodologia de Projeto utilizada.....	42
2.1.1. Diagnóstico de Situação.....	43
2.1.2. Planeamento.....	47
2.1.3. Execução.....	48
2.1.4. Avaliação.....	53
2.1.5. Divulgação dos Resultados.....	56
<b>3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA.....</b>	57
<b>4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS.....</b>	61
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	61
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica.....	70
4.2.1. Pessoa em Situação Crítica.....	70
4.2.2. Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.....	80
4.3. Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	86
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	95
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	98
<b>ANEXOS.....</b>	109

Anexo I - Autorização dada pelo Hospital para aceder aos relatos de quedas referentes a 2013.....	110
Anexo II - NOC “ Prevenção de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados”....	112
Anexo III - Certificado de Formação - Módulo I- Plano de Emergência Interno.....	120
Anexo IV - Certificado de frequência do Curso Básico de Cuidados Paliativos.....	122
<b>APÊNDICES</b> .....	124
Apêndice I - Artigo referente ao PIS.....	125
Apêndice II - Instrumento Orientador de Colheita de Dados.....	134
Apêndice III - Análise Swot.....	136
Apêndice IV - Ficha de Planeamento do PIS, com Cronograma Previsto.....	138
Apêndice V - Resultados da Análise aos Relatos de Incidentes.....	146
Apêndice VI - Planeamento da Sessão de Formação à Equipa de Enfermagem subordinada ao Tema “Quedas em Contexto Hospitalar”.....	152
Apêndice VII - Formação realizada à Equipa de Enfermagem no âmbito do PIS.....	154
Apêndice VIII - Sinalética de Médio e Alto Risco de Queda.....	173
Apêndice IX - Folheto Informativo “Quedas no Hospital”.....	175
Apêndice X - Procedimento “Quedas em Contexto Hospitalar - Estratégias de Prevenção”.....	178
Apêndice XI - Planeamento da Sessão de Formação às Assistentes Operacionais com o tema “Quedas em contexto Hospitalar”.....	182
Apêndice XII - Cronograma do PIS realizado.....	184
Apêndice XIII - Planeamento do PAC no âmbito da prevenção e controlo de infeção.....	187
Apêndice XIV - Planeamento da formação dirigida às Assistentes Operacionais intitulada “Boas Práticas no Despejo do Saco de Drenagem de Urina”.....	189
Apêndice XV - Procedimento “Boas Práticas no Despejo do Saco de Drenagem de Urina”.....	191

Apêndice XVI - Planeamento da formação realizada às Assistentes Operacionais: “Higienização das Mãos”.....	195
Apêndice XVII - Planeamento do PAC no âmbito da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.....	197
Apêndice XVIII - Folheto Informativo “Insuficiência Cardíaca: Informações ao Cuidador/Família” .....	199



## INTRODUÇÃO

O presente relatório constitui-se como um instrumento de avaliação e análise reflexiva de todo o percurso realizado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), lecionado na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), na aquisição das competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Sendo que este Curso tem como finalidade “*Contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade*” (IPS-ESS, 2014/15, p.5), este relatório possibilita-nos (1) Evidenciar como, no decorrer do percurso académico, os aportes teóricos, o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) desenvolvido e o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) realizado contribuíram para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional; (2) Explicitar a forma de como, enquanto estudantes de mestrado, demos resposta às Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, às Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e/ou Crónica e Paliativa, enunciadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e (3) Analisar como foram adquiridas as Competências ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando o conhecimento aprofundado no domínio especializado nesta área de Enfermagem.

Todo o trabalho de projeto foi desenvolvido com a orientação da Professora Mariana Pereira e os estágios realizados sob a orientação da Sra. Enfermeira Andreia Soares, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Seguindo a metodologia de trabalho de projeto, foi desenvolvido um PIS intitulado “A Segurança passa pela Prevenção” que surgiu da necessidade de dar resposta a um problema identificado no âmbito da Enfermagem, em contexto dos estágios I e II, realizados no Serviço de Cardiologia, mais especificamente na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR) de um Centro Hospitalar da Margem Sul. O PIS centrou-se na segurança do cliente hospitalizado no serviço em questão, mais concretamente sobre a prevenção de ocorrência de quedas. Sendo as quedas um dos incidentes mais documentados nas instituições de saúde, a escolha deste tema justificou-se por existirem quedas relatadas pelo Serviço de Cardiologia/UCICOR ao Gabinete de Gestão do Risco

referentes a 2013; pelos profissionais nem sempre implementarem as intervenções de acordo com a Norma de Orientação Clínica (NOC) existente na Instituição designada “Prevenção de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados”; pela sua ocorrência ser um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem e, ainda, por ser uma área de grande interesse pessoal. A revisão bibliográfica alargada sobre esta temática, designadamente em bases de dados, livros e artigos, demonstra a sua pertinência.

De forma a facilitar a sua leitura, após esta introdução, organizamos este relatório em cinco capítulos.

Iniciamos com a moldura concetual onde explicitamos a teoria de Faye Abdellah que suporta o projeto e os Padrões de Qualidade, enquanto instrumentos reguladores da prática do Enfermeiro. Evidenciamos temáticas como a segurança dos cuidados e a importância da prevenção de quedas em contexto hospitalar.

Damos continuidade com um capítulo onde é descrito todo o PIS desenvolvido segundo a metodologia de trabalho de projeto.

No capítulo 3, PAC, apresentamos o desenvolvimento e implementação do PAC realizado, em particular no desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da prevenção e controlo da infeção, e na Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

O penúltimo capítulo analisa, face a todo o referencial, a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da realização do PIS e PAC. Refletimos em concreto sobre as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas vertentes da Pessoa em Situação Crítica e em Situação Crónica e Paliativa. Conduz-nos, também, a uma reflexão de como foi realizada a aquisição de competências enquanto futuros Mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Finalizamos com a síntese das aprendizagens de todo o percurso realizado, procedendo à avaliação dos objetivos delineados e à análise sobre as implicações do projeto desenvolvido na prática. Referimos, ainda, os aspetos facilitadores e dificultadores deste percurso e abordamos perspetivas futuras.

Fazemos referência aos documentos utilizados na redação deste relatório. Ao longo do mesmo são, também, mencionados outros documentos, como anexos ou apêndices, que complementam a informação apresentada e ilustram o trabalho desenvolvido ao longo do Curso.

O presente relatório foi redigido de acordo com o Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos do Departamento de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal e da Norma Portuguesa (NP) - 405.

# **1. MOLDURA CONCEPTUAL**

Esta moldura conceptual emergiu da necessidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos no âmbito da segurança dos cuidados, particularmente na prevenção de quedas, conceptualizar os cuidados de enfermagem e contextualizar este projeto à luz da teoria de Faye Glenn Abdellah, a qual assenta na Tipologia dos Vinte e Um Problemas de Enfermagem.

A abordagem de alguns conceitos com implicações na prática será o fundamento teórico de todo o trabalho, tendo sido realizada uma revisão bibliográfica alargada da literatura.

## **1.1. Teoria de Faye Glenn Abdellah**

As teorias de enfermagem possibilitam-nos organizar e compreender a prática profissional, enquanto que os modelos conceituais remetem-nos para as especificidades dessa prática (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Esses modelos orientam a investigação, a prática e a formação numa determinada área profissional, sendo neles que se identificam os fenómenos de interesse científico de uma profissão (ADAM, 1994).

O desenvolvimento do PIS, cuja temática incidiu na segurança dos cuidados prestados, em particular na prevenção de ocorrência de quedas em contexto hospitalar, foi sustentado pela teoria de Faye Glenn Abdellah. Esta escolha justificou-se por esta teoria, baseada na Tipologia dos Vinte e Um Problemas de Enfermagem, considerados os mais comuns para os clientes, ser direcionada para as intervenções dos profissionais de enfermagem, na resposta aos problemas do cliente. Tendo identificado, em contexto dos estágios, a falta de uniformização de intervenções na equipa de enfermagem face à prevenção de ocorrência de quedas, a solução para os mesmos centraram-se na equipa, em encontrar estratégias para intervir nesta problemática. No entanto, o maior objetivo a atingir foi a promoção da segurança dos clientes.

Faye Abdellah fundamenta tal aspeto ao evidenciar as necessidades de

intervenções de enfermagem, centradas nos profissionais, com o foco no cliente, para o benefício do mesmo.

Com a realização do diagnóstico e planeamento do PIS, efetuados no decorrer dos estágios I e II, foi facilmente identificada a necessidade de intervir sobre os profissionais de enfermagem prioritariamente, para dar resposta a um problema potencial do cliente, que se traduz pelo risco de queda em contexto hospitalar. No estágio III foram implementadas as intervenções planeadas, as quais passaram por intervir junto da equipa de enfermagem, visando uma prática de qualidade ao cliente na temática em questão.

Faye Abdellah define Enfermagem enquanto arte e ciência que ajusta atitudes, desenvolve competências intelectuais e habilidades técnicas do profissional, na vontade e capacidade de ajudar pessoas na adaptação às suas necessidades de saúde (FALCO, 2000). “*O elemento crucial da teoria de Abdellah é a correta identificação dos problemas de enfermagem*” (Idem, 2000, p.121), os quais podem ser agrupados em 3 categorias: “ (1) *Necessidades físicas, sociológicas e emocionais do cliente; (2) Tipos de relações interpessoais entre a enfermeira e o cliente; e (3) Elementos comuns de cuidado ao cliente*” (Abdellah et al., 1960, Cit. por FALCO, 2000, p.121).

Na sua teoria, Abdellah utiliza como principais conceitos:

**Saúde** – Definida como padrão dinâmico de funcionamento, no qual há uma interação de forças internas e externas resultante da utilização de recursos necessários para atenuar vulnerabilidades. Importa dar relevância à prevenção e reabilitação, em que a meta a atingir é o bem-estar do cliente, numa abordagem holística. Tal conceito vai ao encontro do que foi implementado com o projeto, a evidência dada à prevenção de quedas, visando o bem-estar do cliente.

O profissional de enfermagem, ao identificar corretamente as necessidades do cliente, ajuda-o a alcançar um estado de saúde (FALCO, 2000).

**Problemas de Enfermagem** – Traduzem as necessidades de saúde que o cliente e a sua família enfrentam, e que o Enfermeiro, pelo desenvolvimento de intervenções profissionais, pode ajudar a satisfazê-las. Essas necessidades podem ser evidentes, como uma condição aparente, ou encobertas, quando se apresentam disfarçadas (Idem).

**Solução de Problemas** – Remete-nos para a qualidade dos cuidados, a qual requer que os enfermeiros tenham a capacidade de identificar e solucionar os problemas, através da metodologia de solução de problemas. Nesta, identificam-se os problemas, selecionam-se os dados relevantes, formulam-se hipóteses, para posterior validação e

revisão (Abdellah & Levine, Cit. por FALCO, 2000). Parte destas etapas são semelhantes às do processo de enfermagem.

A Tipologia dos Vinte e Um Problemas de Enfermagem e o processo de resolução desses problemas podem ser considerados percursos do processo de enfermagem, da identificação dos diagnósticos de enfermagem e de intervenções em evidência presentemente (TOMEY, 2004).

Atualmente, os problemas estão associados aos diagnósticos de enfermagem e, quando identificados, determinam ações a desenvolver para atingir metas (FALCO, 2000).

A Tipologia desta teórica dá um corpo de conhecimentos à Enfermagem, afastando-a do modelo médico (TOMEY, 2004). Não está focada na patologia do cliente, mas sim nas intervenções que tem que desenvolver para dar resposta às necessidades alteradas do mesmo.

Transpondo este aspeto para o PIS implementado, enquanto foco da prática de Enfermagem, *“Cair é um tipo de Autocuidado: Actividade Física com as características específicas: descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições”* (1999, Cit. por CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, 2002, p.57).

O “Risco de queda” assume-se como um diagnóstico de enfermagem na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), contextualizado no processo de doença. Este diagnóstico, operacionalizado pela aplicação da Escala de Morse na Instituição onde foi implementado o PIS, requer que sejam discriminadas intervenções preventivas, de acordo com o *score* obtido, no sentido de evitar a ocorrência de queda. *“Controlar os riscos de quedas que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional”* (NUNES, 2007, p.5).

Na prevenção de quedas no hospital não é essencial focar o diagnóstico que justifica a hospitalização do cliente. É, sim, necessário identificar se o mesmo representa um fator agravante de risco. A identificação deste risco é um requisito fulcral na prevenção de quedas do cliente em contexto hospitalar, pois desta maneira o profissional de enfermagem poderá orientar intervenções para tal. Esta afirmação fundamenta a teoria exposta, na qual perante um problema, há a procura de soluções para o mesmo.

É da competência dos profissionais de enfermagem fazerem a identificação, análise e o controlo de riscos potenciais, considerando particularmente os grupos mais vulneráveis (OE, 2006a).

Como já referido, a essência da teoria de Faye Abdellah é a correta identificação dos problemas de enfermagem, os quais são formulados considerando as ações de enfermagem a desenvolver. A finalidade destas é a saúde do cliente, foco dos cuidados. Refere que os Vinte e Um Problemas orientam o cuidado, estando relacionados com as vertentes biológica, psicológica e social do cliente (FALCO, 2000).

O 3º problema, desta Tipologia dos Vinte e Um Problemas, tem como objetivo “*Promover a segurança através da prevenção do acidente, lesão ou outro trauma e impedindo o alastrar da infecção*” (TOMEY, 2004, p.130). Traduz, de forma abrangente, todo o trabalho desenvolvido com a implementação do projeto. Quando o cliente é hospitalizado, integrado num ambiente desconhecido, fica numa situação de fragilidade que, muitas vezes, é agravada por um conjunto de fatores inerentes à sua condição física, associados ou não à doença que justificou esse internamento. Em muitos casos, as necessidades de conforto e segurança ficam comprometidas. Neste sentido, compete ao profissional de enfermagem prevenir a ocorrência de acidentes que coloquem em causa essa segurança, promovendo a mesma.

Para esta teórica, a Enfermagem inclui, entre outros aspetos, a identificação dos problemas de enfermagem do cliente como atrás referido; a tomada de decisão sobre as intervenções a adotar, de acordo com os princípios de enfermagem; o atender ao alívio da dor e desconforto, promovendo a segurança; a adaptação do plano de cuidados de enfermagem segundo as necessidades individuais de cada cliente; e a articulação com profissionais de saúde no planeamento de saúde ideal.

Remetendo esta visão da Enfermagem para o PIS, num cliente hospitalizado, com médio ou alto risco de queda, é essencial uniformizar procedimentos na equipa de enfermagem na prevenção de ocorrência de quedas, tomando decisões sobre as estratégias a implementar nesse sentido. Os profissionais de enfermagem, ao identificarem os clientes com alto risco de queda, devem adotar medidas específicas de segurança e prevenção de ocorrência destes incidentes, com o objetivo de reduzir esse risco e promover a qualidade dos cuidados prestados (LAUS *et al*, 2014).

A teoria de Abdellah considera como principais pressupostos:

A **Enfermagem** que, como profissão de ajuda, implica “*fazer algo para ou por*

*alguém ou fornecer informação à pessoa com o objectivo de satisfazer as suas necessidades, aumentar ou restaurar a sua capacidade de auto-ajuda ou de aliviar uma diminuição” (TOMEY, 2004, p.132).*

A **Pessoa**, definida como alguém com necessidades abertas, como as físicas, ou encobertas, que incluem as emocionais e sociológicas. Para esta teórica, o cliente é a única justificação para Enfermagem existir, no entanto como já referido, o mesmo não é o foco central da sua teoria (*Idem*).

A **Saúde**, conceito definido como “*condição em que o individuo não possui necessidades não-satisfeitas nem enfraquecimentos antecipados ou reais*” (*Ibidem*, p. 133). Esta definição pouco específica deve-se a, nos anos 50, a maior parte da prática de enfermagem estar centrada na cura da doença ou no cuidado do ponto de vista terapêutico. Apoia igualmente a abordagem holística do cuidar focada no cliente e a necessidade de evidenciar maior atenção aos fatores ambientais. Segundo FALCO (2000), Abdellah fala das necessidades de saúde total.

O **Ambiente** é o conceito ao qual é dado menor relevância. Na sua Tipologia, o problema número 17 consiste em “*criar ou manter um ambiente terapêutico*” (TOMEY, 2004, p.130). Os clientes interagem com o ambiente, respondendo ao mesmo e o profissional de enfermagem faz parte desse ambiente (*Idem*).

Sintetizando, a sua teoria afirma que a Enfermagem é a utilização do método de resposta aos problemas de enfermagem identificados, os quais se relacionam com as necessidades de saúde dos clientes, encaradas como problemas (FALCO, 2000).

A necessidade identificada, contextualizada no projeto, relaciona-se com a segurança que, quando alterada põe em causa a qualidade dos cuidados prestados. Esta qualidade é definida por Faye Abdellah como os cuidados que o cliente necessita (TOMEY, 2004).

Como teoria, a Tipologia dos Vinte e Um Problemas de Enfermagem apresenta limitações. O facto de Abdellah centrá-la na Enfermagem é a maior delas e, apesar de ter como objetivo o cuidado centrado no cliente, confere pouca relevância ao que ele pode alcançar. Esta contradição explica-se por querer distanciar-se de uma orientação para a doença. Também tende a negar a perspetiva holística na sua implementação devido aos problemas de enfermagem apresentarem natureza isolada. Por outro lado, como aspeto positivo, possibilita ter uma base para a determinação e organização dos cuidados de enfermagem (FALCO, 2000).

Mais tarde, esta teórica reconheceu a necessidade de mudar os problemas de enfermagem para os problemas do cliente, mas não existiram desenvolvimentos posteriores. Reconheceu que há 40 anos atrás, os problemas de enfermagem identificados eram utilizados para definir o papel da Enfermagem no cuidar dos clientes (TOMEY, 2004).

## 1.2. Padrões de Qualidade

Como instrumentos reguladores das ações do Enfermeiro, dirigidos aos clientes, definiram-se os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os quais fundamentam o agir profissional, na procura da excelência (NUNES, 2011).

Na definição dos Padrões de Qualidade, pela Ordem dos Enfermeiros, surgem os conceitos de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem, os quais têm *“por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”* (OE, 2001, p.8).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados constituem-se *“como o referencial de excelência na acção profissional do especialista”* (NUNES, 2011, p.94), sendo norteadores da sua prática.

Na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica considera-se a Pessoa em Situação Crítica e a Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, com os enquadramentos concetuais que lhes são inerentes.

Assim, o enquadramento concetual, base dos enunciados descritivos de qualidade da prática profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, remete-nos para a pessoa em situação de doença crítica e /ou falência orgânica; a situação de catástrofe ou emergência multi-vítima; a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados à pessoa em situação crítica; e os cuidados de enfermagem especializados à mesma (OE, 2011a).

*“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”* (REGULAMENTO N° 124/2011, p.8656).

A situação de catástrofe ou emergência multi-vítima conduz-nos à definição de

catástrofes como “*desastres súbitos que interrompem os padrões de vida e em que se verifica possível perda de vidas e bens, além de múltiplas lesões*” (PHIPPS, LONG e WOODS, 1990, p.379) e de emergência multi-vítima, a qual requer um conjunto de procedimentos médicos de emergência que possibilitem salvar o maior número de pessoas possível e proporcionar o melhor tratamento às mesmas, otimizando os recursos disponíveis (OE, 2011a).

A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados à pessoa em situação crítica promovem a reflexão da prática profissional, uma vez que as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são adquiridas pelos clientes em consequência dos cuidados que lhes são prestados ou resultantes de procedimentos de saúde aos quais foram submetidos (DGS, 2007).

*“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”* (REGULAMENTO Nº 124/2011, p.8656).

Dos conceitos que suportam a prática, emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício do profissional de enfermagem, que visam “*explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão*” (OE, 2001, p.11). Assim, do enquadramento concetual mencionado surgem sete enunciados descritivos da qualidade da prática dos enfermeiros, na procura da excelência do exercício, que se pretendem instrumento na definição do papel do Enfermeiro Especialista. De acordo com a OE (2011a), são eles:

A **satisfação do cliente**, que se pretende a elevados níveis, para a qual é preponderante o papel do Enfermeiro Especialista para atenuar o impacto negativo causado pelas mudanças ambientais impostas pelas necessidades de assistência em saúde da pessoa em situação crítica; a intervenção eficaz, em tempo útil; e a gestão do processo de comunicação e de transmissão de informação, promotores da relação terapêutica, com o cliente e família.

A **promoção da saúde**, na qual o profissional de enfermagem desempenha um papel fulcral para que o cliente, em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, atinja o seu máximo potencial de saúde.

A **prevenção de complicações**, essencial para o cliente obter o máximo potencial

de saúde quando vivencia estes processos complexos de doença. Atendendo à categoria deste enunciado, as intervenções do Enfermeiro Especialista passam pela precoce identificação de problemas potenciais no contexto de doença crítica, na sua área de competência; a sua referenciação; a prescrição de intervenções perante potenciais focos de instabilidade e problemas definidos; o rigor técnico e científico na implementação das mesmas; a responsabilização pelas suas decisões, pelos atos que pratica e delega; a implementação correta de medidas de suporte avançado de vida, da gestão de protocolos terapêuticos e de cuidados técnicos em situações de elevada complexidade.

O **bem-estar e o autocuidado**, no qual *“o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”* (OE, 2011a, p.6). Na promoção deste enunciado destacam-se como elementos importantes, além dos aspetos mencionados anteriormente referentes à implementação de intervenções no âmbito da especialidade com rigor técnico e científico, à referenciação das situações problemáticas identificadas e à responsabilização pelos atos praticados e delegados, a gestão eficaz da dor, do impacto emocional que advém da situação crítica vivenciada pelo cliente/família e da relação terapêutica que com eles estabelece.

A **readaptação funcional**, realizada pelo desenvolvimento de processos de adaptação, feita pelo profissional e pelo cliente, aos problemas de saúde. Nesta readaptação é essencial considerar a continuidade dos cuidados de enfermagem especializados, o planeamento para a alta em função das necessidades existentes, otimizando os recursos da comunidade, assim como o ensino em relação à adaptação requerida pelo cliente.

A **organização dos cuidados especializados**, para a qual o Enfermeiro Especialista contribui eficazmente, considerando o quadro de referências que fundamentam a sua prática, na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. São aspetos a considerar, a existência de um sistema de registos de enfermagem que, além de outros dados, foque as necessidades dos clientes; as intervenções desenvolvidas e os resultados das mesmas; e a satisfação dos profissionais face à qualidade da sua prática e a sua dotação perante as necessidades de cuidados existentes. Igualmente importantes são a existência de uma política de formação contínua que promova o desenvolvimento profissional e de um sistema de triagem que favoreça o atendimento do cliente em função das prioridades clínicas; o uso de metodologias de organização dos cuidados que visem a qualidade na

procura de respostas eficazes face a situações de catástrofe e emergência multi-vítima, bem como a revisão de guias promotores de boas práticas em situações de doença crítica.

A **prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados**, área onde o Enfermeiro Especialista intervém *“face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas”* (OE, 2011a, p.7), colaborando na conceção de planos de prevenção e controlo de infeção, na definição de estratégias e na liderança da implementação das mesmas nos serviços, capacitando as equipas de profissionais nessas áreas de intervenção.

Considerando, também, a Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, faz todo o sentido abordar os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados nesta vertente. O seu enquadramento concetual conduz-nos aos conceitos de Saúde, Pessoa, Ambiente, Cuidados Paliativos, Situação Paliativa, Situação Crónica, Família e Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2013a).

**Saúde** enquanto *“estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”* (OE, 2001, p.6).

**Pessoa** definida como ser único, social, e agente intencional de comportamentos assentes em valores, crenças e desejos individuais, com dignidade própria e direito de autodeterminação (*Idem*).

**Ambiente**, conceito que se refere ao local onde as pessoas vivem e se desenvolvem, com componentes de natureza humana, física, política, económica, cultural e organizacional na sua formação, os quais condicionam e influenciam os seus estilos de vida, repercutindo-se na saúde (*Ibidem*).

**Cuidados Paliativos**, definidos pela Lei de Base dos Cuidados paliativos como *“cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem - estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”* (DR, 2012, p.5119). Considerados pela Organização

Mundial de Saúde (OMS) uma prioridade da política de saúde, requerem uma abordagem de apoio global aos clientes na fase mais avançada da doença e no final da vida, numa resposta aos seus problemas (DGS, 2004).

**Situação Paliativa**, que nos leva a falar de doença terminal como uma doença incurável, em fase avançada e progressão, onde estão presentes inúmeros problemas e múltipla sintomatologia, com um prognóstico de vida inferior a 6 meses. Tais razões justificam o seu impacto no cliente, família e equipa (CAPELAS e NETO, 2006). Os cuidados paliativos têm como principais componentes: o alívio da sintomatologia; o apoio psicológico, espiritual e emocional do cliente e família na doença; o apoio à família no decorrer do luto e a interdisciplinaridade (DGS, 2004).

**Situação Crónica** decorrente de períodos de doença prolongada. Os avanços da medicina no século XX impuseram uma maior longevidade às pessoas, cujas mortes deixaram de ocorrer após curtos períodos de doença. Tal facto conduz-nos à emergência da doença crónica (NETO, 2006), que “ *não é uma entidade em si mesma mas um termo de protecção que engloba doenças de longa duração, que estão muitas vezes associadas a um certo grau de incapacidade*” (PHIPPS, LONG e WOODS, 1990, p.423).

**Família** enquanto ponto de equilíbrio, um lugar onde cada um dos elementos que a constituem procura encontrar apoio perante as situações de crise com as quais se depara no decorrer da vida (GUARDA, GALVÃO e GONÇALVES, 2006).

**Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa** como cuidados diferenciados, prestados continuamente à pessoa com doença crónica avançada ou em fase final de vida e respetivos familiares/cuidadores (OE, 2013a).

Considerando todo o enquadramento concetual referido, no âmbito desta área de especialidade de Enfermagem, atendendo às competências definidas, identificam-se, segundo a OE (2013a), os seguintes enunciados descritivos:

A **satisfação do doente e família**, que se procura aos mais elevados níveis na procura da excelência da prática profissional. Considera-se o papel do Enfermeiro na redução do impacto provocado pela adaptação à doença, perdas e proximidade da morte no cliente e respetiva família; no respeito pela sua individualidade e autonomia nesses processos; e na promoção de parcerias com o cliente e família, numa relação terapêutica facilitadora do cuidar, capacitando-os para a tomada de decisão. Igualmente importantes são as avaliações realizadas com cuidadores e familiares, desenvolvidas para compreender

as necessidades sentidas, ajustando as suas expectativas e as do cliente ao percurso da doença.

A **promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento**, para a qual o Enfermeiro Especialista deve identificar as necessidades do cliente e cuidadores; avaliar o grau de dependência e de sintomatologia não controlada do cliente em contexto de doença crónica avançada ou em fim de vida, atendendo às prioridades e decisões de cuidados a prestar; bem como atender ao rigor técnico e científico das intervenções que implementa, nas quais assume a responsabilidade pelas decisões que toma, atos que pratica e delega.

A **prevenção de complicações**, que deve estar presente na procura da excelência do exercício profissional, pelo que a identificação de problemas potenciais e a implementação de intervenções em relação aos mesmos; a identificação e antecipação de situações de agudização; a referenciação de situações problemáticas externas à sua área de atuação; a identificação de fatores de risco relacionados com exaustão do cliente e cuidadores, utilizando estratégias importantes para reduzir o stresse que advém da dependência crescente do cliente, são essenciais numa prática que se pretende de excelência. O apoio à família no reforço da prestação de cuidados e prevenção de processos de luto patológico; na educação ao cliente e família na gestão do regime terapêutico, principalmente em contexto de ambulatório, e na utilização de estratégias essenciais na prevenção de alguns efeitos adversos, como as quedas e úlceras de pressão, são aspetos fulcrais na prevenção de problemas para a saúde.

A **(re) adaptação funcional às perdas sucessivas**, para a qual o Enfermeiro Especialista desenvolve processos eficazes em parceria com o cliente. Elementos importantes na resposta a este enunciado são: a continuidade dos cuidados; a preparação para a alta em função das necessidades presentes; o ensino do cliente e cuidadores sobre a adaptação necessária neste processo, promovendo a autonomia e maximizando as respetivas capacidades na gestão do regime terapêutico; a promoção de uma comunicação honesta e realista, num processo que considera as necessidades individuais e desejos; e o suporte e apoio do cliente e família nas perdas e resolução do luto.

A **organização dos cuidados de enfermagem especializados**, assegurando e garantindo a sua máxima eficácia. São elementos a considerar nesta organização: os contributos e reflexão crítica do quadro de referências na prática profissional; a melhoria contínua da qualidade e sistema de registos de enfermagem que explicita as necessidades,

intervenções implementadas e resultados das mesmas, na área de especialização; a avaliação da satisfação e dotação de enfermeiros face às necessidades; a política de formação contínua na área de especialidade; o uso de metodologias de organização de cuidados; a realização de protocolos de atuação e de guias de boas práticas; e, por último, a intervenção como Enfermeiro de referência na gestão de casos, contribuindo para divulgar a filosofia dos cuidados paliativos.

Ao realizarmos uma reflexão sobre o PIS desenvolvido em contexto de estágios, como projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao cliente, que visa a promoção da segurança e, após a revisão bibliográfica realizada relativamente aos Padrões de Qualidade, é enriquecedor contextualizá-lo à luz dos mesmos, na medida em que vai ao encontro dos seus enunciados descritivos.

As quedas em ambiente hospitalar, enquanto fenómeno complexo, muitas vezes com repercussões aos níveis individual e organizacional, são incidentes que ocorrem, independentemente do motivo que justificou o internamento do cliente ser doença crítica ou crónica e paliativa, razão pela qual foram referidas as categorias dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade nas duas vertentes. Estes incidentes traduzem uma importante causa de morbilidade e, por vezes, até de mortalidade, o que justifica que sejam suscetíveis de aumentar o número e a gravidade de complicações, as quais são responsáveis pelo aumento dos custos, associado a um maior período de internamento e à realização de exames auxiliares de diagnóstico e tratamento que requerem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Por outro lado, a Segurança define-se como “*a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável*” (DGS, 2011, p.14). Sendo percecionada pelo cliente e família, a segurança dos cuidados é muito valorizada, dando resposta aos enunciados relativos à “Satisfação do cliente” e “Promoção da saúde”.

A ocorrência de quedas pode suscitar dúvidas relativamente à qualidade dos cuidados prestados, pondo em causa essa segurança, conduzindo, simultaneamente, a uma reflexão dos profissionais sobre a mesma.

Apresentando-se como um problema potencial o “Risco de queda”, muitas vezes real, pode representar complicações, pelo que a sua prevenção é uma estratégia prioritária. Assim, a prevenção de ocorrência de quedas insere-se, de uma forma direta, na resposta ao enunciado descritivo “Prevenção de complicações”.

A identificação do risco de ocorrência de quedas e a implementação de intervenções de enfermagem em função desse risco assumem primordial importância na prevenção das mesmas, devendo ser promovidas, de forma contínua, desde a admissão do cliente. Referenciar esse risco na equipa de saúde é uma estratégia a relevar, bem como a promoção de um ambiente seguro e a educação do cliente e familiares sobre este incidente de segurança, definido, na Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, como um *“evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente”* (DGS, 2011, p.15). A uniformização de intervenções preventivas destes incidentes, por parte dos profissionais de enfermagem, conduz-nos ao enunciado referente à “Organização dos cuidados especializados”, procurando a qualidade dos mesmos, considerando as necessidades que o cliente apresenta e os princípios norteadores da profissão de Enfermagem.

Sendo as quedas causa de desconforto e sofrimento pelos danos que, muitas vezes, originam, o desenvolvimento de estratégias de prevenção da ocorrência das mesmas dá, igualmente, resposta aos enunciados descritivos referentes à “Promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento” no âmbito da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, bem como ao “Bem-estar e o autocuidado” na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

É importante considerar que o cliente se encontra inserido num ambiente desconhecido, imposto pela necessidade de hospitalização, pelo que é necessário enquadrá-lo no mesmo para favorecer a sua adaptação em todo o processo de doença e necessidades impostas pela mesma.

### **1.3. A Segurança dos Cuidados enquanto Componente Essencial da Qualidade**

Atualmente há uma maior preocupação com a segurança do cliente em contexto hospitalar, assumindo a mesma um lugar de destaque na prestação de cuidados. Melhorar essa segurança é uma responsabilidade de todos nós enquanto profissionais.

*“Tornou-se quase um lugar-comum afirmar que o mundo evolui rapidamente, exigindo dos seres humanos um esforço de adaptação constante. Aquilo que há alguns séculos nos bastava, hoje já não nos satisfaz e o que há apenas alguns anos nos satisfazia, hoje já não nos convém”* (ADAM, 1994, p.21).

Nos últimos anos, a segurança do cliente hospitalizado tem assumido uma maior importância pelas instituições de saúde, nas quais a qualidade tem especial relevância, e pelos clientes, beneficiários dos cuidados, que valorizam mais o erro, as “falhas” e o impacto das mesmas (SOUSA, SERRANHEIRA e UVA, 2013).

Cada vez mais, os clientes têm consciência dos seus direitos no acesso à saúde, sendo mais exigentes em relação aos mesmos e à sua qualidade, a qual, resumidamente, pode definir-se numa tríade da experiência dos clientes, efetividade e segurança (FRAGATA, 2011).

A qualidade *“inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados”* (HESBEEN, 2001, p. 52). Assim, uma prática de cuidados de qualidade define-se como a que faz sentido para a situação que o cliente está a vivenciar no seu processo de doença, procurando que este alcance a saúde (*Idem*). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.4), *“a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional”*. Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, têm um papel importante na mesma, pelo que a definição dos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem assume especial relevância. A qualidade na saúde implica haver segurança, a qual, no século XXI, representa uma nova componente da mesma (FRAGATA, 2011), certificada por um processo de avaliação do grau de excelência dos aspetos mensuráveis e observáveis, dos cuidados de enfermagem prestados (PHIPPS, SANDS e MAREK, 2003).

Em 2002, a OMS fez a sensibilização dos Estados Membros para a problemática da segurança dos doentes nas instituições de saúde, criando em 2004 a *World Alliance for Patient Safety* e publicando, em 2009, a Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD), utilizando-a como instrumento que possibilita uniformizar conceitos e terminologias técnicas neste âmbito (DGS, 2011). Ainda segundo a DGS, a Segurança do Doente define-se como *“a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os*

*cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (2011, p.14-15).*

A segurança deve traduzir uma preocupação fundamental das instituições de saúde e dos profissionais que nela desempenham a sua atividade profissional, os quais são responsáveis, na dimensão ética, por reduzir os riscos e prevenir a ocorrência de eventos adversos (OE, 2006a). Sendo o valor mais percebido pelo cliente e familiares, é essencial aos mesmos sentirem-se seguros e confiantes em relação aos que deles cuidam (PEDROTO, 2006).

É necessário referir que a necessidade de promover uma melhor segurança do cliente nas instituições de saúde tem sido, gradualmente, aceite como um valor central na prestação de cuidados. O primeiro passo nesse sentido consiste em aumentar a visibilidade do erro decorrente dos cuidados de saúde, na qual os relatos de incidentes, as auditorias realizadas, a revisão de processos e a monitorização de indicadores assumem um papel fulcral. A análise dos erros ocorridos possibilita a aprendizagem com os mesmos, prevenindo ocorrências idênticas no futuro (LAGE, 2010). A existência de uma comunicação não punitiva sobre os eventos adversos e falhas de segurança nas instituições visam melhorar a segurança das mesmas (TRAVASSOS e CALDAS, 2013).

Uma boa gestão da segurança passa por identificar o risco relacionado com os cuidados de saúde, numa área em que, muitas vezes, a segurança depende do desempenho dos profissionais (*Idem*).

James Reason, Cit. por FRAGATA (2011), definiu como componentes estruturantes para a cultura de segurança, uma cultura justa, na qual as pessoas não são punidas pelos erros, mas por violações, uma cultura em que se reporte os eventos de risco e uma cultura de aprendizagem em relação aos eventos ocorridos.

A Ordem dos Enfermeiros, na tomada de posição sobre segurança, salienta que *“Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional”* (2006a, p.9).

É importante acrescentar que, atualmente, a segurança assume um papel prioritário nas políticas de qualidade no âmbito da saúde e, em particular, dos cuidados de enfermagem, sendo um requisito para os mesmos (*Idem*), e que a preocupação com a

segurança deve ser inerente a toda a equipa multidisciplinar, não somente pelo componente ético que se prende com o Bem do beneficiário dos cuidados, mas também pela defesa da credibilidade dos profissionais e das instituições onde desenvolvem a sua prática profissional (FRAGATA, 2011).

Como já mencionado, a segurança do cliente é uma das principais dimensões da qualidade e a gestão do risco assume-se um instrumento para a sua garantia, pois não existe qualidade se os riscos não estiverem reduzidos e controlados (DGS, 2012-2016). Este controlo do risco na prática, além de promover a qualidade dos cuidados prestados como referido, corresponde a realizar plenamente a nossa obrigação, enquanto profissionais, para com a sociedade (OE, 2006a).

Neste sentido, é importante dizer que “*A gestão do risco hospitalar é uma área emergente em Portugal*” (OLIVEIRA, 2005, p.12), que passou a estar na ordem do dia devido aos processos de Acreditação dos hospitais.

Nos dias de hoje, a gestão hospitalar assenta num paradigma de qualidade na prestação de cuidados de saúde, centrado na participação e bem-estar do cliente, na prevenção e gestão do risco clínico, na promoção de uma cultura de segurança num contexto de melhoria contínua (PEDROTO, 2006).

## **1.4. Quedas em Contexto Hospitalar: Importância da Prevenção**

Inserido na temática da segurança do cliente hospitalizado, como já referido, a ocorrência de quedas do mesmo traduz um indicador de qualidade de cuidados de enfermagem na prática profissional, pelo que a sua prevenção assume grande importância na promoção de cuidados de excelência nas instituições de saúde.

As quedas, definidas como eventos traumáticos, multifatoriais e, de forma geral, inesperados, podem conduzir ao aumento do tempo de internamento, maior custo do tratamento, desconforto do cliente e desconfiança do mesmo face à qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como à responsabilidade do profissional (ALMEIDA, ABREU e MENDES, 2010). Traduzem uma grande preocupação no âmbito da segurança em todo o mundo (FRAGATA, 2011). Como o “*incidente de segurança mais reportado no contexto hospitalar*”, pode ter consequências para o cliente hospitalizado, família e profissionais de saúde (COSTA-DIAS, FERREIRA e OLIVEIRA, 2014, p.7).

Para melhor compreender este incidente, existem diversas formas de o classificar. De acordo com Saraiva *et al.* (2008), Cit. por ALMEIDA, ABREU e MENDES (2010), uma dessas classificações conduz-nos à sua análise nas abordagens ecológica, analisando a interação entre a pessoa e o ambiente, cujas ameaças podem traduzir-se em riscos potenciais para a mesma; biomédica, ao dar relevância a determinadas patologias como potenciadoras de quedas; fisiopatológica, quando centrada em certos défices que causem instabilidade na pessoa e, por último, funcional, ao focar-se nos problemas de mobilização da pessoa como ameaça à sua estabilidade.

Segundo FRAGATA (2011), as quedas contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade ao nível hospitalar, principalmente no que se refere à população idosa.

ROCHA e MARZIALE (1998) referem-se às quedas como riscos capazes de ameaçar a integridade física, psicológica e sociológica do cliente, sendo motivo de preocupação de segurança para as instituições de saúde e para os profissionais que nelas trabalham, na medida em que são os incidentes ocorridos mais documentados, razão pela qual constituem um desafio para os mesmos.

ALMEIDA, ABREU e MENDES (2010) salientam que investir na prevenção de ocorrência de quedas é uma prioridade, justificada pelas razões já descritas. Esta prevenção, devido à multiplicidade dos fatores de risco que podem contribuir para a sua ocorrência, deve ser contextualizada na realidade de cada serviço e instituição, de acordo com a prevalência desses fatores, promovendo a qualidade dos cuidados pelo controlo das causas intrínsecas (pela própria condição do cliente) e redução das extrínsecas (associadas a fatores ambientais).

Relativamente aos fatores intrínsecos predisponentes de quedas, na medida em que o PIS está a ser desenvolvido no Serviço de Cardiologia/UCICOR como já mencionado, é importante referir que estudos indicam a relação entre a patologia cardiovascular e o risco de queda. Estabelecem relação direta entre isquemias do miocárdio, como a angina instável, e o risco de cair. Associam, também, a presença de hipertensão arterial e doença vascular com o diagnóstico de enfermagem “Risco de queda”. Por outro lado, de uma forma indireta, assinalam diversos medicamentos que, pelos seus efeitos secundários, aumentam esse risco (VITOR, LOPES e ARAÚJO, 2010). Desses medicamentos, no âmbito da patologia cardiovascular, destacam-se os antiarrítmicos, anti-hipertensores, diuréticos e vasodilatadores (ZASLAVSKY e GUS, 2002).

Assim, é fácil de depreender que os clientes com patologia cardiovascular, pelo risco aumentado de queda, inerente à própria doença e à medicação que tomam no controlo da mesma, exigem dos profissionais uma atenção especial.

ALMEIDA, ABREU e MENDES (2010) referem que, enquanto fenómeno complexo, a sua prevenção, no âmbito da Enfermagem, passa pela adoção de atitudes pró-ativas nas áreas da investigação, na qual os instrumentos de avaliação do risco de queda apoiam a prática diária, monitorizando o impacto da implementação das práticas de prevenção, e pela formação contínua, importante na promoção de um ambiente de segurança.

Apesar da multiplicidade de estratégias que se podem implementar, a prevenção de quedas em meio hospitalar deverá passar por uma rigorosa avaliação individual do risco, iniciada na admissão e com uma contínua monitorização durante o internamento, notificando e caracterizando a sua ocorrência, bem como o aparecimento de novos fatores de risco, de forma a planear intervenções individualizadas e direcionadas a cada cliente. A monitorização do risco de quedas, enquanto estratégia de prevenção, é realizada pela utilização de escalas de avaliação desse risco (*Idem*). “*As escalas de avaliação do risco de queda são ferramentas que atribuem um valor numérico a diversos fatores de risco. Estes são somados de forma a predizerem se o doente tem ou não risco de queda*” (DIAS, MARTINS e ARAÚJO, 2014, p.66). Estas escalas não são universais. Todas elas apresentam vantagens, no entanto também têm limitações operacionais e metodológicas.

Ao avaliar se há um risco aumentado de queda, é essencial considerar três áreas: a mobilidade, o défice sensorial (como dificuldades de visão e audição) e o estado cognitivo (verificar o nível de consciência, grau de orientação). Qualquer défice numa destas áreas pressupõe um maior risco de queda e, como tal, as intervenções devem ser planeadas no sentido de o reduzir ou corrigir.

As escalas de avaliação do risco de queda possibilitam avaliar o risco, o que não é o mesmo que fazer a prevenção eficaz de quedas, uma vez que o *score* avaliado não define, por si só, as intervenções (*Idem*).

A Escala de Morse assume especial importância por ser a implementada na Instituição onde desenvolvemos a atividade profissional e onde este projeto foi implementado. Permite-nos monitorizar o grau de propensão do cliente para a ocorrência de quedas pela atribuição de um *score* de risco (FRAGATA, 2011). Este *score* é calculado pela avaliação de seis critérios, atendendo aos fatores de risco: antecedentes de quedas;

diagnóstico secundário; medicação e/ou heparina endovenosa; marcha; apoio para deambular e estado mental.

É importante que exista consciencialização da problemática das quedas nas instituições de saúde. Os profissionais que nelas trabalham têm um papel essencial na identificação dos fatores de risco, bem como na implementação de intervenções com base em evidências, destinadas à prevenção, tratamento e gestão das quedas e lesões que delas podem advir (OMS, 2010).

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

No âmbito das Unidades Curriculares (UC) de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II, do Curso de MEMC, em contexto dos estágios I, II e III foi desenvolvido e implementado um Projeto de Intervenção em Serviço.

Sendo o projeto “*um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema*” (RUIVO e FERRITO, 2010, p.4), pretende-se que a sua temática incida sobre um problema real, identificado e validado, dando respostas ao mesmo. Surge a partir de uma necessidade no presente, dirigindo-se a sua representação para o futuro, para uma mudança a realizar.

De acordo com LEITE, MALPIQUE e SANTOS, “*os problemas de vida ou de acção são os que melhor se adequam ao Trabalho de Projecto...*” (2001, p.77).

Considerando o problema identificado, o PIS desenvolvido tem o título “A Segurança passa pela Prevenção” e abordaremos em seguida a metodologia utilizada.

### **2.1. Síntese da Metodologia de Projeto utilizada**

A metodologia de projeto, definida por Guerra (1994), Cit. por RUIVO e FERRITO, como um “*conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real*” (2010, p.3), estabelece uma relação entre a teoria e prática, pois esta é suportada pelo conhecimento teórico. Tal afirmação é reforçada por LEITE, MALPIQUE e SANTOS (2001) quando referem que a mesma se centra na resolução de problemas, numa articulação teórico - prática.

Seguindo esta metodologia, em contexto dos estágios I, II e III foi desenvolvido e implementado um PIS no âmbito da prevenção de ocorrência de quedas do cliente hospitalizado, como anteriormente referido, com o título “A Segurança passa pela Prevenção”. Com esta temática pretendemos dar resposta a uma necessidade existente no Serviço de Cardiologia/UCICOR, local escolhido para realizar os estágios, sendo útil para

os profissionais de enfermagem na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados, benéfico para os clientes e, em simultâneo, dando resposta às competências do Curso de MEMC.

Este projeto foi desenvolvido em cinco etapas, as quais constituem a metodologia de projeto (RUIVO e FERRITO, 2010). As mesmas foram realizadas em duas fases distintas do Curso: numa primeira fase, no decurso dos estágios I e II, foram realizados o diagnóstico de situação e o planeamento do projeto; na segunda fase, que decorreu ao longo do estágio III, procedemos à execução, avaliação e divulgação do mesmo, sendo esta última etapa realizada, também, pela redação de um artigo referente ao PIS, onde se deu visibilidade ao projeto implementado (Apêndice I).

Seguidamente apresentamos o PIS realizado nas suas diferentes etapas, separadamente.

### **2.1.1. Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação refere-se à primeira etapa da metodologia de projeto, na qual se recolhem informações, identificam-se problemas, discriminando as causas e os fatores que os condicionam, estabelecem-se prioridades e selecionam-se os recursos necessários na resolução dos mesmos (RUIVO e FERRITO, 2010).

Para compreendermos de maneira abrangente determinada situação, é essencial inseri-la no seu contexto.

O Serviço de Cardiologia de um Centro Hospitalar da Margem Sul é constituído pelo Internamento, pela Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR), pela Unidade de Internamento Rápido (UNIR), pelo Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca e, por fim, pela Unidade de Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica.

O Internamento, com lotação de doze camas, é dividido em quatro quartos, um dos quais destina-se aos clientes provenientes do Laboratório de Eletrofisiologia.

A UNIR, com uma capacidade para cinco camas, é o local onde permanecem os clientes que realizam cateterismos ou cardioversão em regime de ambulatório, de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira, num período até 24 horas.

A Unidade de Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica inclui o Laboratório de Ecocardiografia, de Hemodinâmica, de Eletrofisiologia e a sala de Pacing.

A UCICOR, local escolhido para realizar os estágios, também integrada no Serviço de Cardiologia como referido, é uma sala única, com capacidade para receber seis clientes, com disfunção cardíaca, tendo “*como principais objetivos a monitorização, suporte e recuperação de funções vitais em doentes com patologia cardíaca aguda e/ou crítica, de forma a reduzir a sua morbilidade e mortalidade cardiovascular*” (SANTOS *et al*, 2010, p.1). É de referir que uma destas camas/unidades destina-se à Via Verde Coronária.

Os clientes são admitidos na Unidade vindos de outros serviços, hospitais e Laboratório de Hemodinâmica.

Esta Unidade possui uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Secretárias de Unidade e Técnicos de Cardiopneumologia.

Falando especificamente da equipa de enfermagem, diferente da equipa do Internamento, possui uma Enfermeira responsável, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, mas a Enfermeira Chefe é comum a ambos.

O método de distribuição de trabalho utilizado é o de Enfermeiro responsável.

Em termos de estrutura física, a Unidade não possui WC, tendo os clientes, quando necessário, e possível, deslocar-se ao WC do Internamento, o que pode ser um fator de risco para a ocorrência de quedas.

A avaliação contínua da qualidade é uma prática da Unidade/Serviço, a qual se pretende monitorizar com recurso a alguns indicadores. A procura pela qualidade passa pela segurança do cliente hospitalizado e, neste contexto, as quedas são um indicador de qualidade dos cuidados.

A segurança do cliente hospitalizado, enquanto objeto de estudos e projetos por várias instituições de saúde, pretende reduzir a ocorrência do erro, os riscos e eventos adversos que possam advir. Nestes, destaca-se a diminuição do risco de quedas, pelas consequências que podem originar (COSTA *et al*, 2011).

A contextualização do problema identificado foi realizada com recurso aos seguintes instrumentos de diagnóstico:

- A entrevista exploratória, não estruturada, com a Sra. Enfermeira (Enf<sup>ª</sup>) Chefe do Serviço de Cardiologia, no sentido de compreender as necessidades do mesmo. Sendo a prevenção de ocorrência de quedas um dos objetivos do Serviço para o ano de 2014,

consideramos uma área onde poderíamos intervir, com potencial de desenvolvimento. A entrevista é “*o instrumento privilegiado nos estudos exploratório-descritivos em que o investigador utiliza uma abordagem qualitativa*”. Por ser não estruturada “*a formulação das questões é deixada à livre disposição do responsável da entrevista*” (FORTIN, 1999, p.263). É “*um meio bastante utilizado para recolha de informação, opiniões ou de necessidades*” (RUIVO e FERRITO, 2010, p.14).

Posteriormente foi validado a pertinência do tema com Sra. Enf<sup>a</sup> responsável pela UCICOR, com a Sra. Enf<sup>a</sup> orientadora do estágio, bem como com alguns elementos da equipa de enfermagem. Foi igualmente considerada a opinião do Enfermeiro de referência do Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico (GIARC) deste Centro Hospitalar, que considerou que esta é uma área onde é necessário intervir, com base nos relatos de incidentes que recebe. Estes promovem uma cultura de segurança, na resposta ao processo de Acreditação Hospitalar. Enquanto perito, o Enfermeiro de referência, pela sua vasta experiência na área, possui a total compreensão da globalidade desta problemática (BENNER, 2001). É importante referir que, segundo o GIARC, em 2013 foram relatadas, pelo Serviço de Cardiologia, treze quedas.

Sendo os relatos de incidentes um recurso essencial na melhoria contínua da qualidade, a sua análise, com o propósito de caracterizar essas quedas, podem originar informação útil na implementação de estratégias futuras adequadas a usar na prevenção das mesmas. Neste sentido, com o apoio de um instrumento orientador de colheita de dados (Apêndice II), pretendemos caracterizar alguns fatores precipitantes desses incidentes, documentados nos relatos realizados. O instrumento de diagnóstico construído possibilita estruturar e organizar os aspetos a analisar.

Atendendo às considerações éticas a seguir com o desenvolvimento do projeto, foi solicitada autorização à Direção de Enfermagem e ao GIARC para aceder aos relatos de quedas efetuados pelo Serviço em questão, referentes a 2013, a qual foi concedida (Anexo I).

- A observação, onde foi possível constatar, através dos registos de enfermagem relativamente à avaliação de risco de quedas, que no período de tempo compreendido entre 24 e 31 de março de 2014, numa amostra de treze clientes, alguns deles apresentavam *scores* muito diferentes e que a periodicidade de avaliação da Escala de Morse não era uniforme, isto é, existiam clientes internados que tinham uma avaliação diária, enquanto em outros isso não se verificava. Foi igualmente possível observar que, independentemente

do *score* da Escala, quando o risco era elevado os clientes não ficavam referenciados na equipa.

A observação possibilita compreender melhor a realidade. Os métodos de observação permitem adquirir informações de acordo com o objetivo de estudo, quer por observação direta ou pelo registo de dados (FORTIN, 1999).

- Análise SWOT, que se apresenta como um instrumento de diagnóstico sintetizador, possibilitando refletir e analisar os pontos fortes e fracos de determinada situação (SANTOS, SOBREIRO e CALCA, 2007). (Apêndice III). Este método de análise “*é uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnóstico, quer em análise organizacional*” (RUIVO e FERRITO, 2010, p.14). Com base neste instrumento, foi possível constatar que este projeto apresentava mais oportunidades e pontos fortes do que ameaças e pontos fracos, sendo fundamental para a etapa seguinte de desenvolvimento do projeto - o planeamento.

No âmbito da temática escolhida para o projeto, na promoção de uma prática baseada na prevenção, considerando o diagnóstico realizado com recurso aos instrumentos mencionados, como **problema geral** identificou-se a falta de uniformização na equipa de enfermagem relativamente às estratégias/intervenções a desenvolver na prevenção de ocorrência de quedas no cliente hospitalizado no Serviço de Cardiologia/UCICOR.

É essencial realizar uma correta formulação do problema, devendo este ser descrito por factos passíveis de verificação. Quando mal formulado, o problema pode conduzir a uma incorreta visão da situação, logo de tomada de decisões incorretas (RUIVO e FERRITO, 2010). De acordo com LEITE, MALPIQUE e SANTOS (2001), a formulação de um problema implica a sua descrição, o seu enquadramento, as suas características e os problemas parcelares que o constituem.

Após definido o problema geral, foram identificados quatro **problemas parcelares**:

1) Necessidade de uniformização na equipa de enfermagem em relação aos itens de preenchimento da Escala de Morse;

2) Necessidade de definição da periodicidade do preenchimento da Escala de Morse, adequada às necessidades do Serviço, o que foi identificado na amostra de treze clientes atrás referida. Dois deles não tinham a avaliação do risco de queda realizada na admissão, enquanto onze tinham. Por outro lado, durante o seu internamento, apenas um destes clientes teve realizada essa avaliação diariamente, quatro variavam com um

intervalo de dois em dois dias, existindo ainda alguns que somente possuíam esta avaliação realizada na admissão;

3) Não implementação de intervenções/ações a desenvolver, adequadas à realidade do Serviço, de acordo com o *score* da Escala de Morse;

4) Necessidade de sensibilização dos profissionais de enfermagem relativamente a referenciar, dentro da equipa, o cliente com alto risco de queda.

Após revisão bibliográfica sobre a temática do projeto a desenvolver, considerando os problemas identificados, foram traçadas como prioridades a compreensão dos fatores predisponentes das quedas que ocorreram no ano de 2013, caracterizando esta problemática, no sentido de adotar as medidas preventivas adequadas ao Serviço de Cardiologia/UCICOR.

É prioritário fazer formação à equipa de enfermagem do Serviço em questão sobre a problemática das quedas em contexto hospitalar, incluindo nesta a divulgação da Norma de Orientação Clínica (NOC) existente na instituição sobre a prevenção da sua ocorrência (Anexo II). A formação é importante na promoção e desenvolvimento de um ambiente de segurança, pela responsabilização de cada um enquanto profissional inserido numa equipa (ALMEIDA, ABREU e MENDES, 2010).

A uniformização de ações na área de intervenção dos profissionais de enfermagem é essencial na promoção da segurança do cliente hospitalizado, logo na qualidade dos cuidados prestados.

### 2.1.2. Planeamento

Após a identificação dos problemas parcelares, foram delineados os objetivos no sentido de dar resposta aos mesmos. Os objetivos definem-se como resultados a atingir, num espaço de tempo delimitado, com uso de determinados recursos (KURCGANT, 1991).

Assim, como **objetivo geral** deste projeto, pretendemos promover a qualidade dos cuidados de enfermagem ao cliente internado no Serviço de Cardiologia/UCICOR, no âmbito da prevenção de ocorrência de quedas.

Definimos como **objetivos específicos**:

1) Conhecer os fatores precipitantes das quedas que existiram no Serviço no ano

de 2013;

2) Uniformizar procedimentos na equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCICOR na prevenção de ocorrência de quedas do cliente em contexto hospitalar, promovendo a segurança do mesmo;

3) Contribuir para a aquisição de conhecimentos da equipa de enfermagem em relação à Escala de Morse, definindo a periodicidade da avaliação da mesma, de acordo com as necessidades do Serviço;

4) Desenvolver estratégias de prevenção de quedas no cliente hospitalizado para reduzir o risco de queda.

Após o problema identificado e definidos os objetivos, a etapa do planeamento surge como uma antecipação do que vai ser desenvolvido. Segundo RUIVO e FERRITO (2010), inclui as atividades e estratégias a implementar no sentido de atingir os objetivos já delineados, considerando os recursos a utilizar. A calendarização das mesmas em cronograma é parte integrante do planeamento.

Considerando os objetivos específicos traçados, foram delineadas estratégias e atividades a desenvolver num determinado período de tempo. NOGUEIRA afirma que “*é conveniente estabelecer um plano de ação para cada objetivo*” (2005, p.75).

As atividades e estratégias desenvolvidas em função de cada objetivo específico delineado, os recursos humanos, materiais e de tempo requeridos para o desenvolvimento do projeto, bem como os indicadores de avaliação definidos encontram-se, pormenorizadamente, na ficha de planeamento do PIS, disponibilizada em Apêndice, juntamente com o cronograma previsto (Apêndice IV).

### **2.1.3. Execução**

Segundo NOGUEIRA (2005), a execução refere-se a colocar em prática tudo o que foi planeado, sendo esta a etapa mais trabalhosa e, em simultâneo, a mais gratificante. Nesta etapa da metodologia de projeto implementam-se as atividades/estratégias previamente planeadas para atingir os objetivos delineados (RUIVO e FERRITO, 2010).

Seguidamente, e de forma a explicitar o que foi realizado com o propósito de dar resposta aos objetivos específicos do projeto, passamos a enumerá-los individualmente.

Para dar resposta ao primeiro objetivo, traduzido por **Conhecer os fatores precipitantes das quedas que existiram no Serviço no ano de 2013**, foi elaborado, como já referido, um instrumento orientador de colheita de dados, que se pretendeu facilitador na análise dos relatos de incidentes do Serviço de Cardiologia/UCICOR referentes às quedas que ocorreram em 2013. Posteriormente, com o apoio desse instrumento construído, após autorização concedida pela Direção de Enfermagem e pelo GIARC, foi realizada a análise desses relatos, o que nos permitiu caracterizar as quedas ocorridas, assim como alguns aspetos relativos aos clientes que, no seu internamento, sofreram esses incidentes.

ALMEIDA, ABREU e MENDES (2010) referem que a existência de um elevado número de fatores predisponentes de risco de queda demonstra que a prevenção deste incidente deve ser realizada intencionalmente, considerando a especificidade de cada serviço e dos seus clientes.

A análise realizada, ainda na etapa do diagnóstico, incidiu sobre os seguintes aspetos, contemplados nesse instrumento: sexo; idade; estado de consciência; mês; dia da semana; turno e local em que ocorreram as quedas; clientes nos quais foi avaliado o risco de queda pelo preenchimento da Escala de Morse e, por último, a distribuição de ocorrência de quedas quanto a esse risco. Os resultados da mesma encontram-se em Apêndice (Apêndice V).

É importante ter presente que a amostra se restringiu a treze clientes que estiveram hospitalizados nesse Serviço em 2013, número correspondente às quedas ocorridas, documentadas pelo GIARC da Instituição em questão.

Os relatos de incidentes, instrumentos facilitadores na comunicação dos mesmos, possibilitaram-nos caracterizar as quedas ocorridas, apesar de limitativos em relação a determinados aspetos que contextualizariam melhor estas ocorrências, como as patologias associadas e a medicação instituída dos clientes que caíram, não sendo possível relacionar esse fatores, uma vez que não continham estas informações. Como refere LAGE (2010, p.13), *“a análise dos incidentes relatados e a determinação das suas causas pode originar informação útil sobre problemas existentes no sistema, detectando quebras de segurança, muitas vezes insuspeitadas, na prestação de cuidados”*.

Para atingir o segundo objetivo específico delineado, que diz respeito a **Uniformizar procedimentos na equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCICOR na prevenção de ocorrência de quedas no cliente em contexto hospitalar, promovendo a segurança do mesmo**, o envolvimento de todos os

profissionais da equipa de enfermagem no projeto, sensibilizando-os para esta problemática enquanto área em que podemos intervir, foi fulcral no sucesso do mesmo. Numa fase inicial, de uma forma informal, demos conhecimento aos enfermeiros sobre o projeto em desenvolvimento. Posteriormente realizamos uma formação direcionada à equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCICOR, subordinada ao tema “Quedas em Contexto Hospitalar”, cujo planeamento da sessão se encontra em Apêndice (Apêndice VI). Nesta formação, fizemos a apresentação do projeto em desenvolvimento, de uma maneira formal, evidenciando a problemática identificada na etapa do diagnóstico, divulgámos a caracterização dos fatores predisponentes da ocorrência de quedas no Serviço no ano de 2013 e discutimos com a equipa quais as intervenções a definir, no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), associadas ao foco “queda” (Apêndice VII).

A formação em serviço, dinamizada pela equipa de enfermagem, responde às necessidades previamente identificadas, procurando colmatar as lacunas existentes. É importante encará-la como um processo que promove o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a práxis profissional (BÁRTOLO, 2007). A opção por este momento formal de formação justificou-se por pretendermos abranger o maior número de elementos das equipas de enfermagem (Cardiologia e UCICOR).

As reuniões informais realizadas com os elementos dinamizadores do risco do Serviço sobre qual a melhor forma de identificar/relatar os riscos ambientais que possam contribuir para a ocorrência de quedas assumiram um papel relevante na discriminação de aspetos ambientais predisponentes da sua ocorrência. Tal facto é fundamentado pelo que afirmam RAMOS e TRINDADE quando dizem que *“para que a gestão do risco seja dinâmica e abrangente, e faça parte da prática diária de todos os profissionais é indispensável a criação de uma Equipa de Interlocutores para a gerir o risco localmente, sendo os actores principais neste processo de envolvimento total”* (2011, p.17).

Os relatos de incidentes assumem-se como uma ferramenta prática na divulgação dos riscos ambientais que possam contribuir para a ocorrência de quedas. Igualmente importante foi promover a avaliação do risco de queda nos clientes hospitalizados, essencial na monitorização do mesmo, o que possibilita desenvolver intervenções preventivas adequadas em função do risco existente.

A partilha de experiências no decorrer da formação assumiu-se como enriquecedora da mesma.

A ocorrência de quedas, como indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem na área da segurança, possibilita realizar avaliações sistematizadas dos cuidados.

Sendo o terceiro objetivo **Contribuir para a aquisição de conhecimentos da equipa de enfermagem em relação à Escala de Morse, definindo a periodicidade da avaliação da mesma, de acordo com as necessidades do Serviço**, procedemos à revisão bibliográfica sobre esta temática, procurando informação atualizada, sobre a NOC referente à prevenção de ocorrência de quedas existente na Instituição, disponível na pasta do risco da mesma, na Intranet, e sobre a Escala de Morse. Somente desta forma foi possível dar resposta às dúvidas dos profissionais de enfermagem.

Por conversas informais com alguns deles e por observação dos registos, na etapa de diagnóstico, onde constatamos que não havia conformidade no preenchimento dos itens da Escala de Morse, identificamos as necessidades formativas da equipa sobre a monitorização da ocorrência de quedas no cliente hospitalizado. Nesse sentido, aproveitamos o momento formativo e, em simultâneo com a apresentação das etapas do PIS desenvolvidas, realizamos formação para colmatar essas necessidades, o que se revelou decisivo na correta avaliação do risco de queda. *“A explicação fornecida para cada item sobre a forma como deve ser entendida e interpretada a escala é fundamental para que todos possam utilizar a escala do mesmo modo”* (COSTA-DIAS, FERREIRA e OLIVEIRA, 2014, p.8).

Com a reflexão crítica sobre a ocorrência de quedas em contexto hospitalar, enquanto indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem, considerando que os clientes com patologia cardíaca possuem um risco aumentado de quedas como documentam alguns estudos já mencionados, a equipa de enfermagem decidiu que a avaliação do risco de queda deve ser diária, no turno da manhã, sendo esta uma estratégia a seguir na prevenção destes incidentes.

Salienta-se a importância de iniciar a avaliação do risco de queda, através da Escala de Morse, logo na admissão, identificando as intervenções necessárias a adotar na promoção da segurança do cliente (ELKIN, PERRY e POTTER, 2005). Esta avaliação deve ser realizada durante o internamento, regularmente.

A implementação da avaliação do *score* do risco de quedas, utilizando a Escala de Morse enquanto instrumento, possibilita adequar medidas de prevenção adequadas a cada situação (FRAGATA, 2011).

De acordo com RAMOS e TRINDADE (2011), a resposta ao risco identificado passa pela implementação de um plano de melhoria para o reduzir.

O quarto e último objetivo do projeto a implementar consiste em **Desenvolver estratégias de prevenção de quedas no cliente hospitalizado para reduzir o risco de queda**. Este, mais abrangente, é direcionado ao cliente, bem como às equipas de enfermagem e de assistentes operacionais, sensibilizando-as em relação a determinados aspetos predisponentes da ocorrência de quedas.

O referenciar o cliente na equipa de enfermagem perante um médio ou alto risco de queda, pelo uso de uma sinalética, foi outra estratégia proposta na formação realizada. Tal facto é apoiado por ELKIN, PERRY e POTTER (2005) que referem que os clientes hospitalizados que tenham presente o risco de queda devem ser identificados, através de um sistema visual. A sinalética implementada no Serviço de Cardiologia/UCICOR, para aplicar no quadro de cuidados, foi um triângulo, cuja cor difere em função do risco: para médio risco, o triângulo é amarelo, enquanto que para alto risco é vermelho (Apêndice VIII). Desta forma, toda a equipa fica desperta para o risco existente.

Estratégias como a elaboração e implementação de um folheto informativo para o cliente intitulado “Quedas no Hospital”, assim como a realização de ensinamentos ao mesmo sobre o risco de queda e a importância da sua prevenção assumiram-se como facilitadoras no atingir deste objetivo. De acordo com a OE (2006a) a segurança passa, também, pela informação sobre os riscos e a sua redução. A elaboração do folheto informativo, para o qual foram consideradas as sugestões da equipa, teve o propósito de envolver o cliente e o familiar/pessoa significativa na prevenção da ocorrência de quedas (Apêndice IX). A educação para a segurança deve ser feita de maneira continuada (DGS, 2012-2016).

Aspetos essenciais na prevenção de quedas, como uma iluminação adequada, o chão seco e desimpedido, a informação sobre como aceder à campainha de chamada e como utilizá-la, a manutenção do nível da cama o mais baixo possível e travada, bem como as laterais elevadas para recordar ao cliente a necessidade de pedir ajuda quando realizar levante, são essenciais na promoção de um ambiente seguro (ELKIN, PERRY e POTTER, 2005).

ALMEIDA, ABREU e MENDES (2010) referem que é de extrema importância envolver os clientes e respetivos cuidadores nesse processo de prevenção.

Uma vez que não foi possível toda a equipa de enfermagem assistir à formação realizada na apresentação formal do PIS e dada a pertinência da temática, divulgamos a

formação realizada, informalmente, e de forma individual, aos elementos da equipa que não estiveram presentes. Assim, toda a equipa teve conhecimento dos aspetos focados e das estratégias a implementar na procura de melhorar a prática nesta área de intervenção. Tal como refere CHIAVENATO (2004), a comunicação promove a motivação pelo esclarecimento do que deve ser feito, bem como a orientação sobre o que fazer para melhorar.

Um aspeto a focar, não contemplado no planeamento realizado e solicitado pela equipa de enfermagem, foi a elaboração do procedimento “Quedas em Contexto Hospitalar - Estratégias de Prevenção” que se pretendeu facilitador na uniformização do modo de atuação da equipa relativamente a esta problemática (Apêndice X). Um procedimento implica “*uma descrição detalhada e sequencial de como uma atividade deve ser realizada*” (KURCGANT, 1991, p.69). Deve ser explícito, de maneira a não deixar dúvidas a quem o lê, na forma de execução (*Idem*).

Com o intento de facilitar a consulta dos profissionais de enfermagem, no caso de dúvidas, em relação à NOC referente à prevenção de ocorrência de quedas, à Escala de Morse e ao procedimento elaborado, foi organizado um *dossier* com os mesmos.

Uma outra estratégia considerada para atingir este objetivo passou pela realização de uma formação dirigida às assistentes operacionais do Serviço, com o propósito de as envolver neste projeto, sensibilizando-as para fatores ambientais a considerar na prevenção de quedas, promovendo desta forma um ambiente de segurança. Foi, igualmente, realizado o planeamento da sessão intitulada “Quedas em Contexto Hospitalar” (Apêndice XI). Relativamente a esta formação, dado o limitado número de assistentes operacionais presentes na mesma, sentimos como fator constrangedor o tempo, sendo necessário um maior período para fazer a sensibilização informal das mesmas em relação a esta problemática.

#### **2.1.4. Avaliação**

A avaliação do PIS “*implica a verificação da consecução dos objectivos definidos inicialmente*” (RUIVO e FERRITO, 2010, p.26), assumindo um papel fulcral.

A conceção e implementação do projeto “A Segurança passa pela Prevenção”, no

âmbito da prevenção de ocorrência de quedas no cliente hospitalizado, foi um compromisso que assumimos perante o Serviço onde realizamos estágios, enquanto estudantes do Curso de MEMC. Como já mencionado, as quedas em ambiente hospitalar são uma realidade, que requerem o desenvolvimento de estratégias de prevenção, visando a segurança do cliente.

O que teve início com um problema identificado transformou-se numa oportunidade de implementar um projeto numa área de grande interesse e pertinência na realidade das instituições de saúde. Como refere BENNER, “*para resolver eficazmente um problema é necessário envolver-se e acreditar naquilo que fazemos*” (2001, p.235). E foi isso que fizemos, acreditamos no nosso projeto!

Este, no percurso desenvolvido, assumiu-se como motivador, pelo interesse que despertou, não apenas a quem o desenvolveu, mas também para os profissionais a quem se dirigiu, sendo bastante aplicável na prática em contexto de prestação de cuidados.

Sendo implementado no Serviço de Cardiologia/UCICOR, possibilitou-nos intervir sobre uma realidade diferente de onde desenvolvemos a nossa prática profissional diária, pelo que a reflexão sobre a mesma foi uma constante.

Na etapa da avaliação do PIS diferenciamos dois momentos: a avaliação intermédia e a final. Na primeira, como dizem RUIVO e FERRITO, “*são realizadas as primeiras críticas sobre o trabalho elaborado e realizados os ajustes necessários*” (2010, p.25).

Esta avaliação possibilitou-nos fazer algumas adaptações em relação ao tempo em que foram desenvolvidas as atividades e estratégias para dar resposta aos objetivos delineados, no sentido de melhor responder às necessidades da equipa. Foram introduzidas como estratégias, que não tinham sido planeadas, o procedimento “*Quedas em contexto hospitalar - Estratégias de prevenção*” e a organização de um *dossier* com informações pertinentes nesta temática, que se assumiram facilitadoras. Foi elaborado um novo cronograma, com os ajustes realizados (Apêndice XII). Tal facto vai ao encontro do que diz SILVA (1991, p.233), “*a melhor estratégia consiste naquela que melhor se adapte às exigências da situação vivenciada*”.

No sentido de compreender de que forma os elementos da equipa de enfermagem consideraram a pertinência da formação realizada, no final da sessão foram utilizados questionários da Instituição para a avaliar. Foram analisados os objetivos, conteúdos e estrutura da formação, bem como a utilidade do tema, numa amostra de treze

questionários, numa classificação que podia ser insuficiente, suficiente, bom e muito bom. Em relação aos objetivos, doze enfermeiros consideraram-nos “ muito bom” e um classificou-os de “bom”; nos conteúdos foi unânime a opinião de “muito bom”; na estrutura, onze elementos julgaram “muito bom” e dois “bom”; por último, a utilidade do tema, que foi avaliado de “muito bom” por todos os elementos que assistiram à formação.

Relativamente à avaliação final realizada, com o término do PIS recorreremos à observação enquanto instrumento de avaliação. NOGUEIRA (2005) refere que a avaliação do projeto deve basear-se nos objetivos definidos inicialmente.

Foram delineados quatro objetivos, claros e realizáveis, e todos atingidos, apesar de nem sempre terem sido conseguidos no tempo inicialmente planeado, o que se justificou pela pertinência e utilidade dos mesmos.

Procedemos à observação dos registos de enfermagem relativamente à avaliação de risco de quedas, tal como realizado na etapa do diagnóstico, no período de tempo compreendido entre 12 e 22 de janeiro de 2015, numa amostra de vinte e nove clientes hospitalizados. Este período coincidiu com a fase final do estágio. Nesta observação focamos os seguintes aspetos: Avaliação diária da Escala de Morse, de acordo com o que foi definido; *Score* do risco registado nos alertas (no momento de admissão) e o “Risco de queda” levantado nos focos de enfermagem. Constatámos que dos vinte e nove clientes, vinte e três apresentavam monitorização diária da Escala de Morse, o *Score* obtido no momento da admissão estava registado em alertas no SAPE em vinte e cinco clientes, igual número com “Risco de queda” levantado nos focos de enfermagem.

Fundamentando estes dados, o Relatório Final da Auditoria Clínica realizada à aplicação da NOC relativa à Prevenção de ocorrência de quedas, pelo GIARC, no Serviço onde a mestranda realizou os estágios, reforçou que a Taxa de Conformidade Global foi de 100%.

Assim, a monitorização dos parâmetros mencionados e a auditoria realizada possibilitaram-nos avaliar a implementação do projeto.

A equipa de enfermagem preocupou-se em colocar no quadro do plano de cuidados os triângulos em função do risco que o cliente apresentava, o que demonstrou ser facilitador na referenciação do mesmo.

Foi muito gratificante observarmos estes resultados e, em simultâneo, constatarmos que a equipa nos vê como alguém de referência nesta área de intervenção.

Denotamos, ao longo da implementação do PIS, a necessidade de modificar a prática desenvolvida na temática da prevenção de quedas para o que se pretendia desejado face ao problema e ao conhecimento de estratégias na sua resolução. Estas mudanças ocorrem aos níveis do conhecimento, da atitude, do comportamento individual e grupal, requerendo estas últimas tempo (SILVA, 1991). “*Toda a mudança implica novos caminhos, novas abordagens, novas soluções*” (CHIAVENATO, 2004, p.409).

Apesar do projeto ter sido implementado onde realizámos os estágios, sendo a ocorrência de quedas um indicador da qualidade dos cuidados na Instituição, pretendemos, futuramente, aplicá-lo no Serviço onde desenvolvemos a nossa atividade profissional, no qual somos elementos de referência no contexto de quedas do cliente hospitalizado, adaptando-o às especificidades do mesmo.

### **2.1.5. Divulgação dos Resultados**

A divulgação dos resultados, última etapa da metodologia do projeto, assumiu-se de grande importância por dar a conhecer a pertinência do trabalho realizado, todas as etapas desenvolvidas a partir da identificação de um problema e as estratégias delineadas no sentido de lhe dar resposta, visando a qualidade dos cuidados (RUIVO e FERRITO, 2010). Garante o conhecimento externo do projeto, sendo igualmente uma maneira de sensibilizar outros profissionais relativamente ao problema existente e o método utilizado na resolução do mesmo (*Idem*).

Foram vários os recursos a utilizar na divulgação do PIS realizado, designadamente a participação no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS, que decorreu nos dias 3 e 4 de julho de 2014; e a formação em serviço realizada.

No 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS, apresentamos um *poster*, com o título “Quedas - Indicador de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, onde a pesquisa desenvolvida no âmbito do PIS foi sistematizada.

O presente relatório permite-nos, igualmente, dar a conhecer todo o percurso desenvolvido em relação ao PIS, na medida em que faz referência às suas etapas. Posteriormente, a discussão pública promoverá a sua divulgação.

Também a realização de um artigo sobre o projeto desenvolvido assume-se como outra maneira de o divulgar.

### 3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

Todo o caminho que percorremos, no âmbito do Curso de MEMC, visou a aquisição e desenvolvimento do perfil de competências definidas, enquanto futuros Especialistas e Mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Apresentamos de forma ampla o desenvolvido no âmbito do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), sendo aprofundada a análise do desenvolvimento das competências comuns e específicas no capítulo seguinte.

*“O desenvolvimento das competências acontece na progressão da experiência, particularmente dos recursos incorporados no profissional: os saberes (teóricos, do meio, procedimentais), os saber - fazer (formalizados, empíricos, relacionais, cognitivos), as aptidões ou qualidades, fisiológicas e emocionais”* (SAPETA, 2011, p.103).

Segundo Abdellah *“a tipologia dos 21 problemas e competências de enfermagem foi desenvolvida para constituir o corpo de conhecimento único que é a enfermagem”* (TOMEY, 2004, p.129). Para esta teórica, a Enfermagem encontra-se agrupada em vinte e uma áreas distintas de problemas, as quais orientam a organização dos cuidados na prática dos profissionais de enfermagem e promovem a utilização do julgamento nessa prática (FALCO, 2000). Baseado nesses problemas, são realizados diagnósticos de enfermagem e planeadas intervenções na resposta aos mesmos (TOMEY, 2004).

Falando especificamente do PAC, o mesmo decorreu da necessidade de adquirir e consolidar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (IPS-ESS, 2013/2014 e 2015/2016). O seu desenvolvimento assumiu-se como essencial, numa articulação entre a teoria e a prática, sendo promotor de aprendizagens.

Segundo ABREU *“a aprendizagem em contexto clínico é actualmente uma dimensão estruturante da socialização e da formação dos profissionais de saúde”* (2007, p.11).

No decorrer dos estágios I, II e III evidenciamos as áreas que deram resposta à aquisição e desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica e na Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, assim como identificamos onde poderíamos intervir, com base em

diagnósticos realizados, definindo objetivos de intervenção, planeando e implementando atividades /estratégias para os atingir.

Na vertente do cuidado ao cliente em processos complexos de doença crítica, os estágios realizados contextualizaram-se nesta área de intervenção do Enfermeiro Especialista. Salientamos a prestação de cuidados ao cliente com patologia cardíaca, com instabilidade hemodinâmica, numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, bem como o estágio de observação, num total de 16 horas, no laboratório de Hemodinâmica e Intervenção Coronária.

No âmbito da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, a pesquisa bibliográfica e as formações realizadas nesta área de intervenção, bem como os contributos lecionados no Curso, assumiram papel de destaque na reflexão sobre a prática da realidade institucional onde realizamos os estágios e desenvolvemos o nosso exercício profissional, promovendo a aquisição de competências.

Na vertente da prevenção e controlo da infeção foi realizado um diagnóstico das necessidades do Serviço, em contexto dos estágios, sendo a infeção um risco presente nas diversas áreas de atuação. Identificamos, através da observação, que as assistentes operacionais, aquando o despejo do saco de drenagem de urina, não utilizavam, muitas vezes, equipamento de proteção individual, da mesma forma que não o faziam para um recipiente individualizado, o que acrescia riscos para as próprias e colocava em causa a segurança do cliente. Foi validada a pertinência deste diagnóstico com os dois elementos dinamizadores da Comissão do Controlo de Infeção (CCI), que fazem parte da equipa de enfermagem do Serviço, às quais, entre outras funções, compete-lhes promover boas práticas na área do controlo de infeção.

Com base neste diagnóstico realizado, procuramos dar resposta ao problema identificado, planeando estratégias na resposta ao mesmo. Foram definidos objetivos, contemplados no planeamento (Apêndice XIII).

A estratégia implementada passou pela formação sobre este tema, dirigida às assistentes operacionais, para promover boas práticas, cujo planeamento da sessão apresentamos em apêndice (Apêndice XIV). No entanto, uma vez que apenas uma minoria da equipa assistiu a esta formação, optamos por realizar o procedimento “Boas Práticas no Despejo do Saco de Drenagem de Urina” (Apêndice XV), posteriormente divulgado. É importante salientar que não existe, na Instituição, qualquer procedimento neste âmbito. A avaliação desta estratégia foi realizada com base no conhecimento deste procedimento por

toda a equipa de assistentes operacionais, o que foi conseguido devido ao papel que a Sra. Enf<sup>a</sup> Chefe teve na divulgação do mesmo, assim como pela observação de como são realizados os despejos dos sacos de drenagem de urina.

CHIAVENATO (2004) refere que uma mudança planeada implica uma atividade intencional, orientada para atingir resultados. Não foi uma mudança fácil de implementar, no entanto pudemos observar que o despejo é feito, atualmente, para um saco de esvaziamento, individualizado, em circuito fechado. Relativamente ao equipamento de proteção individual, ainda há algum caminho a percorrer.

Aproveitando o momento formativo realizado foi efetuada uma formação sobre a higienização das mãos, cujo planeamento se encontra em apêndice (Apêndice XVI). A escolha da temática justificou-se, não apenas pela sua relevância, mas também pelo diagnóstico realizado pelos elementos dinamizadores da CCI, dando resposta à prevenção e controlo da infeção.

A transmissão de microrganismos através das mãos é uma realidade, pelo que a higiene das mãos é uma precaução básica, e a mais relevante, na prevenção e controlo da infeção (DGS, 2010a).

De mencionar que, na resposta a esta competência, foram igualmente desenvolvidas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, principalmente nos domínios da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, numa mobilização de conhecimentos promotores de uma práxis de excelência.

No sentido de adquirir e consolidar conhecimentos na resposta às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, considerando o contexto onde foram desenvolvidos os estágios, cujo foco foi o cliente com patologia cardíaca, assume grande relevância evidenciar como foi realizada a aquisição e desenvolvimento destas competências.

É comum o cliente com patologia cardíaca ter, ao longo da sua vida, vários internamentos, justificados pela progressão da doença ou por quadros de agudização da mesma. Uma vez que o Serviço de Cardiologia possui a consulta de enfermagem ao cliente com Insuficiência Cardíaca, e sendo esta uma doença crónica, optamos por dirigir a nossa intervenção para essa área.

No decorrer do estágio II, numa entrevista não estruturada com os elementos da equipa de enfermagem que dão apoio a essa consulta, constatamos que não existe qualquer folheto informativo para os cuidadores/familiares do cliente com Insuficiência Cardíaca.

No estágio III, no sentido de colmatar a necessidade identificada anteriormente, propusemo-nos dar resposta à mesma. Desenvolvemos, também, um conjunto de estratégias e atividades na área de intervenção da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, as quais estão contempladas no planeamento realizado (Apêndice XVII).

Como já mencionado, a Insuficiência Cardíaca é uma doença crónica e, como tal, requer tratamento ao longo da vida, com o propósito de reduzir a mortalidade e morbilidade que dela advém, bem como promover a qualidade de vida de quem tem este diagnóstico.

O Enfermeiro assume um papel relevante na gestão da doença crónica, o qual passa por informar e educar clientes e cuidadores no sentido de terem a consciencialização do risco, desenvolverem hábitos de vida saudáveis essenciais na prevenção de complicações, mudando comportamentos (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2010).

Alterações no estilo de vida do cliente com Insuficiência Cardíaca podem prevenir o agravamento da doença e aliviar a sintomatologia. Como referem PHIPPS, LONG e WOODS (1990), a doença crónica requer um processo de aprendizagem, uma vez que coloca restrições sobre as atividades diárias.

No seu conceito de saúde, Abdellah destaca a importância da prevenção e reabilitação do cliente na procura do seu bem-estar (FALCO, 2000).

A consulta de enfermagem ao cliente com Insuficiência Cardíaca foi implementada em janeiro de 2010. Nela, identificam-se as necessidades do cliente e cuidador/família, valorizando-se a educação estruturada sobre a patologia, de forma a envolvê-los no processo de doença. Atualmente decorre às terças e quintas-feiras, articulando-se com a consulta médica.

A possibilidade de assistirmos a esta consulta foi enriquecedora das aprendizagens realizadas no decorrer dos estágios, conferindo-nos uma perspetiva da evolução do processo de doença e não apenas da agudização do mesmo, sendo facilitadora na elaboração de um folheto informativo intitulado “Insuficiência Cardíaca: Informações ao Cuidador/Família” (Apêndice XVIII). Pretendemos que seja um suporte para os mesmos.

O folheto, apesar de validado com a Sra. En<sup>fa</sup> Chefe do Serviço e com elementos da equipa de enfermagem da consulta de Insuficiência Cardíaca, ainda não foi implementado, pelo que não foi possível avaliar o impacto do mesmo.

## 4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS

O Enfermeiro Especialista é aquele “*com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*” (REGULAMENTO N° 122/2011, p.8648).

As suas competências decorrem do aprofundamento de competências do Enfermeiro de cuidados gerais, diferenciando-se em comuns e específicas (*Idem*).

Neste capítulo, procedemos à análise e reflexão do percurso realizado na aquisição, desenvolvimento e consolidação destas competências.

### 4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista definem-se como “*competências que todos os enfermeiros especialistas possuem, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*” (OE, 2007a, p.18).

A realização do PIS promoveu o desenvolvimento destas competências, enquadrado num projeto de melhoria contínua da qualidade, no âmbito da segurança dos cuidados.

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são quatro: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (REGULAMENTO N° 122/2011).

## **A - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Este domínio, de acordo com o REGULAMENTO Nº 122/2011, integra as competências no âmbito de:

A1-“*Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção*” (p.8649);

A2-“*Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” (p.8650).

O domínio desta competência remete-nos para uma prática profissional ética e deontológica, pilares do exercício do Enfermeiro, que se rege pelo Código Deontológico e pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o qual no Artigo 8.º, no ponto 1, refere que “*no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos*” (OE, 2012, p.17-18).

Na nossa prática profissional diária, num percurso de vinte anos de exercício como enfermeira, o respeito pelo cliente a quem prestamos cuidados nas diferentes fases da vida foi uma constante e a relação que com ele estabelecemos sempre se regou por princípios e valores, nos quais o respeito pela sua dignidade assumiu especial relevância. O reconhecimento dessa dignidade requer o respeito pelos seus direitos, numa prática desenvolvida para promover e assegurar os mesmos (OE, 2003). Tais princípios e valores fazem parte da nossa vida, não somente profissional, como pessoal.

A ética é indissociável dos cuidados. Está presente em todas as decisões que tomamos, visando o bem-estar do cliente de quem cuidamos, numa multiplicidade de situações complexas.

Segundo BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) os princípios éticos a considerar no âmbito da saúde são a Autonomia, a Justiça, a Beneficência e a Não-maleficência. Kant, Cit. por estes autores, refere que a Autonomia passa por reconhecer o valor das pessoas e as suas capacidades de determinar as escolhas que fazem. A Justiça que, para THOMPSON, MELIA e BOYD (2004), assenta no respeito pelos direitos da pessoa e na igualdade de oportunidades para todos. A Beneficência, promotora da obrigação de agir em benefício da pessoa de quem cuidamos (PHIPPS, SANDS e MAREK, 2003) e a Não-

maleficência que implica a obrigatoriedade de não lhe causar dano de maneira intencional (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Estes princípios estão presentes na nossa prática, num cuidado humanizado para com o cliente, no respeito pela sua individualidade e complexidade enquanto ser humano.

Na aquisição desta competência, em muito contribuiu a prática de cuidados desenvolvida diariamente, e em contexto dos estágios realizados, que promoveu o respeito pelos direitos do cliente no acesso à informação, ao sigilo, à intimidade, à qualidade de vida e à autodeterminação, contemplados no Código Deontológico do Enfermeiro. Essa prática ficou mais rica após todos os contributos dados no Curso de MEMC.

No PIS desenvolvido foram seguidos os procedimentos éticos necessários. Na etapa do diagnóstico, os dados foram colhidos, assegurando o anonimato dos mesmos. Foi solicitada autorização para a sua implementação, tendo sido dado conhecimento do projeto a desenvolver no Serviço de Cardiologia/UCICOR, em contexto académico, à Direção de Enfermagem, ao Diretor do Serviço onde foi implementado e ao GIARC.

Sendo o projeto desenvolvido na promoção da segurança, é importante referir o documento referente à Tomada de Posição sobre Segurança do cliente, que salienta que *“as organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos”* (OE, 2006a, p.10).

O Enfermeiro Especialista, na resposta a esta competência, demonstra tomada de decisão ética, apoiada em princípios, valores e normas deontológicas, no âmbito de uma prática especializada na sua área de intervenção, avaliando os resultados da mesma (REGULAMENTO Nº 122/2011).

Os aportes lecionados durante o Curso permitiram-nos momentos de reflexão sobre questões éticas com que nos deparamos diariamente, em contexto profissional, essenciais na promoção de uma prática de excelência.

A UC de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem possibilitou-nos analisar os princípios éticos que regem a nossa práxis enquanto enfermeiros, enquadrando o regime jurídico aplicável ao exercício profissional. O trabalho desenvolvido, subordinado ao tema “A Pessoa e o Direito à Informação”, objeto de avaliação para a referida UC, permitiu-nos a articulação das aprendizagens realizadas, muito relevantes pela sua aplicabilidade na prestação de cuidados.

No 3º semestre, os contributos dados no módulo Questões Éticas e Emergentes em

Cuidados Complexos e Supervisão de Cuidados tornaram possível contextualizar dilemas éticos na prestação de cuidados, refletindo sobre os mesmos. A salientar a realização de um trabalho no módulo Supervisão de Cuidados sobre uma situação vivenciada em contexto da prestação de cuidados, que nos permitiu analisar questões referentes à revelação da verdade, informação e conspiração do silêncio. Possibilitou-nos, face a uma situação complexa, priorizar problemas e desenvolver estratégias de resolução dos mesmos, as quais passaram por um processo de tomada de decisão à luz da ética, baseada no conhecimento e experiência profissional. A fundamentação das mesmas, bem como a avaliação dos resultados, promoveram o desenvolvimento de uma prática especializada.

### **B - Competências do Domínio da Melhoria da Qualidade**

Segundo o REGULAMENTO Nº 122/2011, o domínio destas competências são as seguintes:

B1-“*Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*” (p.8650);

B2-“*Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*” (p.8651);

B3-“*Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro*” (p.8651).

O PIS desenvolvido e implementado enquadra-se num projeto de melhoria contínua da qualidade, que responde a um dos indicadores da mesma em termos institucionais, mais especificamente a ocorrência de quedas no cliente em ambiente hospitalar, o que foi facilitador da aquisição das competências neste domínio.

Através da metodologia de projeto foi identificado um problema em contexto de estágios, assumido como oportunidade de melhoria. Foi um problema que, apesar de identificado por nós na etapa do diagnóstico, era sentido pela equipa de enfermagem. Na resposta ao mesmo, foram definidas prioridades, escolhidas e implementadas estratégias de intervenção para otimizar soluções ao nível da identificação do cliente com risco de queda.

Toda a pesquisa realizada permitiu-nos a aquisição e consolidação de conhecimentos no âmbito da segurança, adotando grande importância, não apenas no Serviço onde implementamos o PIS, mas também onde desenvolvemos a nossa prática

profissional, enquanto elemento dinamizador na área da prevenção de quedas do cliente hospitalizado.

A promoção de um ambiente seguro, identificando riscos ambientais que possam colocar em causa essa segurança, teve grande relevância neste percurso. A articulação com os elementos dinamizadores na gestão do risco do Serviço facilitou essa identificação de riscos, de forma a reduzi-los.

Uma prática com recurso a relatos de incidentes é fundamental na promoção de uma cultura de segurança.

Também no âmbito da segurança, mas em relação à prevenção e controlo da infeção nos cuidados, no PAC desenvolvido, foi implementado o procedimento “Boas Práticas no Despejo do Saco de Drenagem de Urina” que se pretendeu orientador de boas práticas das assistentes operacionais no Serviço onde realizamos estágios, promovendo um ambiente seguro para o cliente com cateterização vesical e para as profissionais que realizam este procedimento.

No estágio II tivemos a possibilidade de participar na iniciativa “7 Dias do Coração” (4ª Edição), organizada pelo Centro Hospitalar, contextualizada nas comemorações do mês do coração. Foi uma experiência de aprendizagem muito enriquecedora, enquanto intervenção na comunidade, ao nível do rastreio de risco cardiovascular, cujos objetivos passaram pela promoção da educação para a saúde e rastreio dos fatores de risco.

A frequência da UC Gestão de Processos e Recursos foi uma mais-valia no desenvolvimento de competências na área da qualidade, em contexto de prestação de cuidados, fazendo uso de ferramentas aplicáveis aos mesmos. O projeto de intervenção organizacional, elemento avaliativo desta Unidade, possibilitou-nos consolidar as aprendizagens lecionadas em sala de aula, as quais assumiram um papel importante na realização do PIS.

De igual modo, a UC de Ambientes em Saúde permitiu-nos analisar o conceito Saúde enquanto fenómeno multidimensional, dando-nos uma visão das organizações na perspetiva psicossociológica, identificando as suas implicações na qualidade dos cuidados. Temáticas como a gestão de conflitos, mudança organizacional, liderança, cultura e clima organizacional, entre outras, promoveram a análise crítica da realidade das instituições onde cada um de nós desenvolve a sua prática profissional.

## **C - Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados**

De acordo com o REGULAMENTO Nº 122/2011, a competência referida integra:

C1-“*Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional*” (p.8652);

C2-“*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados*” (p.8652).

O desenvolvimento das competências do domínio da gestão dos cuidados passa pela procura da otimização dos mesmos.

Indo a temática do projeto de intervenção ao encontro das necessidades do Serviço de Cardiologia/UCICOR, esta competência foi atingida pela articulação com a equipa, na sua aceitação do mesmo. O ser líder e elemento dinamizador neste projeto possibilitou-nos motivar a equipa que integramos durante os estágios para compreenderem a necessidade de implementar mudanças no âmbito da problemática das quedas em contexto hospitalar, na promoção da segurança do cliente e na qualidade dos cuidados.

O facto de termos realizado os estágios na UCICOR permitiu-nos adquirir conhecimentos de como é realizada a gestão numa Unidade, adequando a mesma aos recursos existentes.

Diariamente, enquanto profissionais, fazemos a gestão dos cuidados que prestamos aos clientes por quem somos responsáveis, considerando os recursos existentes, na resposta às necessidades que apresentam, utilizando a metodologia do processo de enfermagem.

Somos responsáveis pelas decisões que tomamos e pelas tarefas que delegamos, as quais requerem supervisão. A tomada de decisão é fundamental para a autonomia do profissional de enfermagem, o qual é responsável pela avaliação que faz do cliente de quem cuida, no contexto em que se encontra, e por ajuizar da competência do profissional a quem vai delegar uma tarefa, antes de o fazer, garantindo a segurança dos cuidados (OE, 2007b). De acordo com o artigo 10º do REPE “*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*” (OE, 2012, p.20).

Na aquisição desta competência, não podemos deixar de referir os contributos teóricos dados pelos módulos Gestão e Cuidados de Enfermagem (inserido na UC de

Gestão de Processos e Recursos) e Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem (na UC de Enfermagem). Enquanto o primeiro possibilitou-nos a reflexão sobre a prática profissional aos níveis da gestão de recursos humanos e materiais na prestação de cuidados, a qual é realizada diariamente quando desenvolvemos a nossa prática profissional; o segundo assumiu grande importância no desenvolvimento do PIS devido à temática do mesmo. Os temas abordados despertaram-nos para os riscos e problemáticas de segurança em contexto de cuidados.

#### **D - Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Considerando o REGULAMENTO Nº 122/2011, este domínio de competências é referente a:

D1- *“Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade”* (p.8652);

D2- *“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* (p.8653).

A Enfermagem, enquanto profissão que tem evoluído ao longo dos tempos, requer uma atualização constante de conhecimentos próprios para dar resposta às exigências de uma sociedade em permanente mudança. Assim, na procura de uma Enfermagem de excelência, como referido no Artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro, este tem o dever de *“manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (2003, p.99).

Ao longo do nosso percurso académico, a possibilidade de assistirmos a encontros, congressos e jornadas apresentaram-se como enriquecedores da nossa prática, possibilitando-nos adquirir e consolidar conhecimentos atuais sobre temáticas de interesse pessoal e profissional.

O 1º Encontro Internacional de Urgência e Emergência - Vivências Emergentes, organizado pela Ordem dos Enfermeiros, teve especial interesse pelas temáticas abordadas.

O 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica, promovido pelo IPS-ESS, no qual integramos a Comissão Organizadora, e cujas temáticas abordadas foram fonte de aprendizagens importantes na aquisição e desenvolvimento das competências definidas. A

possibilidade que tivemos de elaborar um *poster* neste Encontro, subordinado à temática do Projeto de Intervenção, com o título “Quedas - Indicador de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, apresentou-se como uma experiência positiva, divulgando algum trabalho de pesquisa realizado com o desenvolvimento do PIS.

O Congresso de Enfermagem Peri - Operatória - da Prática à Evidência, onde participamos com a realização de um *poster* com o tema “Terapia de Feridas por Pressão Negativa na Cirurgia Plástica e Reconstructiva” foi, igualmente, interessante. A temática do *poster* justificou-se pela nossa prática profissional desenvolver-se num Serviço Cirúrgico, no qual a terapia de feridas por pressão negativa é realizada com alguma frequência na especialidade de Cirurgia Plástica. A pesquisa bibliográfica efetuada fundamentou os resultados observados na prática.

Nas 2<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, subordinadas ao tema “Um olhar reflexivo sobre o (in) visível”, participamos com um *poster* intitulado “Escala de Morse - Estratégias de Prevenção”, que deu visibilidade do nosso papel como elemento dinamizador na área de intervenção de quedas no Serviço onde exercemos a nossa prática profissional.

Foram ainda realizadas outras formações, as quais deram respostas às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, pelo que são devidamente justificadas na análise das mesmas.

Todas estas aprendizagens foram enriquecedoras da prática profissional, fundamentando-a pela atualização de saberes. Tal afirmação vai ao encontro do Parecer Conjunto dos Conselho de Enfermagem (CE) e Conselho Jurisdicional (CJ), nº 3, no ponto 7, quando afirma que “*Os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados observando os princípios inerentes à boa prática, devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional*” (OE, 2010, p.2).

É importante referir que a forma como adquirimos conhecimentos depende da nossa motivação para o fazer.

Na aquisição desta competência, no percurso efetuado, demonstramos a capacidade de auto-conhecimento, central na prática profissional de Enfermagem, que condiciona a relação com o cliente e com a equipa multidisciplinar, na qual reconhecemos

os nossos recursos e limites dos pontos de vista pessoal e profissional (REGULAMENTO Nº 122/2011).

CHALIFOUR (2008) fala da necessidade do profissional desenvolver conhecimentos e consciência de si mesmo, saber-fazer diversos e saber-estar na relação profissional, de maneira a dar resposta às necessidades do cliente.

Contextualizando o PIS na resposta a este domínio de competência, o mesmo possibilitou-nos, em contexto de estágios, identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem, na etapa do diagnóstico, em relação à temática do projeto a implementar, incidindo a etapa da execução na resposta às mesmas. Enquanto elemento dinamizador do projeto, facilitador de aprendizagem na referida área, promovemos a aquisição de saberes e competências por parte dos elementos da equipa. Toda a pesquisa bibliográfica realizada na área da segurança, particularmente sobre a prevenção de ocorrência de quedas em contexto hospitalar, possibilitou-nos fundamentar as etapas do projeto desenvolvidas. Os conhecimentos atualizados adquiridos foram enriquecedores, promovendo uma prática especializada nos cuidados prestados ao cliente, que visa a segurança dos cuidados, implícita na qualidade dos mesmos.

Estes conhecimentos foram uma mais-valia, não somente no local onde implementamos o projeto, mas no Serviço onde desenvolvemos a nossa prática profissional como já referido, considerando a sua pertinência, uma vez que a problemática das quedas não é restrita a um serviço, abrangendo toda a Instituição. Convidaram-nos, também, a refletir sobre as experiências vivenciadas, no sentido de melhorar as práticas desenvolvidas.

O termos realizado os estágios numa Unidade, diferente da prática profissional que desenvolvemos até então, permitiu-nos ter oportunidades de aprendizagem num novo contexto de intervenção.

Na área da Investigação, na UCICOR realizam-se, com alguma frequência, ensaios clínicos, atendendo aos princípios éticos que os guiam, assegurando os direitos dos participantes nos mesmos. A colaboração dos enfermeiros nestes estudos passam por disponibilizar informações úteis para os participantes.

Segundo a Tomada de Posição da OE referente à Investigação em Enfermagem “*A investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática*” (2006b, p.1). A Investigação

estimula a reflexão crítica e promove o desenvolvimento profissional da Enfermagem (ABREU, 2007).

A aquisição e atualização de conhecimentos é um requisito, enquanto profissionais, no desenvolvimento de saberes e competências. Para tal, salientamos os contributos teóricos dados, no 1º semestre do Curso, nas UC de Enfermagem, pelo módulo de Formação Contínua aplicada à Enfermagem, e Investigação. Esta promoveu a aquisição de conhecimentos na metodologia de trabalho de projeto e do método de tratamento de dados em Investigação, ambos bastante relevantes no percurso realizado. O transpor esses conhecimentos para a prática traduziram formas de melhorar a mesma. No entanto, todas as UC lecionadas no Curso de MEMC desempenharam um papel importante no âmbito desta competência, promotora de aprendizagens para uma prática profissional de excelência.

## **4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

As Competências Específicas são aquelas “*que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas*” (REGULAMENTO Nº 122/2011, p. 8649).

### **4.2.1. Pessoa em Situação Crítica**

No decorrer dos estágios I, II e III, realizados em contexto académico, procuramos adquirir e/ou desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, definidas no REGULAMENTO Nº 124/2011, as quais passamos a referir:

***K1 - “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (p.8656).***

Uma vez que os estágios foram realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, como anteriormente mencionado, onde os clientes se encontram a vivenciar processos de doença que colocam em risco a sua vida e a qualidade da mesma, o desenvolvimento desta competência foi uma constante.

As Unidades de Cuidados Intensivos definem-se como “*locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais*” (DGS, 2003, p.6).

A presença ou risco de instabilidade hemodinâmica, bem como de falência orgânica, implica a monitorização desses clientes, requerendo cuidados de enfermagem diferenciados, pelo que a prática numa unidade baseia-se num contínuo de ações e procedimentos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, de acordo com as necessidades identificadas, nas 24h. Esta monitorização contínua possibilita-nos, enquanto profissionais, uma maior compreensão do processo de doença (*Idem*).

O cliente neste contexto, face à complexidade da situação, encontra-se num ambiente que desconhece, encarado como ameaçador, até pela própria condição de vulnerabilidade imposta pela doença.

Os cuidados de enfermagem, prestados em contexto de situação crítica, são bastante qualificados e exigem que o profissional seja detentor de conhecimentos e qualificações que lhe possibilitem intervir adequadamente, em tempo útil, perante o risco imediato de falência de uma ou mais funções vitais, no sentido da manutenção das mesmas, prevenindo complicações, na procura da recuperação (REGULAMENTO Nº 124/2011).

Uma das camas/unidades da UCICOR destina-se à Via Verde Coronária. De acordo com a DGS (2006), pretende-se, com a implementação ao nível nacional desta Via, melhorar o atendimento dos clientes com doença cardíaca aguda. Com esta estratégia, espera-se promover um melhor acesso do cliente com dor precordial, um diagnóstico precoce e adequada instituição terapêutica, reduzindo assim a taxa de mortalidade devido à mesma.

A aquisição desta competência passou, também, pela gestão e administração de protocolos terapêuticos, os quais implicam o diagnóstico precoce de complicações

decorrentes dos mesmos, o desenvolvimento de intervenções adequadas a essas complicações e respetiva avaliação (REGULAMENTO Nº 124/2011). A existência de protocolos terapêuticos na Unidade, como os protocolos de cateterismo cardíaco, de colocação de *pacemaker* e de cardioversão elétrica, possibilitaram-nos prestar cuidados adequados a cada situação, uniformizando as práticas desenvolvidas, na promoção da qualidade.

A possibilidade de observarmos determinados procedimentos, essenciais na promoção da saúde e diagnóstico do cliente com instabilidade hemodinâmica, como a angioplastia, o cateterismo cardíaco e a colocação de *pacemaker*, assim como a prestação de cuidados antes e após a realização dos mesmos, assumiram um papel importante na nossa aprendizagem.

O desenvolvimento de competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar do cliente, em contexto crítico, implica um correto diagnóstico dessa dor. A sua monitorização, através da utilização de escalas de avaliação, e a implementação de intervenções para dar-lhe resposta, promovem a qualidade dos cuidados e da vida de quem a sofre. O Enfermeiro, enquanto profissional que maior proximidade e mais tempo está com o cliente, tem um papel de destaque no controlo e prevenção da dor.

A OE refere que *“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”* (2008, p.17). Na perspetiva do cliente, contemplada na Carta dos Direitos do Doente Internado, está referido que o doente em regime de internamento tem o direito ao tratamento da sua dor (DGS, 1996).

O controlo da dor do cliente com patologia cardíaca é uma preocupação da equipa de enfermagem da UCICOR, o que pressupõe avaliações regulares da mesma, no entanto não existem protocolos analgésicos instituídos, o que pode ser colmatado com o apoio permanente do médico à Unidade.

A dor é uma realidade com a qual o profissional de enfermagem se depara diariamente, independentemente da sua etiologia.

No Serviço Cirúrgico onde desempenhamos a nossa prática profissional, numa realidade diferente da Unidade, existem protocolos terapêuticos no controlo da dor, implementados por um programa de controlo de dor aguda no pós-operatório. O Enfermeiro avalia a eficácia dos mesmos, no entanto deve considerar-se a individualidade

de cada cliente.

Os internamentos na UCICOR são relativamente curtos. Os clientes hospitalizados confrontam-se com patologias que colocam em risco a sua vida ou a qualidade dela, ficando numa situação de vulnerabilidade. Enquanto enfermeiros, temos um papel facilitador no processo de transição a que a doença conduz, sendo suporte do cliente e dos seus familiares. O comunicar com eles informações na nossa área de competência, assumiu um papel essencial na gestão da complexidade do processo de doença vivenciado, estabelecendo uma relação terapêutica que os ajuda no decorrer do mesmo. Compete ao Enfermeiro Especialista, nesta área de especialização, gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica estabelecida com o cliente e família, pela utilização de estratégias facilitadoras da mesma, perante a doença crítica e/ou processos de falência orgânica (REGULAMENTO Nº 124/2011).

Quer no nosso percurso profissional, quer durante a realização dos estágios, tivemos sempre a preocupação de estar disponíveis e apoiar não somente o cliente, foco dos cuidados, como a família, muitas vezes angustiada perante uma situação de doença aguda, encarada como ameaça. O Artigo 89º, alínea a, do Código Deontológico do Enfermeiro, diz que o profissional de enfermagem, na humanização dos cuidados, tem o dever de *“dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”* (OE, 2003, p.107). O seu principal instrumento para o fazer é a relação.

Foram muitos os contributos teóricos lecionados que nos facultaram aprendizagens a mobilizar na resposta a esta competência específica. Evidenciamos, no 1º semestre do Curso, o módulo Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem, inserido na UC Enfermagem, facilitador na comunicação terapêutica e do estabelecimento da relação de ajuda.

No 2º semestre, na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica I, os módulos Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família; Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica e Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor, promoveram o conhecimento das intervenções especializadas no cliente e família perante a complexidade da situação de doença crítica, no planeamento e execução das mesmas. O trabalho desenvolvido no módulo Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor permitiu-nos refletir sobre a prática, à luz da nossa experiência profissional, numa articulação com os aportes teóricos dados.

Na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, no 3º semestre do Curso, no módulo de Seminário de Peritos II foram abordadas temáticas de grande interesse pessoal, como o transplante e doação de órgãos, que nos proporcionaram conhecimentos atuais nestas áreas. Também neste módulo, a abordagem ao politraumatizado, pela componente teórico-prática que teve, assumiu particular interesse, conferindo-nos uma visão da abordagem da vítima no período pré-hospitalar e, em simultâneo, consolidando e promovendo conhecimentos no âmbito do trauma.

Os aportes facultados pelo Suporte Avançado de Vida no Adulto foram pertinentes pela sua aplicabilidade na prática.

***K2 - “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção” (p.8657).***

Catástrofe, de acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, no artigo 3º, define-se como *“acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional”* (DR, 2006, p.4696). Ainda segundo esta Lei, no artigo 4º, os objetivos da intervenção da proteção civil incidem na prevenção de riscos e dos acidentes ou catástrofes que deles possam advir; na preparação para intervir, minimizando esses mesmos riscos face às ocorrências descritas; na resposta perante as mesmas, as quais passam pelo socorro e assistência às pessoas e outros seres vivos em perigo; bem como pela recuperação da normalidade da vida das pessoas em zonas afetadas.

Enquanto situações imprevisíveis e com consequências, muitas vezes, de grandes dimensões, as catástrofes requerem, por parte dos profissionais de saúde, conhecimentos atualizados que lhes possibilitem dar uma resposta organizada e atempada na evacuação dos clientes dos serviços, tornando-os mais capazes para o fazer. Os enfermeiros, dada a sua permanência, em muitos serviços, de 24 horas, são elementos fundamentais face a estas situações de emergência.

A pesquisa bibliográfica realizada sobre esta temática promoveu o desenvolvimento da Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nesta área de intervenção, através da aquisição de conhecimentos sobre a mesma.

A consulta do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil que, como instrumento de suporte às intervenções perante acidentes graves ou catástrofes que ocorram em Portugal Continental, facultou-nos informações sobre como dar uma resposta organizada face às mesmas, pelas ações a desenvolver, a coordenação dos recursos a mobilizar e a adequação das medidas a adotar (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA, 2012).

De igual forma, a consulta ao Plano de Emergência e Catástrofe da Instituição onde realizamos os estágios neste percurso académico e desenvolvemos a nossa prática profissional, proporcionou-nos a aquisição de conhecimentos perante estas situações. Este plano tem como objetivo a resposta atempada e correta de todos os serviços da Instituição perante uma catástrofe externa (PLANO DE EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE, 1998/99), sendo uma ferramenta essencial *“de reforço de avaliação dos meios de reacção da Unidade de Saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de actuação nesse contexto”* (DGS, 2010b, p.1).

Ao relermos o referido plano, acessível a todos os profissionais na intranet da Instituição, recordámos alguns conceitos e princípios de atuação a pôr em prática em caso de necessidade. Tê-los presentes traduz um modo de garantir a segurança dos clientes hospitalizados, assim como dos profissionais. Questões como “O que fazer?”, “Como fazer?” e “Quem faz?” assumem especial relevância no caso de ser necessário evacuar os clientes. Desta forma, demonstramos conhecer o plano existente na Instituição, com os princípios de atuação perante situações de catástrofe (REGULAMENTO N° 124/2011).

Apesar de acessível na intranet como referido, este plano requer, por parte dos profissionais, motivação e interesse em conhecer esta área de intervenção, essencial na promoção e garantia da segurança.

Inserido na política de Gestão do Risco existe, também, na referida Instituição, um procedimento de atuação perante emergência/catástrofe interna, que constitui o Plano de Emergência Interno (PEI), o qual, enquanto documento, atribui responsabilidades, definindo atuações e tarefas. O seu objetivo passa por uniformizar as normas de atuação face a uma emergência/catástrofe, como incêndios, inundações, sismos, fuga de doentes, acidentes com radiações ou material radioativo e incidentes de grandes dimensões por violência, entre outros (PEDROSO e ELEUTÉRIO, 2012). A existência de uma linha telefónica a utilizar no caso de ativação de catástrofe, bem como a divulgação e conhecimento da mesma pelos profissionais, é fulcral nestas situações.

É essencial, cada vez mais, apostar na formação, educação e informação sobre esta temática, pelo que neste percurso consideramos importante realizar formação sobre a mesma, a qual se revelou promotora do desenvolvimento de capacidades e competências enquanto profissional, através do conhecimento de medidas de intervenção perante situações de emergência ou catástrofe.

A consolidação destes conhecimentos foi possível pela frequência da formação obrigatória no âmbito do Programa de Acreditação da Qualidade que decorreu na Instituição onde exercemos a nossa prática profissional, no módulo “Plano de Emergência Interno” (Anexo III), a qual é importante na divulgação desse plano. Nela foram focados aspetos referentes às medidas de segurança a adotar pelos serviços e a forma como se processa a evacuação dos clientes se necessário, evidenciando o papel das equipas envolvidas na mesma. O conhecimento prévio do PEI é essencial para a sua correta implementação nas situações de emergência, o que implica identificar os meios, as vias de evacuação e saídas de emergência, dirigindo a nossa atuação. Enquanto procedimento, este plano de evacuação pressupõe a decisão de evacuar os clientes, a preparação dos mesmos face a essa necessidade, o pessoal interveniente na equipa de evacuação, a prioridade de evacuação e os métodos de transporte de clientes a utilizar, os quais abordam as técnicas de transferência dos mesmos nestas situações.

No decorrer da formação salientou-se a importância das sinaléticas nestas situações, bem como o conhecimento da planta de emergência dos serviços, que indica a nossa localização e as saídas de emergência. A existência de um fluxograma de atuação perante emergência /catástrofe interna, acessível e afixado nos serviços, assume-se como facilitador de formas de atuação, sistematizando-as. Assim, de acordo com tudo o que foi referido, observamos que no Serviço onde realizamos os estágios, e onde desempenhamos a nossa prática, este fluxograma encontra-se em local visível e acessível. As sinaléticas a indicarem a saída de emergência são igualmente importantes e presentes nestes Serviços. Outro aspeto relevante diz respeito à existência de um guia de acolhimento do cliente na UCICOR, com indicações de atuação face à necessidade de se proceder à sua evacuação da Unidade.

A componente prática existente neste módulo da formação, na qual se realizou uma simulação da operacionalização da evacuação de clientes face a um incêndio num serviço, contribuiu para aquisição desta competência.

Não sendo situações que ocorrerem diariamente, requerem dos profissionais um conhecimento presente e atualizado sobre as ações a implementar perante as mesmas, de forma a garantir a segurança do cliente e a própria segurança.

O ter assistido às 2<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal subordinadas ao tema “Um olhar reflexivo sobre o (in) visível”, cuja temática em uma das mesas apresentadas foi “Pensar a Catástrofe e a Emergência Interna”, conduziu-nos à reflexão sobre o tema e a certeza, cada vez maior, que é primordial apostar nesta área de intervenção do Enfermeiro Especialista.

Estas formações realizadas, além de nos possibilitarem adquirir conhecimentos atualizados sobre situações de emergência e catástrofe como já mencionado, promoveram a reflexão sobre os princípios de atuação face às mesmas, conferindo-nos um “olhar” mais crítico sobre a realidade da Instituição onde desenvolvemos a nossa prática e realizamos os estágios.

É notório o esforço da Instituição na divulgação do PEI, quer pela facilidade de acesso à sua consulta na intranet quer pela formação realizada em carácter obrigatório de todos os profissionais, cujo interesse e motivação é fundamental no reconhecimento da sua resposta em caso de necessidade.

Destacamos a importância de uma cultura de planeamento e de segurança face à eventualidade de ocorrerem situações de emergência e catástrofe, onde são essenciais intervenções coordenadas, eficazes e eficientes de todos os profissionais (DGS, 2010b).

Um plano de emergência esquecido é totalmente inútil. A realidade é que as catástrofes acontecem!

***K3 - “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p.8657).***

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são adquiridas pelos clientes em consequência dos cuidados prestados e procedimentos de saúde aos quais foram sujeitos, numa situação de vulnerabilidade, podendo, igualmente, afetar os profissionais de saúde durante a sua prática profissional (DGS, 2007).

Segundo o Parecer nº 06/2013, “Portugal é um dos países da europa com elevadas taxas de infeções hospitalares” (OE, 2013b, p.2).

Não sendo um problema recente, as IACS são encaradas como um erro, no caso de não terem sido respeitadas as boas práticas orientadoras da sua prevenção (FRAGATA, 2011).

Diariamente, na prática de enfermagem, desenvolvemos esta competência quando prestamos cuidados ao cliente, sendo responsáveis por considerar as precauções básicas e específicas na prevenção de infeção associada aos cuidados nos diversos contextos de atuação.

As IACS são um importante indicador de qualidade e de segurança do cliente em contexto hospitalar, que requerem, na sua prevenção, uma abordagem estruturada e multiprofissional por parte das instituições, através da implementação de políticas de utilização de antibióticos, de normas de boas práticas, da utilização de equipamentos adequados e da realização de auditorias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A existência de um Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), de intervenção ao nível nacional, tem como principal objetivo *“identificar e reduzir os riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais e visitantes (como os voluntários, estudantes estagiários, trabalhadores contratados) e consequentemente diminuir as taxas de infeção e mantê-las a um nível aceitável”* (COSTA, SILVA e NORIEGA, 2007, p.6).

Em termos institucionais, por parte da CCI, tem sido realizada formação a todos os grupos profissionais, no entanto nem sempre são cumpridas as indicações que regem as boas práticas. Esta comissão assume-se como um instrumento essencial no controlo de infeção hospitalar (FRAGATA, 2011), sendo responsável pela definição e implementação da Política de Controlo de Infeção, articulando-se com os serviços através da existência de gestores de risco. Estes têm como funções representar os serviços em articulação com a CCI, identificar problemas relacionados com esta área, conceber estratégias de resolução dos mesmos, identificar necessidades de formação e dinamizar a equipa no âmbito do controlo da infeção (CUCO, 2008).

O controlo da infeção, inserida na vertente da segurança dos cuidados, diz respeito a cada um de nós, ao saber fazer e fazer bem, no sentido de melhorar a nossa prática profissional.

Em articulação com os dois elementos dinamizadores da CCI, que fazem parte da equipa de enfermagem do Serviço onde desenvolvemos os estágios, e pela observação realizada, foram diagnosticadas as necessidades do mesmo, no contexto dos cuidados

prestados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, no âmbito da prevenção e controlo de infeção, implementando estratégias na resposta às mesmas.

Como já referido no PAC, foram realizadas formações, dirigidas às assistentes operacionais, subordinadas aos temas “Boas Práticas no Despejo do Saco de Drenagem de Urina”, com o objetivo geral de promover boas práticas de cuidados ao cliente com cateterização vesical, e “Higienização das Mãos”, cuja pertinência justificou-se pela transmissão por contacto ser a mais frequente na disseminação das infeções, sendo a lavagem das mãos a medida mais simples no combate à mesma (FRAGATA, 2011).

*A “formação e desenvolvimento de competências dos profissionais sobre o risco, visam a concretização de um plano operacional de prevenção e controlo de infeção hospitalar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.28).*

Também a realização do procedimento “Boas Práticas no Despejo do Saco de Drenagem de Urina” assumiu-se como estratégia pró-ativa na prevenção e controlo da infeção, capacitando a equipa de assistentes operacionais nesta área.

Compete aos profissionais adotar, na prestação de cuidados, um conjunto de medidas na prevenção da infeção hospitalar.

Com base em estudos realizados, um terço das IACS pode ser prevenido pela implementação de práticas seguras, as quais passam pela higienização das mãos, o uso de equipamento de proteção individual e a higienização ambiental (OE, 2013b).

O Enfermeiro Especialista nesta área de especialização faz uma análise mais crítica sobre a práxis, monitorizando-a e avaliando-a, numa constante atualização de conhecimentos sobre a prevenção e controlo da infeção, contribuindo para a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

No decorrer do estágio III, com o propósito de dar resposta a esta competência, frequentamos formação de carácter obrigatório no âmbito do Programa de Acreditação da Qualidade, no módulo Controlo da Infeção, ministrado pela CCI da Instituição.

As temáticas abordadas e os trabalhos partilhados, em contexto de aula, no módulo Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Múltiplos Sintomas/Controlo e Prevenção de Infeção, inserido na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica I, permitiu-nos refletir sobre a nossa prática, focando as precauções básicas e específicas indispensáveis para a segurança dos cuidados prestados, visando as boas práticas baseadas em princípios atuais e, concomitantemente, fornecendo-nos aportes teóricos essenciais para a mesma.

#### 4.2.2. Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Nos estágios realizados, adquirimos e desenvolvemos, também, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, cujo perfil está definido no Regulamento enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011b).

**L5 - “Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”** (OE, 2011b, p. 3).

A doença crónica remete-nos para doenças de evolução prolongada e, de uma forma geral, progressão lenta, com potencial de compensação, que pelo variável grau de incapacidade que causa, requer a adaptação da pessoa aos diferentes níveis da sua vida (*Idem*). Pode ter início como uma condição aguda, que se prolonga por períodos de exacerbação e remissão. “*Cada doença crónica é única e tem um impacto diferente sobre o indivíduo, a família e a comunidade*” (PHIPPS, LONG e WOODS, 1990, p.423).

Uma vez que os estágios foram realizados na UCICOR, integrada no Serviço de Cardiologia, foi possível dar resposta a esta competência específica, pois a doença cardíaca assume-se como condição crónica de saúde, apesar de poder manifestar-se por eventos agudos (HATCHETT e THOMPSON, 2006).

O cliente requer cuidados nas componentes física, psicológica e espiritual, sendo essencial identificar as suas necessidades nas mesmas. Este cuidar pressupõe “*considerar a pessoa como um fim em si mesma*” (PACHECO, 2014, p.37).

Muitas vezes, no processo de doença, também a família necessita de cuidados.

A identificação destas necessidades no cliente com doença crónica, incapacitante e terminal, e seus cuidadores, bem como a promoção de intervenções na resposta às mesmas estiveram presentes na prática desenvolvida. Tal facto é fundamentado pelo profissional de enfermagem ser o elemento da equipa de saúde que mantém uma relação de maior proximidade com o cliente e família, o que se assume como facilitador na identificação das necessidades presentes e na resposta adequada às mesmas (PACHECO, 2006).

Segundo a OE (2013a), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem na vertente da doença crónica e paliativa, enquanto profissional de referência, assegura os cuidados ao cliente com doença incurável, crónica avançada ou em fim de vida, e respetiva família, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, preservando a sua dignidade no processo.

À doença terminal associam-se, frequentemente, um conjunto de problemas que causam sofrimento a quem a vive, passando a resposta a estes problemas por uma intervenção técnica rigorosa inerente aos cuidados paliativos (NETO, 2006). Estes preocupam-se com as necessidades da pessoa doente e família, não se focando somente do diagnóstico e prognóstico da doença (ANCP, 2006). Após a identificação destas necessidades, as quais determinam o sofrimento da pessoa, dão resposta às mesmas (QUERIDO, SALAZAR e NETO, 2006), promovendo o conforto e bem-estar numa doença que se assume como progressiva e irreversível (PACHECO, 2014).

O cuidar na fase terminal da vida requer, além de conhecimentos técnico-científicos, a compreensão da individualidade do cliente, num processo de humanização.

No decorrer do percurso de uma doença avançada e incurável, o foco passa, com alguma frequência, para a gestão da sintomatologia, otimizando a qualidade de vida (POOR e POIRRIER, 2001).

A dor é o sintoma mais comum no cliente com doença em fase terminal. Estende-se além do físico e do psíquico, causando, frequentemente, um sofrimento profundo (PACHECO, 2014). Essa é a razão porque preocupa os profissionais de saúde, sendo um foco de atenção dos cuidados, com o propósito de promover um maior conforto pelo seu alívio.

Houve a preocupação de identificarmos a sintomatologia que interferia com a qualidade de vida do cliente, desenvolvendo planos individualizados em função dos problemas existentes, numa abordagem holística, priorizando as intervenções em função das necessidades por ele sentidas.

É essencial que a equipa de saúde defina os objetivos terapêuticos, principalmente em termos da sintomatologia que maior impacto tem no cliente. O Enfermeiro possui um papel preponderante na monitorização dos sintomas do cliente devido à maior proximidade que com ele mantém e, como tal, no êxito do processo terapêutico, sendo o controlo sintomático uma estratégia de intervenção no sofrimento e processo de doença (NETO, 2006).

Os clientes na Unidade encontravam-se em situações de doença crítica, em alguns casos resultante da agudização de doenças crónicas cardíacas, pelo que prestamos cuidados aos mesmos numa avaliação holística. PACHECO (2014) refere que, na evolução da doença crónica, os períodos de agudização vão sendo maiores, tornando evidente o agravamento da situação.

A possibilidade de assistirmos à consulta de Insuficiência Cardíaca foi uma mais-valia como já mencionado. Neste contexto, direcionamos a nossa intervenção para os cuidadores/ família do cliente com Insuficiência Cardíaca, uma vez que observamos o papel preponderante que desempenham em todo o processo. Nas últimas décadas, a família da pessoa em processo de doença tem sido estudada como variável independente, dependente e interveniente na doença e no tratamento da mesma (PHIPPS, LONG e WOODS, 1990).

No âmbito desta competência, com o propósito de envolver os cuidadores do cliente com doença crónica, especificamente com Insuficiência Cardíaca, foi realizado um folheto com o título “Insuficiência Cardíaca: Informações ao Cuidador/Família”, já referido no PAC. A sua pertinência justificou-se pela importância de compreenderem o processo de doença e o seu tratamento, bem como as implicações da doença no estilo de vida do seu familiar doente.

Ainda relevante na aquisição e desenvolvimento desta competência, referimos a nossa prática profissional que, apesar de presentemente ser desempenhada num Serviço Cirúrgico, também nos possibilita cuidar do cliente com doença crónica, que muitas vezes se encontra hospitalizado na procura de uma resposta cirúrgica à sua situação.

Também, e não raramente, numa gestão de recursos físicos em termos institucionais, prestamos cuidados ao cliente do foro oncológico em fase terminal. E o cuidar nesta fase exige um conhecimento de nós próprios e uma maturidade que desenvolvemos ao longo de vinte anos de prática profissional. Estes cuidados centram-se na procura do bem-estar e na promoção da qualidade de vida, preservando a dignidade do cliente, numa abordagem multidisciplinar.

Além do controlo sintomático da doença, é no âmbito da comunicação que se focam as maiores necessidades do cliente e respetiva família, salientando esta área como essencial na prestação de cuidados de qualidade, pois perante a crise que a doença representa surge a incerteza, sendo essencial a adaptação às dificuldades vividas (NETO,

2003). Na equipa de enfermagem da Unidade existe a preocupação com o ensino ao cliente, essencial nesta adaptação.

Como profissionais de enfermagem, os nossos cuidados centram-se na prevenção da doença e na promoção dos processos de readaptação à mesma. Procuram a satisfação das necessidades humanas básicas, com a maior independência na realização das atividades de vida, visando a adaptação funcional do cliente aos défices e adaptação a diversos fatores, frequentemente, por meio de processos de aprendizagem de comportamentos adequados à sua condição de saúde (OE, 2001).

Para a aquisição desta competência em muito contribuíram, também, os aportes teóricos dados pelos módulos Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, e Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, inseridos na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, lecionadas no 3º semestre.

A referir o trabalho desenvolvido no módulo Supervisão de Cuidados que, dado o nosso estudo de caso abordar o cliente com doença terminal, em cuidados paliativos, possibilitou-nos refletir sobre os aportes teóricos dados, articulando-os com a prática de cuidados, num plano devidamente estruturado e fundamentado para o cliente e cuidadores, com toda a componente ética e deontológica implicada. Reconhecemos os benefícios que dele advirão no nosso contexto profissional.

***L6 - “Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte ”*** (OE, 2011b, p.4).

No desenvolvimento desta competência focamos os cuidados prestados, nos estágios realizados, ao cliente com doença crónica incapacitante e terminal, aos seus familiares e cuidadores, assim como na nossa prática profissional, nos quais estabelecemos uma relação terapêutica, no respeito pela singularidade do cliente. Esta relação caracteriza-se pela parceria com ele estabelecida, num processo dinâmico, em que o respeito pelas suas capacidades e a valorização do seu papel estão presentes (OE, 2003). *“Saber ouvir, estar presente, compreender a dor nas suas mais variadas manifestações e também saber ficar em silêncio são virtudes essenciais para a prática de cuidados humanizados”* (PACHECO, 2014, p.33).

Compete-nos identificar, em conjunto com o cliente, os objetivos de intervenção, metas a atingir, prioridades a considerar e decisão de cuidados a prestar.

Nos doentes terminais, os focos dos cuidados são o cliente e a família, pilar de apoio de todo o processo, pelo que os planos terapêuticos a implementar devem identificar a estrutura familiar, bem como o cuidador principal (NETO, 2006).

No caminho percorrido, a oportunidade de frequentarmos o curso “Dignidade em Fim de Vida”, que decorreu no dia 9 de outubro de 2014, apresentou-se como benéfica, na medida que nos conduziu à reflexão sobre as temáticas “Dignidade em fim de vida: Questões éticas” e “Esperança de uma morte digna: O doente/A família/A equipa”, capacitando-nos para fazer melhor na prática diária. A dignidade, conceito que requer uma abordagem holística, abrange aspetos que envolvem o conforto em termos físicos e as perspetivas psicológicas, culturais, espirituais e sociais do cliente (NETO, 2006). Implica reconhecer um valor e, em simultâneo, fornece-nos uma moldura orientadora enquanto profissionais, nas ações que desenvolvemos, conhecendo as perspetivas do cliente e família, bem como as suas expectativas (SAPETA, 2011). Por outro lado, falar de esperança no fim de vida, nem sempre fácil de transmitir, deu-nos uma perspetiva diferente. A esperança define-se como a necessidade de “*encontrar sentido para a vida em momentos de crise e nas situações da vida de todos os dias*” (PIRES, 2006, p.3).

As doenças prolongadas e incuráveis associam-se a grandes perdas para as pessoas que as vivem, para os seus familiares e para os profissionais de saúde, causando-lhes sofrimento e processos de luto.

Cada pessoa vive, no decorrer da sua vida, inúmeras perdas de diversas naturezas, pelo que o reconhecimento das mesmas implica “*assumir os lutos que estas perdas requerem*” (CHALIFOUR, 2009, p.211).

É frequente, enquanto profissionais de saúde, depararmo-nos, na nossa prática, com clientes que vivem ou viveram grandes perdas que marcaram a sua vida. Assumimos um papel decisivo no apoio e acompanhamento a dar, demonstrando disponibilidade para os ajudar na resolução destes processos.

Um outro aspeto fulcral no nosso processo de aprendizagem, enquanto estudantes do Curso de MEMC, foi a frequência do Curso Básico de Cuidados Paliativos, promovido pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, no Auditório do Centro Hospitalar do Algarve (Faro), num total de 21 horas, o qual superou todas as expectativas que possuíamos e facultou-nos aportes fundamentais para a prática (Anexo IV). Julgamos que o Curso nos

deu algumas respostas para melhorar a mesma, principalmente em termos comunicacionais e de suporte para a família, na medida em que a perspectiva de morte próxima de um ente querido provoca muito sofrimento. A importância de estarmos presentes em todo o percurso da doença, em melhorarmos a qualidade de vida, comprometida por toda a complexidade da situação e sintomatologia associada, a tão importante reconciliação da pessoa consigo mesma e com os outros foram alguns dos aspetos abordados. Despertou-nos para a importância de nada deixarmos para ser dito. A conspiração do silêncio que, muitas vezes, enquanto profissionais somos cúmplices, esquecendo-nos que a mesma não permite a discussão sobre o futuro e fazer os preparativos necessários para a separação (TWYXCROSS, 2003).

Os cuidados paliativos *“constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes na fase final da vida”* (DGS, 2004, p.4). Segundo TWYXCROSS (2003), são cuidados totais prestados aos clientes com patologias que representem risco de vida, e respetivas famílias, quando a doença não responde aos tratamentos curativos ou que prolonguem a vida.

Aspetos na práxis que, muitas vezes, ficávamos com a sensação de poder fazer mais e melhor, com o Curso tivemos a resposta para os mesmos, principalmente ao nível da comunicação, um dos principais pilares na área de cuidados paliativos, enquanto *“estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal”* (QUERIDO, SALAZAR e NETO, 2006, p.377). Assim, este Curso possibilitou-nos desenvolver, dentro desta competência, o uso de estratégias adequadas, na vertente da doença crónica e terminal, estabelecendo com o cliente uma relação baseada na confiança e promovendo a esperança realista, numa gestão das expectativas ajustadas à situação (OE, 2011b). Nestas estratégias adotadas é essencial considerar que cada cliente é único, da mesma forma que é única a maneira como vive a fase em que se encontra (QUERIDO, SALAZAR e NETO, 2006).

Inserido neste contexto de doença crónica, incapacitante e terminal, faz todo o sentido falar da morte como um acontecimento que assusta as pessoas por ser algo que desconhecem e que demonstra a sua finitude, o final de um percurso. Os cuidados paliativos *“afirmam a vida, valorizam-na, e consideram a morte um fenómeno natural e, como tal, não a aceleram nem retardam”* (NETO, 2006, p.53).

Enquanto enfermeiros deparamo-nos com ela frequentemente, quando vemos alguém morrer. Muitas vezes pensada como um fracasso, e não como limite natural da vida

(PACHECO, 2006), leva-nos a pensar na própria morte e, como algo desconhecido, é perturbador. Compete-nos, enquanto profissionais, garantir a humanização no processo de morrer. Morrer com dignidade é um direito individual. *“Proporcionar uma morte serena, com o menor sofrimento possível, em que a pessoa se mantém inserida no seu meio familiar ou, pelo menos, não afastado dele, constitui uma exigência ética”* (DEODATO, 2006, p.12).

Os contributos teóricos dados no âmbito dos módulos Cuidados ao Cliente em Fim de Vida e Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem foram enriquecedores na aquisição de conhecimentos e facilitadores, também, no desenvolvimento desta competência. No primeiro, foram abordados os cuidados paliativos, os seus pilares e filosofia. Adquirimos conhecimentos que promoveram cuidados de enfermagem de qualidade, atendendo às necessidades do cliente em fase terminal e respetiva família e cuidadores, na implementação de intervenções que respondam às mesmas. O segundo módulo conduziu-nos à reflexão sobre o sentido da vida, sobre a dimensão espiritual, necessária no cuidar e, muitas vezes, esquecida. As necessidades espirituais do cliente em fase terminal assumem uma importância considerável. É essencial contribuir para o bem-estar espiritual do cliente (PACHECO, 2014).

Foi realizado um trabalho centrado num estudo de caso, desenvolvido a partir da identificação de uma situação vivenciada no contexto de atuação de doença terminal e paliativa. Enquanto objeto de avaliação de ambos os módulos, possibilitou-nos articular os conhecimentos adquiridos, numa abordagem holística do cliente, familiares e cuidadores, transpondo estes contributos para a prática de cuidados.

### **4.3.Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

De acordo com o Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (IPS-ESS, 2014, p.3), o mesmo *“visa dotar licenciados em Enfermagem de competências profissionais diferenciadas para intervir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem médico-cirúrgica”*.

Neste sentido, pretendemos evidenciar, de uma forma crítica, como foram adquiridas e desenvolvidas estas competências, para as quais o percurso académico

realizado desempenhou um papel crucial. Pretendemos, igualmente, estabelecer uma ligação entre as mesmas e as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ainda segundo o Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2014), atendendo ao perfil de competências definido, o Mestre em Enfermagem:

**1. “*Demonstra competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem*” (p.4).**

A resposta a esta primeira competência pressupõe que sejam realizadas avaliações do cliente, família e comunidade em situações complexas; que a tomada de decisão assente na análise crítica dessas avaliações; que se façam diagnósticos e gestão de problemas e condições de saúde; que se implementem intervenções de enfermagem geral e especializada; que se faça a prevenção da doença e promoção da saúde pela educação de pessoas, famílias e comunidades; que se assegurem a continuidade de cuidados pela referenciação de clientes e famílias e, por fim, que se avalie a prática para garantir serviços de saúde profissionais, de qualidade, éticos e equitativos (IPS- ESS, 2014). Todos estes aspetos são inerentes a uma prática profissional de qualidade, tendo implícito as etapas do processo de enfermagem.

Na nossa práxis, enquanto profissionais, fazemos uma avaliação contínua do cliente, foco de cuidados, que nos possibilita identificar problemas, planear e implementar intervenções na resolução ou redução dos mesmos, terminando com a respetiva avaliação.

Em contexto dos estágios realizados na UCICOR, e uma vez que o cliente apresentava situações complexas de doença crítica, a avaliação realizada dirigiu-se para as suas necessidades imediatas, as quais requereram intervenções adequadas aos diagnósticos existentes.

Em todo o processo de cuidar, com base numa análise crítica das avaliações realizadas, tomamos decisões num agir que deu resposta às necessidades que os clientes apresentavam (NUNES, 2006). Essa tomada de decisão é sempre precedida de um processo deliberativo, no qual é considerada a componente ética, deontológica, técnica e científica.

O desenvolvimento dos estágios num Serviço diferente onde desenvolvemos a prática profissional diária apresentou-se como oportunidade de aprendizagem, mobilizando

e adquirindo conhecimentos da Pessoa em Situação Crítica, na especialidade de cardiologia, hospitalizada numa Unidade, bem como da Pessoa em Situação Crónica.

A complexidade dos problemas de saúde existentes requereram cuidados de enfermagem especializados, numa abordagem holística, na procura de uma prática de excelência, a qual pressupõe uma reflexão sobre a mesma.

Os cuidados que prestamos visam promover os projetos de saúde que cada cliente tem na sua vida, centrando-se na prevenção da doença e na promoção dos processos de readaptação à mesma, realizadas, frequentemente, por processos de aprendizagem de comportamentos adequados à sua situação (OE, 2001). A existência de folhetos informativos na Unidade, relativamente a determinadas patologias e aos cuidados que requerem, promovem a educação do cliente e família.

A referenciação feita pelos profissionais de enfermagem no momento da transferência ou da alta do cliente da Unidade, contemplando a informação pertinente e relevante, evidenciando as necessidades presentes no momento, possibilitam a continuidade de cuidados prestados, otimizando-os. *“Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”* (Idem, p.13).

O desenvolvimento e implementação do PIS em contexto de estágios permitiu-nos, também, ir ao encontro desta competência. A identificação de uma necessidade da equipa de enfermagem do Serviço, bem como a procura de respostas para a mesma, possibilitou-nos mobilizar um conjunto de conhecimentos, que se verificaram enriquecedores da prática e promotores de aprendizagens profissionais, fundamentando-a.

Os conhecimentos adquiridos no Curso de MEMC, em contextos de aulas e de estágios, os quais nos permitiram mobilizar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim como os PIS e PAC implementados, possibilitaram o desenvolvimento desta Competência do Mestre. Evidenciam-se, no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, bem como da gestão dos cuidados.

Damos relevância ao trabalho realizado no módulo Supervisão de Cuidados, que deu, igualmente, resposta a esta competência.

**2. “Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”** (p.4).

A Enfermagem requer uma permanente atualização de conhecimentos na sua área de intervenção, desafiando-nos, enquanto profissionais, a adquiri-los e mobilizá-los. Estes conhecimentos são fundamentais na procura da excelência.

A procura de conhecimentos que nos possibilitem um cuidar de qualidade esteve sempre presente na nossa prática profissional, numa valorização da formação pessoal no nosso desenvolvimento como enfermeiros. Essa formação foi realizada em função das necessidades que sentimos na práxis, num constante processo de aprendizagem.

Um outro aspeto importante para dar resposta a esta competência foi a frequência do Curso de MEMC, que nos possibilitou adquirir conhecimentos e competências na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, enquanto projeto pessoal e profissional, enriquecedores da nossa prática. Relativamente ao percurso académico realizado, como estudantes do Curso de Mestrado, sentimos a necessidade de adquirir conhecimentos atuais em determinadas áreas de intervenção, o que foi realizado com recurso a pesquisas em bases de dados e livros, bem como pela frequência de encontros, congressos e jornadas de enfermagem que, pelas temáticas abordadas, despertaram o nosso interesse. As aulas assistidas deram-nos, também, contributos essenciais neste percurso. Os conteúdos abordados nas diferentes UC promoveram a nossa aprendizagem, dotando-nos de uma visão mais crítica sobre a práxis.

Toda a pesquisa realizada para fundamentar o PIS, no âmbito da segurança do cliente em contexto hospitalar, foi fulcral na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados.

Esta Competência do Mestre remete-nos para as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, discriminadas no Regulamento n.º 122/2011, no qual o Enfermeiro Especialista *“Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade”* (p.8652) e *“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* (p.8653).

**3. *“Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”*** (p. 4).

Contemplado no artigo 91º do Código Deontológico do Enfermeiro, o profissional de enfermagem, enquanto elemento da equipa de saúde, assume o dever de *“trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”* e *“integrar a*

*equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (OE, 2003, p.121).*

Em contexto dos estágios, integramos uma equipa multidisciplinar nos cuidados de saúde ao cliente em situação crítica ou falência orgânica, que visavam a recuperação do mesmo. Esta articulação do trabalho de equipa promoveu o desenvolvimento de competências profissionais, que advém da *“capacidade de problematizar, de reflectir, de debater em conjunto” (OE, 2003, p.125).*

A aquisição e atualização de conhecimentos no Curso de MEMC capacitou-nos para intervir na nossa área de especialização, num plano de cuidados individualizado perante as necessidades do cliente, na resposta às mesmas. Os cuidados de enfermagem prestados procuram, considerando o grau de dependência do cliente, *“encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro” (OE, 2012, p.16),* denotando-se a colaboração com outros profissionais.

Os projetos implementados durante os estágios contribuíram para adquirir esta competência. O PIS realizado possibilitou-nos adotar o papel de elementos dinamizadores na área da prevenção de quedas, liderando um processo de mudança. Enquanto recursos como consultores da equipa de enfermagem nesta área, assumimos uma postura pró-ativa, devidamente fundamentada, na transmissão das aprendizagens realizadas, essenciais na procura da qualidade dos cuidados, uma vez que o projeto se desenvolve no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no Domínio da Melhoria da Qualidade. A implementação de algumas estratégias e atividades na concretização do projeto articularam-se, não só com a equipa de enfermagem do Serviço, mas também com a equipa de assistentes operacionais.

Igualmente importante foi o PAC realizado, pela aplicabilidade de conhecimentos nas competências da nossa área de especialização.

Esta competência cruza-se com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente a referente ao cuidado à pessoa em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (K1),

uma vez que os estágios foram desenvolvidos numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.

**4. “Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos” (p.5).**

A resposta a esta Competência do Mestre implica a seleção de meios e estratégias adequadas, de forma fundamentada, na resolução de um problema, bem como a avaliação de resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e das repercussões nas componentes ética e deontológica (IPS-ESS, 2014).

Numa prática que se rege pelo Código Deontológico do Enfermeiro, o REPE e os Padrões de Qualidade, como enfermeiros deparamo-nos, diariamente, com a tomada de decisão que advém de um agir profissional dirigido ao cliente a quem prestamos cuidados, numa conduta ética. No artigo 79.º do Código Deontológico do Enfermeiro, ele assume o dever de *“responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”*.

De acordo com a OE (2001, p.10), o profissional de enfermagem, na tomada de decisão, *“identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade)”*, após o que desenvolve intervenções de maneira a prevenir riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou atenuar problemas reais identificados. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na identificação de situações de risco, assim como na análise, proposta e aplicação de soluções para as mesmas (OE, 2006a).

A tomada de decisão, presente nas intervenções que desenvolvemos na nossa prática, procura a excelência do exercício profissional.

Enquanto responsáveis pela conceção e implementação do PIS, abordado diversas vezes ao longo deste relatório, face a uma necessidade identificada na equipa de enfermagem, foram planeadas e implementadas estratégias e atividades na procura de resolução da mesma, devidamente fundamentadas em cada uma das etapas da metodologia de projeto utilizada. A etapa da avaliação possibilitou-nos refletir sobre os benefícios do mesmo na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Esta competência fundamenta-se pelas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, que nos remete

para a tomada de decisão ética perante diversos contextos da prática especializada (REGULAMENTO Nº 122/2011), no entanto também pode integrar-se nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pois a tomada de decisão está presente em todos os contextos da prática profissional.

**5. “Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência” (p.5).**

O Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica *“analisa, concebe e implementa resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspectos sociais e éticos relevantes”*, utilizando capacidades de investigação adequadas no desenvolvimento e melhoria da prática (IPS-ESS, 2014, p.5).

Os cuidados de enfermagem que prestamos no dia-a-dia, na procura da excelência da profissão, apoiam-se em conhecimentos científicos que os fundamentam, nos quais a investigação tem um papel fulcral. Tal facto é enfatizado pelo REPE ao referir que *“Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”* (OE, 2012, p.19).

Na resposta a esta competência, encontram-se todos os conhecimentos adquiridos no percurso académico realizado, destacando toda a pesquisa bibliográfica feita nas temáticas consideradas pertinentes para o nosso desenvolvimento profissional, a qual nos permitiu fundamentar as escolhas realizadas, e os trabalhos desenvolvidos nos diferentes módulos, na procura de uma prática de qualidade baseada na evidência. Salientamos os aportes teóricos fornecidos pela UC de Investigação, assim como o *poster* elaborado enquanto objeto de avaliação da mesma, o qual evidenciou a nossa prática profissional diária, num Serviço Cirúrgico, pela divulgação de um estudo de caso que demonstrou a eficácia da Terapia de Feridas por Pressão Negativa na Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

Também o PIS desenvolvido, seguindo a metodologia de projeto, produziu evidência numa prática fundamentada, na promoção de um melhor cuidar no âmbito da segurança do cliente hospitalizado. A elaboração de um procedimento intitulado *“Quedas em contexto hospitalar - Estratégias de Prevenção”* e de um folheto para o cliente com o título *“Quedas no Hospital”* foram duas dessas evidências.

A elaboração de um artigo referente ao PIS possibilita evidenciar todo o projeto desenvolvido, a partir de um diagnóstico identificado em contexto da prática de cuidados.

No âmbito do PAC, foram, igualmente, desenvolvidos um procedimento na área da intervenção da prevenção e controlo da infeção e um folheto para o cuidador do cliente com Insuficiência Cardíaca, na vertente da doença crónica, que pretendem ser promotores de um cuidado de excelência.

Evidenciamos as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as quais fundamentam esta Competência do Mestre.

***6. “Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular” (p.5).***

Com esta competência terminamos a análise das Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O PIS fundamenta o seu desenvolvimento. Através da metodologia de projeto, baseada “*num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para sua resolução*” (RUIVO e FERRITO, 2010, p.2), em contexto dos estágios, foi realizado o diagnóstico de uma situação que se assumiu como problemática, definidos objetivos, planeadas atividades, meios e estratégias que nos possibilitaram intervir sobre a mesma, executando o que foi planeado e avaliando o que foi implementado na resposta a essa situação. O trabalho de projeto, pela metodologia reflexiva que lhe é inerente, apoia-se e fundamenta-se na Investigação (*Idem*).

A formação dos pares, que incidiu sobre as necessidades dos mesmos no âmbito da prevenção de ocorrência de quedas, na área da segurança do cliente em contexto hospitalar, assumiu particular importância na implementação do projeto. Foi essencial o envolvimento de toda a equipa.

Toda a pesquisa bibliográfica realizada para fundamentar as diferentes etapas do PIS promoveu as nossas aprendizagens nessa área, possibilitando-nos ter um papel ativo, enquanto elemento de referência na prevenção de ocorrência de quedas no Serviço onde

desenvolvemos a nossa prática, pela transmissão de conhecimentos à equipa de enfermagem.

A aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista possibilitou a aquisição desta competência no âmbito do Curso de Mestrado.

## 5. CONCLUSÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica possibilitou-nos, num processo de aprendizagem, adquirir e consolidar conhecimentos nesta área científica, através de uma reflexão crítica sobre a práxis e desenvolvimento de projetos, na resolução de problemas identificados, em contexto da prática de cuidados.

O que nos conduziu a este Curso foi a necessidade sentida enquanto profissionais de adquirir competências específicas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a qual abraçamos em todo o nosso percurso profissional. Procuramos uma prática mais científica, na procura de um cuidar de excelência, requisito essencial à condição de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem.

Todo o percurso realizado foi repleto de desafios enquanto pessoa e profissional. Desafios que nos possibilitaram crescer e, em algumas etapas, com obstáculos difíceis de superar. No entanto, cada etapa ultrapassada foi uma conquista que contribuiu para a nossa maturidade como enfermeiros, bem como para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes de quem cuidamos e respetivas famílias. Pretendemos que se traduza em cuidados especializados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, numa profissão em que a dedicação e o desejo de “fazer melhor” sempre foram uma constante.

Considerando as componentes teórica e prática do Curso, esta última desenvolvida em contexto dos estágios realizados, numa realidade diferente da qual exercemos a nossa prática profissional, podemos referir que tudo o que desconhecemos assusta-nos de alguma forma. O “sair da nossa zona de conforto” nem sempre foi fácil. Numa fase inicial, irmos realizar os estágios num serviço no qual desconhecíamos toda a dinâmica gerou-nos algum stresse, no entanto, hoje, consideramos essa mudança como uma oportunidade enriquecedora da nossa prática como enfermeiros, pela possibilidade que nos concedeu na partilha de experiências e aprendizagens realizadas.

A realização de um PIS obrigou-nos, enquanto profissionais, a refletir sobre uma problemática vivenciada e as suas repercussões na prática profissional.

Sendo desenvolvido por cada um de nós, é um pouco o que fizemos dele, e o que teve início com uma exigência ao nível académico, acabou por se tornar uma experiência de aprendizagem que nos permitiu mobilizar conhecimentos e desenvolver competências

na área da segurança do cliente hospitalizado, especificamente na prevenção de ocorrência de quedas.

Requerendo, na sua implementação, mudanças na prática de cuidados nesta área de intervenção, um aspecto dificultador com que nos deparamos foi a gestão do tempo, no sentido de atingir os objetivos definidos. Por outro lado, a aceitação da equipa de enfermagem e a disponibilidade para o mesmo assumiram-se como facilitadores.

As quedas são um problema das instituições e a sua ocorrência, um indicador de qualidade dos cuidados. O “dar resposta” a este indicador insere-se num programa de Acreditação Hospitalar.

A análise desta problemática permitiu-nos adotar um “olhar” crítico sobre a mesma, conhecendo a sua dimensão e refletindo sobre os cuidados de enfermagem desenvolvidos diariamente, na área da segurança.

A vivência de uma queda é algo perturbador, tanto para os profissionais envolvidos como para o cliente lesado. Os profissionais vivenciam, muitas vezes, sentimentos de culpa e de angústia perante estes incidentes, questionando a qualidade dos seus cuidados, os quais são colocados em causa pelo cliente e família quando ocorrem estes incidentes.

Atualmente, a nossa forma de encarar as quedas dos clientes mudou. Tornamo-nos mais críticos. Tendo a noção que sempre vão continuar a existir, temos consciência de que as intervenções adequadas em função do risco existente podem reduzir a sua ocorrência.

O presente relatório possibilitou-nos dar visibilidade sobre todo o trabalho desenvolvido neste Curso.

Relativamente aos objetivos que delineamos, consideramos tê-los atingido no percurso académico realizado. Evidenciamos, neste relatório, o PIS implementado e o PAC desenvolvido, como contribuíram para a aquisição das Competências do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, fazendo uma análise crítica sobre os aportes teóricos que as UC promoveram e de que forma foram importantes no caminho traçado, o que se revelou muito construtivo neste processo de aprendizagem.

Ao concluir este percurso formativo, acreditamos poder fazer a diferença, continuando a promover a qualidade dos cuidados que prestamos no Serviço Cirúrgico onde desenvolvemos a nossa prática, pela partilha das aprendizagens realizadas e pela

implementação do PIS no nosso contexto de trabalho. Com isto, queremos dizer que “*não é o fim, é só um princípio*” (BENNER, 2001, p.25).

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Wilson - **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-87-0.
- ADAM, Evelyn - **Ser Enfermeira**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN: 972-9295-86-7.
- ALMEIDA, Ricardo; ABREU, Cidalina; MENDES, Aida - Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha]. III Série, nº 2 (2010), p. 163-172. [Consultado a 21. Março. 2014]. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a17.pdf>> ISSN: 0874-0283.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - Organização de Serviços em Cuidados Paliativos. **Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos**. Recomendações da ANCP. 2006. [Consultado a 21. Dezembro. 2014]. Disponível em: <[http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios\\_de\\_Qualidade-2006.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf)>
- BÁRTOLO, Emília - **Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos**. Cadernos Climepsi de saúde 2. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN: 978-972-796-270-9.
- BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James - **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. ISBN: 85-15-02565-5.
- BENNER, Patrícia - **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8535-97-X.
- CAPELAS, Manuel; NETO, Isabel - Organização de Serviços. In **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN: 978-972-9349-21.
- CHALIFOUR, Jacques - **A Intervenção Terapêutica. Estratégias de Intervenção**. Volume 2. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-21-5.

- CHALIFOUR, Jacques - **A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda.** Volume 1. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5.
- CHIAVENATO, Idalberto - **Comportamento Organizacional. A Dinâmica do Sucesso das Organizações.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. ISBN: 85-221-0377-1.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **CIPE/ICNP. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** Versão BETA 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. ISBN: 972-98149-5-3.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Servir a Comunidade e Garantir a Qualidade: Os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica** [Em linha]. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. 2010. [Consultado em 25. Setembro. 2014]. Disponível em: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT\\_DIE\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf)> ISBN: 978-989-96021-9-9.
- COSTA, Ana; SILVA, Maria; NORIEGA, Elena - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - Manual de Operacionalização.** DGS. 2007.
- COSTA-DIAS, Maria; FERREIRA, Pedro; OLIVEIRA, Alexandre - Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha]. Vol. IV, nº 2 (2014), p. 7-17. [Consultado a 3. Outubro. 2014]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1382>> ISSN: 0874-0283.
- COSTA, Samara, *et al.*- Caracterização das Quedas do leito sofridas por Pacientes internados em um Hospital Universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [Em linha]. Vol. 32, nº 4 (2011), p. 676-681. [Consultado a 2. Junho. 2014]. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18753>>
- CUCO, Inácia - Descrição de funções dos enfermeiros - Centro Hospitalar da Margem Sul. Serviço de Cardiologia. 2008.
- DEODATO, Sérgio- Autonomia e morte. **Revista Ordem dos Enfermeiros** [Em linha]. Nº 20 (2006), p. 6-13. [Consultado a 27.Novembro.2014]. Disponível em: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe\\_20\\_janeiro\\_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf)> ISSN: 1646-2629.

- DIÁRIO DA REPÚBLICA - Lei nº 27/2006 - Lei de Bases da Protecção Civil. 1ª Série. Nº 126, 2006.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA - Lei nº 52/2012 - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. 1.ª Série. Nº 172, 2012.
- DIAS, Maria José; MARTINS, Teresa; ARAÚJO, Fátima. Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha]. Série IV - n.º 1 (2014), p. 65-74. [Consultado a 23.Mai. 2014]. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13101> > ISSN: 0874-0283.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Carta dos Direitos do Doente Internado. 1996. [Consultado a 23.Outubro. 2014]. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-dos-direitos-do-doente-internado.aspx>>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Circular Normativa nº 3 - Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. 2006.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Circular Normativa nº11 - Programa Nacional de Controlo da Dor. 2008.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Circular Normativa nº13 - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. 2010a.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. 2003. Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento [Consultado a 23. Janeiro. 2015]. Disponível em: < <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf> > ISBN: 972-675-097-0.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Lisboa. 2011.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Orientação da Direcção Geral da Saúde nº 007/2010- Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde.2010b. [Consultado a 3. Fevereiro. 2015]. Disponível em: < <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/10/plano+emergencia.html> >
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Plano Nacional de Saúde - Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde.2012-2016. [Consultado a 30. Janeiro. 2015]. Disponível em: <<http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>>

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Cuidados Paliativos. 2004.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. 2007. [Consultado a 1.Julho.2014]. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>>
- ELKIN, Martha; PERRY, Anne; POTTER, Patrícia - **Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2005.ISBN: 972-8383-96-7.
- FALCO, Susanne - Faye Glenn Abdellah. In **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à Prática Profissional**. 4ª Edição. Porto Alegre: ArtMed Editora, 2000. ISBN: 85-7307-587-2.
- FILGUEIRAS, Marcelo, *et al.* - Fraturas em Idosos Decorrentes de Quedas Registadas em Hospital Terciário de Referência em Traumatologia no Ano de 2004. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** [Em linha]. Vol. 20, nº4 (2007), p. 226-232 [Consultado a 25. Junho. 2014]. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/1031/2191>> ISSN: 1806-1222.
- FORTIN, Marie - Fabienne - **O Processo de Investigação: Da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.
- FRAGATA, José - **Segurança dos doentes: uma abordagem prática**. Lousã: LIDEL, 2011. ISBN: 978-972-757-797-2.
- GIARC - Folha Análise e Acompanhamento de Relato de Incidente Clínico. Informação Suplementar. Registo de Quedas- Evolução por Serviço- Total Ano 2013.
- GUARDA, Hironcina; GALVÃO, Cristina e GONÇALVES, Maria - Apoio à Família. In **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8.
- HATCHETT, Richard; THOMPSON, David - **Enfermagem Cardíaca: Um Guia Polivalente**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-12-7.
- HESBEEN, Walter - **Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**. LOURES: Lusociência. 2001. ISBN: 972-8383-20-7.
- IPS-ESS - Guia de Curso. 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 3º

Semestre. Setúbal. Ano letivo 2014/2015.

- IPS-ESS - Guia Orientador dos Estágios. 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2º e 3º Semestres. Setúbal. Anos letivos 2013/2014 e 2015/2016.
- IPS-ESS - Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Setúbal. 2014.
- KURCGANT, Paulina - Liderança em enfermagem. In **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. ISBN: 85-12-12470-9.
- LAGE, Maria - Segurança do doente: da teoria à prática clínica. **Revista Portuguesa de Saúde Pública** [Em linha]. Vol. nº 10 (2010), p.11-16. [Consultado a 6. Abril.2014]. Disponível em: < <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/seguranca-do-doente-da-teoria-a-pratica-clinica-13189854>> ISSN: 0870-9025.
- LAUS, Ana, *et al.* - Perfil das Quedas em Pacientes Hospitalizados. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde** [Em linha]. Vol. 13, nº4 (2014), p. 682-688. [Consultado a 6.Janeiro.2015]. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19234> >ISSN: 1984-7513.
- LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela e SANTOS, Milice - **Trabalho de Projecto - Aprender por Projectos Centrados em Problemas**. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0216-4.
- MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA - Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. 2012. [Consultado a 16. Dezembro.2014]. Disponível em: < [http://www.prociv.pt/documents/pnepc\\_cp\\_2012.pdf](http://www.prociv.pt/documents/pnepc_cp_2012.pdf)>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. 2010. [Consultado a 30. Janeiro. 2015]. Disponível em: <<http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>>
- NETO, Isabel - A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral e Familiar** [Em linha]. Vol. 19, nº 1 (2003), p.68-74. [Consultado a 27.Novembro.2014]. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=9906&path%5B%5D=9644>> ISSN: 2182-5173.

- NETO, Isabel - Modelos de Controlo Sintomático. In **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8.
- NETO, Isabel - Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8.
- NOGUEIRA, Nilbo Ribeiro - **Pedagogia dos Projetos. Etapas, papéis e atores**. São Paulo: Editora Érica Ltda. 2005. ISBN: 85-365-0078-6.
- NUNES, Lucília - Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. **II Congresso Ordem dos Enfermeiros (2006)** [Consultado a 30. Janeiro. 2015]. Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/II CongComLN.pdf>>
- NUNES, Lucília - Prólogo ao VII Seminário. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. Nº 24 (2007), p. 4-5. [Consultado a 25. Maio. 2014]. Disponível em: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_24\\_Fevereiro\\_2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_24_Fevereiro_2007.pdf)> ISSN: 1646-2629.
- NUNES, Lucília - Significar os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: caminho estratégico de desenvolvimento. **Revista da Ordem dos Enfermeiros** [Em linha]. Nº 38 (2011), p. 90-95. [Consultado a 25. Maio. 2014]. Disponível em: < [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/roe38\\_net\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/roe38_net_VF.pdf)> ISSN: 1646-2629.
- OLIVEIRA, Jacinto - Gestão do risco hospitalar - Perspectiva Multiprofissional. **Revista Ordem dos Enfermeiros** [Em linha]. Nº 19 (2005), p. 12-15. [Consultado em 24. Setembro. 2014]. Disponível em: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_19\\_Dezembro\\_2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_19_Dezembro_2005.pdf)> ISSN: 1646-2629.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. Depósito Legal nº: 195532/03.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos**. 2001.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Delegação: Tomada de Posição. Parecer nº 136 / 2007b - Proposta de Enunciado de Posição [Consultado a 1.Novembro.2014]. Disponível em: <  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao\\_23Abr2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf)>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Dor- Guia Orientador de Boa Prática. **Cadernos OE**. Série I, número I. 2008. [Consultado a 3. Outubro. 2014]. Disponível em: <  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>>  
ISBN: 978-972-99646-9-5.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição. 2006b. [Consultado a 3. Novembro. 2014]. Disponível em: <  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer Conjunto CE e CJ, nº 3 sobre: Preparação e Administração de Terapêutica. 2010.[Consultado a 2.Fevereiro. 2015]. Disponível em: <  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer\\_CE\\_CJ%2032010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CE_CJ%2032010.pdf) <
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer nº 06/2013 - Pronuncia sobre o Programa Prevenção e Controlo de Infecções, Resistência aos Antimicrobianos. 2013b. [Consultado a 16. Dezembro. 2014]. Disponível em: <  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEEMC\\_Parecer\\_6\\_2013\\_ProgramaPrevencao\\_e\\_controlo\\_de\\_antimicrobianos.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_6_2013_ProgramaPrevencao_e_controlo_de_antimicrobianos.pdf)>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. 2013a. [Consultado a 3. Junho. 2014]. Disponível em: <  
[http://www.apcp.com.pt/uploads/oe\\_propostaregulamentopqcee\\_pscpaliativaaprova-do-net.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprova-do-net.pdf)>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulação Profissional. Suplemento da **Revista Ordem dos enfermeiros** [Em linha]. Nº 26. 2007a. [Consultado a 20. Junho. 2014]. Disponível em: <  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_26\\_Junho\\_2007\\_suplemento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf) > ISSN: 1646-2629.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. 2011b. [Consultado a 20. Junho. 2014]. Disponível em: <  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf)>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 2011a. [Consultado a 3. Abril. 2014]. Disponível em: <  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente. 2006a. [Consultado a 22.Março. 2014]. Disponível em: <  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf)>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. São Paulo. 2010. [Consultado a 25. Junho. 2014]. Disponível em:  
<[http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual\\_rel\\_global\\_oms\\_prevencao\\_quedas\\_velhice\\_b.pdf](http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual_rel_global_oms_prevencao_quedas_velhice_b.pdf)>
- PACHECO, Susana - **Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética**. 3ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2014. ISBN: 978-989-8075-38-3.
- PACHECO, Susana - A morte no ciclo vital: Perspectiva da Enfermagem. **Revista Ordem dos Enfermeiros** [Em linha]. Nº 20 (2006), p.31-34. [Consultado a 14.Outubro.2014]. Disponível em: <  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe\\_20\\_janeiro\\_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf) >  
ISSN: 1646-2629.
- PEDROSO, Ermelinda; ELEUTÉRIO, Solange - Procedimento de atuação perante Emergência/ Catástrofe Interna do Centro Hospitalar da Margem Sul. 2012.
- PEDROTO, Isabel - Risco clínico e segurança do doente. **Revista NASCER E CRESCER**. [Em linha].Vol. XV, n.º 3 (2006), p. 168-173 [Consultado a 29. Maio. 2014]. Disponível em:

<[http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1185/1/RiscoClinico\\_153\\_Web.pdf](http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1185/1/RiscoClinico_153_Web.pdf)> ISSN: 0872-0754.

- PHIPPS, Wilma; LONG, Barbara e WOODS, Nancy - **Enfermagem Médico-Cirúrgica- Conceitos e Prática Clínica**. Lisboa: Lusodidacta, 1990. 1º Volume. INSB: 972-95 399-0-I.
- PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane - **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica**. 6ª Edição. Vol. I. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-65-7.
- PIRES, Ana Paula - **O Lugar da Esperança- Na Aprendizagem do Cuidado de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-10-0.
- PLANO DE EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE. 1998/99. Centro Hospitalar da Margem Sul.
- POOR, Belinda; POIRRIER, Gail - **End of life nursing care**. USA: Jones and Bartlett publishers and National league for nursing, 2001. ISBN: 0-7637-1421-6.
- QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena e NETO, Isabel - Comunicação. In **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8.
- RAMOS, Susana; TRINDADE, Lurdes - Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. **Revista Tecno Hospital** [Em linha]. Nº 48 (2011), p.16-20 [Consultado a 28. Dezembro. 2014]. Disponível em: <<http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>>
- Regulamento nº 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In Diário da República, 2.ª Série. N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011.
- Regulamento nº 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. In Diário da República, 2.ª Série. N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011.
- ROCHA, Fernanda; MARZIALE, Maria Helena - Perceções dos enfermeiros quanto às quedas dos pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [Em linha]. Vol. 19, nº2 (1998), p.132-141. [Consultado a 30.Março.2014]. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view74203/2223dade em Serviços de Saúde>>

- RUIVO, Maria; Ferrito, Cândida – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. **Revista Percursos** [Em linha]. Nº 15 (2010). [Consultado a 28.Março.2014]. Disponível em: <[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)> ISSN: 1646-5067.
- SANTOS, José *et al.* - Regulamento Da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos- Serviço de Cardiologia. 2010.
- SANTOS, Marcos; SOBREIRO, Lúcia; CALCA, Patrícia - Texto de apoio: A Análise SWOT e a Selecção de Prioridades. Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”. 2007, Évora. [Consultado a 2.Abril.2014]. Disponível em: <[http://www.cisaas.uevora.pt/download/textos/TextoApoio\\_SWOT\\_Prioridades\\_final.pdf](http://www.cisaas.uevora.pt/download/textos/TextoApoio_SWOT_Prioridades_final.pdf)>
- SAPETA, Paula - **Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro- Doente**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-69-1.
- SILVA, Vanda - Mudanças em Enfermagem. In **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU,1991. ISBN: 85-12-12470-9.
- SOUSA, Paulo; SERRANHEIRA, Florentino; UVA, António Sousa - **Proceedings: 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente** [Em linha]. Lisboa: Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente, 2013. [Consultado a 29 Março.2014]. Disponível em: <[https://www.academia.edu/3623023/P. Sousa F Serranheira A Sousa-Uva Livro de Proceedings Edited by Congresso Internacional de Qualidade em Saude e Seguranca do Doente](https://www.academia.edu/3623023/P._Sousa_F_Serranheira_A_Sousa-Uva_Livro_de_Proceedings_Edited_by_Congresso_Internacional_de_Qualidade_em_Saude_e_Seguranca_do_Doente)> ISBN: 978-989-20-3849-0.
- THOMPSON, Ian; MELIA, Kath; BOYD, Kenneth - **Ética em Enfermagem**. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-67-3.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.
- TOMEY, Ann Marriner - Faye Glenn Abdellah: Vinte e Um Problemas de Enfermagem. In **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.
- TRAVASSOS, Cláudia; CALDAS, Bárbara - A Qualidade do cuidado e a segurança do paciente: Histórico e conceitos. In **Segurança do Paciente e**

**Qualidade em Serviços de Saúde - Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** 2013.[Consultado a 1. Junho. 2014]. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>

- TWYCROSS, Robert - **Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN: 972-796-093-6.
- VITOR, Allyne; LOPES, Marcos; ARAUJO, Thelma - Diagnóstico de enfermagem risco de quedas em pacientes com angina instável. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Em linha]. Vol. 11, nº 1 (2010), p. 105-113. [Consultado a 4. Julho. 2014]. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/353/pdf>> ISSN: 2175-6783.
- ZASLAVSKY, Cláudio; GUS, Iseu - Idoso. Doença Cardíaca e Comorbidades. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** [Em linha]. Vol. 79, nº 6 (2002), p.635-639. [Consultado a 4. Julho. 2014]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v79n6/13766.pdf>> ISSN: 0066-782X.

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

Autorização dada pelo Hospital para aceder aos relatos de quedas referentes a 2013

autorizado

Enfermeira Directora

APRECIÇÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	Enfermagem <i>Prevenção de Quedas na pessoa/cliente hospitalizado</i>	
AUTOR (ES)	Carla Alexandra da Silva Custódio Rosa / carlacustodio@iol.pt/ tlm: 963111654	
ENTIDADE ACADÉMICA	Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde <i>3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica</i>	
ORIENTADORES	Prof.ª Mariana Pereira (IPS-ESS)	
SERVIÇO	Serviço de Cardiologia/UCICOR	
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação	
RESUMO	Diagnóstico de situação de projeto de intervenção no âmbito da Prevenção de Quedas na pessoa/cliente hospitalizado. A autora solicita autorização para ter acesso aos relatos de incidentes sobre as quedas documentadas no Serviço de Cardiologia/UCICOR referentes ao ano de 2013, afim de as caracterizar e posteriormente planear/implementar estratégias de prevenção. Para realizar esta colheita de dados elaborou um instrumento de diagnóstico e garante que os dados colhidos serão unicamente utilizados para o projeto assegurando também a confidencialidade e anonimato.	
OBSERVAÇÕES/ PROPOSTAS	Reunimos com o Enfermeiro _____ que após apreciação do instrumento de colheita de dados garante que estão salvaguardados o anonimato e a confidencialidade dos dados.	
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por: -   _____, Enf. Chefe do Serviço de Cardiologia; -   _____, Diretor do Serviço de Cardiologia; - Enf. _____, GIARC.	
Reunida e analisada a documentação, <b>entendemos que existem condições para o desenvolvimento do projeto proposto.</b>		
SGF – Área de Enfermagem		

06/05/2014,

\_\_\_\_\_

# **ANEXO II**

Norma de Orientação Clínica - Prevenção de Ocorrência de  
Quedas em Doentes Internados

<b>Norma de Orientação Clínica (NOC)</b>  <b>Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados</b>	<b>Data da publicação:</b>	27/10/2010
	<b>Revisão A</b>	19/10/2010
	<b>Próxima revisão:</b>	19/10/2013
	<b>Cód. Documento:</b>	NOC.CH .16

Este documento fornece orientações gerais para os profissionais do CH (definidos no Campo de Aplicação) sobre a abordagem e tratamento desta condição, baseadas na experiência clínica e em evidência científica identificada nas Referências Bibliográficas.  
Poderão ocorrer desvios devido à individualidade dos casos e preferência justificada do médico.

Uniformizar os procedimentos na prevenção de quedas nas práticas diárias de enfermagem

#### **CAMPO DE APLICAÇÃO**

*Todos os enfermeiros do CH .*

#### **SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES**

CH - Centro Hospitalar de  
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**Queda** - É o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correcção em tempo útil, determinado por circunstâncias multifactoriais e comprometendo a estabilidade.

**Escala de Morse** - é uma escala para avaliação do risco de queda de um doente. É constituída por seis variáveis: história de queda, diagnóstico secundário, ajuda para deambular, terapêutica endovenosa/uso de heparina, postura/transferência e estado mental.

**Score de risco de queda:** valor numérico resultante da aplicação do instrumento de avaliação do risco de queda, a utilizar nos doentes internados

As circunstâncias em que ocorrem as quedas, podem estar relacionadas com factores de risco intrínsecos e/ou factores extrínsecos.

#### 1. *Factores intrínsecos*

- Alterações fisiológicas relacionadas com o processo de envelhecimento (diminuição da visão, sensibilidade), hipotensão postural, distúrbios vestibulares, distúrbios musculo-esqueléticos.
- Patologias cardiovasculares, neurológicas, metabólicas, psiquiátricas, anemias.
- Associados a medicamentos ansiolíticos, anti-hipertensivos, antidepressivos, diuréticos, anticolinérgicos, anti-arritmicos, hipoglicemiantes e, também a polifarmácia (uso diário de cinco ou mais drogas associadas)

#### 2. *Factores extrínsecos*

- Relacionados com o ambiente:
  - ◆ Superfícies escorregadias, alterações do piso, obstáculos, falta de corrimão nas casas de banho e corredores.
- Relacionadas com situações sociais:
  - ◆ Calçado e roupas inapropriadas.

Pág. 1 de 7

Aprovado por: Comissão de Administração Clínica em 19/10/2010  
Próxima Revisão: GNOC  
Ratificação: Conselho de Administração em 27/10/2010

Centro Hospitalar	<b>Norma de Orientação Clínica (NOC)</b>  <b>Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados</b>	Data da publicação:	27/10/2010
		Revisão A	19/10/2010
		Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CH .16

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on falls Prevention – Guidelines for the Prevention of Falls in Older Persons – May 2001-vol.49, no.5

Circular Normativa n.º 8, Direcção-Geral da Saúde, de 25/05/2007;

Joint Commission Internacional – normas Internacionais – IPSC-06 “Redução do risco de lesão do doente resultante de queda”;

www.sinais vitais.pt;

www. scielo.br Revista – Latino Americana de Enfermagem;

Pereira & Mendonça. Tratado de geriatria e Gerontologia 2ª Edição 2006;

Moraes EN & Megale RZ. Avaliação de mobilidade. In Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia. 2008;

Manual Internacional de Acreditação de Hospitais (HQS) (Agosto 2003) critério 2.27.

Programa de Acreditação Internacional (Segunda Edição – Versão 1) (CHKS) (Agosto 2006) critério 3.23.

#### RESPONSABILIDADES

Conselho de Administração pela sua ratificação e divulgação.

Enfermeiros Chefes e Coordenadores do CH pela sua divulgação e garantia do seu cumprimento.

Enfermeiros do CH pela sua aplicação.

#### NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

A maioria das quedas podem ser prevenidas sendo a sua prevenção um foco sensível aos cuidados de Enfermagem.

- 1) A avaliação do risco de queda deve ser efectuada no momento de admissão do doente através da aplicação da **Escala de Morse** (anexo I). A orientação do seu preenchimento encontra-se em anexo (anexo II)
- 2) De acordo com o score obtido devem ser implementadas as acções/intervenções que contemplem as medidas de protecção adequadas.
- 3) A avaliação sistemática do risco de queda e a respectiva actualização do plano de intervenção devem ser efectuadas em todos os turnos.
- 4) A escala deve ser sempre preenchida no momento de admissão do doente, quando é transferido de serviço e quando houver alteração dos factores de risco.
- 5) A periodicidade de reavaliação deverá ser definida em cada Serviço tendo em conta o tipo de doente.

#### Princípios gerais de prevenção de quedas

- Deve ser dada informação ao doente e/ou familiar, sobre os riscos detectados e os cuidados a ter para prevenir a ocorrência de quedas.
- Se o doente não estiver consciente e funcionalmente independente, deve-se conservar as grades laterais da cama sempre levantadas.
- Assegurar-se que as grades ficam levantadas, excepto durante a prestação de cuidados.
- Orientar o doente no espaço envolvente e casa de banho.

Pág. 2 de 7

Aprovado por: Comissão de Administração Clínica em 19/10/2010  
Próxima Revisão: GNOC  
Ratificação: Conselho de Administração em 27/10/2010

<p>Centro Hospitalar</p> <p><b>Norma de Orientação Clínica (NOC)</b></p> <p><b>Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados</b></p>	<b>Data da publicação:</b>	27/10/2010
	<b>Revisão A</b>	19/10/2010
	<b>Próxima revisão:</b>	19/10/2013
	<b>Cód. Documento:</b>	NOC.CH 16

- Assegurar que o doente possa aceder facilmente à campainha de chamada, ao interruptor da luz e a outros objectos pessoais de necessidade.
- Assegurar que a cama ou cadeira de rodas esteja com as rodas travadas.
- A cama deve ser mantida no nível mais baixo.
- Deve ser disponibilizado um degrau antiderrapante para subida ou descida da cama, e actuar em termos de ajuda ao doente de acordo com o score obtido.
- Os doentes com diminuição da sua capacidade funcional, de consciência ou após terapêutica anti-hipertensiva ou hipoglicémica, não devem ser deixados sozinhos na casa de banho / duche.
- Informar o doente para não utilizar a mesa-de-cabeceira, ou o suporte de soros como apoio para se levantar, pelo perigo de poderem deslizar.
- Manter os trajectos utilizados pelos doentes iluminados e sem obstáculos.
- Utilizar a sinalização de piso escorregadio sempre que se estiver a lavar o chão, ou perante o derramamento de alguma substância ou líquido.
- Os doentes devem utilizar calçado anti-derrapante, e a roupa não deve arrastar no chão (perigo de tropeçar).
- Colocar os doentes com dificuldade no controlo de esfíncteres o mais próximo possível dos sanitários.
- Em doentes confusos e/ou com alterações dos mecanismos neurais e /ou osteoarticulares, deve ser utilizada banda de suporte abdominal apropriada, sempre que estiverem sentados.
- Quando se transportar o doente em cama, as grades laterais devem estar levantadas.
- Os bebés e as crianças pequenas devem ser transportados no berço, ou em cadeira própria para o efeito.
- Nos doentes mais agitados e com perturbações comportamentais, deve-se proceder segundo o item 6.8 da NOC.CHS.15 de contenção física de doentes.

**Procedimento após queda do doente:**

- Perante a ocorrência de queda do doente, este deve ser avaliado pelo Enfermeiro/a, e ou médico. (Estado de consciência, permeabilidade da via aérea, avaliação da respiração, tensão arterial, pulso, palidez, sudorese, ferimentos...)
- Providenciar intervenção terapêutica, se necessário.
- Avaliar as circunstâncias em que ocorreu a queda (quando, como, onde, se foi ou não observada...)
- Proceder à reavaliação do risco de queda e adoptar medidas de segurança.
- Registar no processo clínico os dados observados, e a intervenção (Nos Serviços que utilizam o SAPE, sinalizar o Doente nos alertas de enfermagem).
- Proceder ao preenchimento do formulário de relato clínico de incidente/quase incidente/acidente (a enviar à Comissão de Gestão de Risco).

Centro Hospitalar	<b>Norma de Orientação Clínica (NOC)</b>	Data da publicação:	27/10/2010
		Revisão A	19/10/2010
		Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CH .16
<b>Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados</b>			

Princípios específicos de acordo com o Score obtido na aplicação da Escala de Morse

Nível de risco	Score	Ações/intervenções
Baixo risco	0 -24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar o doente no espaço e casa de banho;</li> <li>• Assegurar que o doente possa aceder facilmente à campainha de chamada, ao interruptor da luz e a outros objectos de necessidade;</li> <li>• Assegurar que a cama ou cadeira de rodas esteja com as rodas travadas;</li> <li>• A cama deve ser mantida no nível mais baixo;</li> <li>• Informar o doente que não deve utilizar a mesa-de-cabeceira, ou o suporte de soros como apoio para se levantar, pelo perigo de poderem deslizar;</li> <li>• Manter os trajectos utilizados pelos doentes iluminados e sem obstáculos;</li> <li>• Utilizar a sinalização de peso escorregadio sempre que se estiver a lavar o chão, ou perante o derramamento de alguma substancia ou líquido;</li> <li>• Os doentes devem utilizar calçado anti-derrapante e, a roupa não deve arrastar no chão (perigo de tropeçar);</li> <li>• Colocar os doentes com dificuldades no controlo de esfínteres o mais próximo possível dos sanitários;</li> <li>• Os bebés e crianças pequenas devem ser transportados no berço, ou em cadeira própria para o efeito.</li> </ul>
Médio risco	25 - 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas as acções/intervenções anteriores;</li> <li>• Dar informação ao doente e/ou familiar, sobre os riscos detectados e os cuidados a ter para prevenir a ocorrência de quedas;</li> <li>• Se o doente não estiver consciente e funcionalmente independente, deve-se conservar as grades laterais da cama sempre levantadas, excepto durante a prestação de cuidados;</li> <li>• Os doentes com diminuição da sua capacidade funcional, de consciência ou após terapêutica anti-hipertensiva ou hipoglicemiante, não devem ser deixados sozinhos na casa de banho/duche.</li> </ul>
Alto risco	≥ 51	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas as acções/intervenções anteriores;</li> <li>• Doente confuso e/ou com alterações dos mecanismos neurais e/ou osteoarticulares, deve ser utilizada banda de suporte abdominal apropriada, sempre que estiverem sentados;</li> <li>• Nos doentes mais agitados e com perturbações comportamentais, deve-se proceder segundo o item 6.8 da NOC de contenção física do doente.</li> </ul>

#### ANEXOS

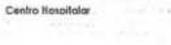
ANEXO 1 – Escala de risco de queda de Morse

ANEXO 2 - Orientações para preenchimento da Escala de Morse

ANEXO 3 – Poster de Avaliação de Risco de Queda

Pág. 4 de 7

Aprovado por: Comissão de Administração Clínica em 19/10/2010  
Próxima Revisão: GNOC  
Ratificação: Conselho de Administração em 27/10/2010

	<b>Norma de Orientação Clínica (NOC)</b> <b>Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados</b>	Data da publicação:	27/10/2010
		Revisão A	19/10/2010
		Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CH .16

#### ESCALA DE RISCO DE QUEDA DE MORSE

<i>Item</i>	<i>Escala</i>	<i>Pontuação</i>
<u>Antecedentes de quedas</u>	Não 0	
- Imediatas ou ocorridas nos últimos 3 meses	Sim 25	
<u>2. Diagnóstico secundário</u>	Não 0	
	Sim 15	
<u>3. Medicação e/ou heparina endovenosa</u>	Não 0	
	Sim 20	
<u>4. Marcha</u>		
- Normal/acamado/cadeira de rodas	0	
- Desequilíbrio fácil	10	
- Défice de marcha	20	
<u>5. Apoio para deambular</u>		
- Nenhum/apoiado/acamado	0	
- Canadiana/bengala/andarrilho	15	
- Apoia-se na mobília	30	
<u>6. Estado mental</u>		
- Consciente das suas limitações	0	
- Não consciente das suas limitações	15	
<b>TOTAL</b>		

Centro Hospitalar	<b>Norma de Orientação Clínica (NOC)</b>	Data da publicação:	27/10/2010
		Revisão A	19/10/2010
	<b>Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados</b>	Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CH .16

### **ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA ESCALA DE MORSE**

**1) Antecedentes de quedas:** A pontuação é de 25 se o doente teve um episódio de queda no actual internamento, ou se tem uma história recente de quedas ocorridas nos últimos 3 meses. Se o doente não caiu é avaliado em 0.

**2) Diagnóstico secundário:** É avaliado em 15 se tem mais de um diagnóstico médico na sua informação clínica, caso contrário é avaliado em 0.

**3) Medicação e/ou heparina endovenosa;** É avaliado em 20 se o doente tem uma perfusão intravenosa ou um sistema para administração de heparina, se não é avaliado em 0.

**4) Marcha:** Uma postura normal é caracterizada por o doente andar com a cabeça erecta e movimentar os braços sem restrições. A marcha é avaliada em 0.

Um desequilíbrio fácil é quando o doente apresenta uma postura curvada mas é capaz de endireitar a cabeça enquanto anda sem perder o equilíbrio. Os passos são curtos e pode arrastar os pés, é avaliada em 10.

É avaliado em 20 quando o doente tem dificuldade em se erguer da cadeira, fazendo tentativas de se levantar com balanceamento, a cabeça está baixa e olha para o chão. Devido ao equilíbrio ser fraco o doente tenta apoiar-se no mobiliário, numa pessoa, ou em qualquer ajuda não podendo andar sem algum tipo de apoio.

**5) Apoio para deambular:** É avaliado em 0 se o doente caminha sem ajudas (mesmo que ajudado por um profissional de saúde), usa cadeira de rodas ou está acamado e não sai da cama.

Se usa canadiana, bengala ou andarilho é avaliado em 15.

Se o doente deambula amparado ao mobiliário como suporte, avaliar em 30.

**6) Estado mental:** Ao usar a escala o estado mental é medido por avaliação do próprio doente acerca da sua capacidade para deambular. Questionar o doente se " *É capaz de ir à casa de banho sozinho ou necessita de ajuda?*". Se o doente responde avaliando a sua capacidade de forma consistente com a avaliação profissional é avaliado em 0.

Se a resposta não é consistente com a avaliação profissional ou a resposta é irrealista, considera-se que está a super estimar as suas capacidades e a esquecer-se das suas limitações, sendo avaliado em 15.

ANEXO 2 - Orientações para preenchimento da Escala de Morse

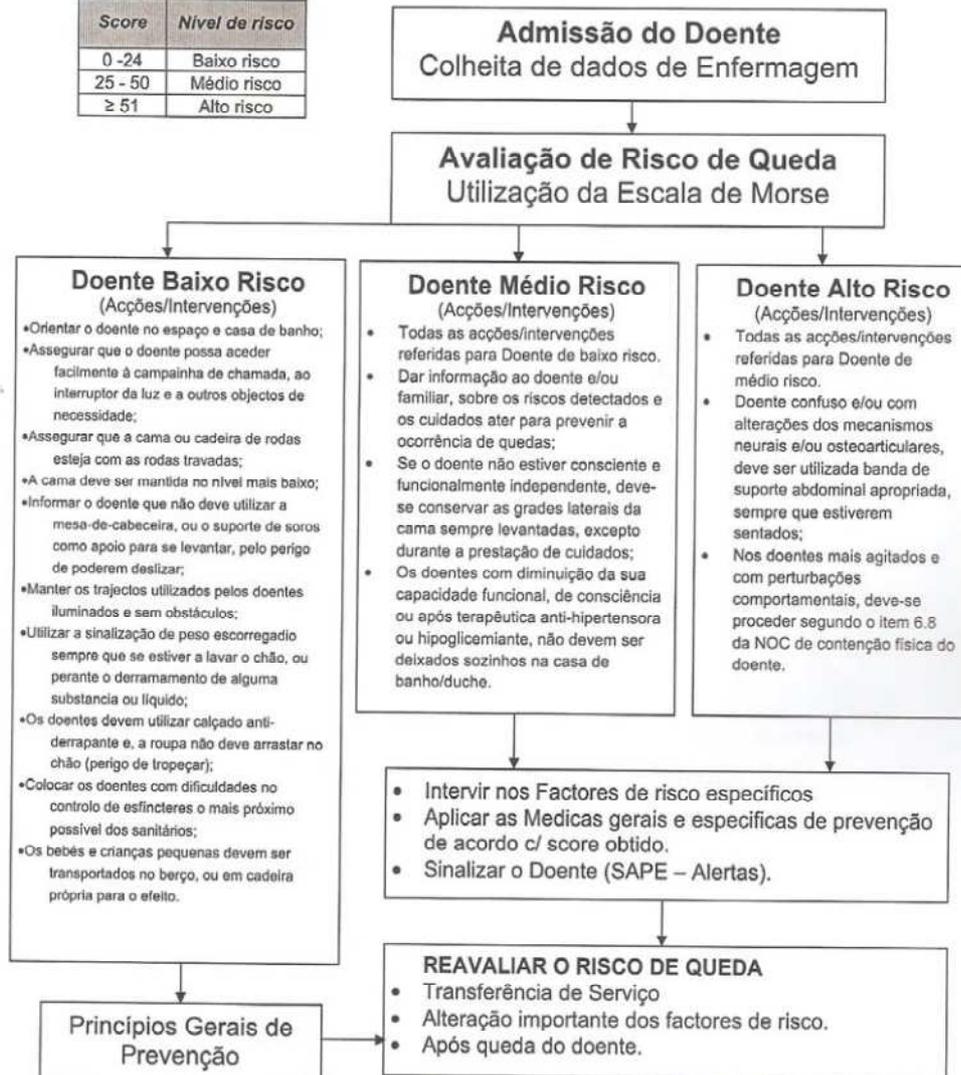
Pág. 6 de 7

<p>1</p> <p>Processo por Conselho de Administração em 27/10/2010</p> <p>Próxima Revisão: GNOC</p> <p>Ratificação: Conselho de Administração em 27/10/2010</p>
---

Centro Hospitalar	<b>Norma de Orientação Clínica (NOC)</b> <b>Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados</b>	Data da publicação:	27/10/2010
		Revisão A	19/10/2010
		Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CH .16

### AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

Score	Nível de risco
0 -24	Baixo risco
25 - 50	Médio risco
≥ 51	Alto risco



ANEXO 3 – Poster de Avaliação de Risco de Queda

Pág. 7 de 7

Aprovado por: Comissão de Administração Clínica em 19/10/2010  
Próxima Revisão: GNOC  
Ratificação: Conselho de Administração em 27/10/2010

# **ANEXO III**

Certificado de Formação - Módulo I - Plano de  
Emergência Interno

## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Centro Hospitalar de

Serviço de Gestão da Formação

Certifica-se que *CARLA ALEXANDRA SILVA CUSTODIO ROSA*, natural de *SETUBAL*, nascido/a a *26-08-1972*, com a nacionalidade *PORTUGUESA*, do sexo *FEMININO*, portador/a do *CARTAO DE CIDADAO*, nº *9826462*, válido até *30-01-2018*, concluiu, com *aproveitamento* em *09-12-2014*, o Curso de Formação: *FORMAÇÃO OBRIGATÓRIA NO ÂMBITO DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DA QUALIDADE - 17* com a duração de *15* horas.

### Estrutura Curricular

Unidades de Formação / Módulos / Outras Designações	Horas
Módulo I - Plano de Emergência Interno - CGR	4
Módulo II - Suporte Básico de Vida - SBV	4
Módulo III - Controlo de Infecção - CCI	3
Módulo IV - Saúde e Segurança - SSO	4

Observações: Os Módulos prevêem momentos de avaliação formativa.

Setúbal, *09-01-2015*

A Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação

# **ANEXO IV**

Certificado de frequência do Curso Básico de Cuidados

Paliativos

# CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE:

*Carla Alexandra da Silva Custódio Rosa*

*Frequentou o **Curso Básico de Cuidados Paliativos**, realizado no Auditório do Centro Hospitalar do Algarve, nos dias 17, 18 e 19 de Novembro de 2014, com a duração total de 21 horas letivas.*



Associação Portuguesa  
de Cuidados Paliativos

P' DIREÇÃO

19/11/2014

# APÊNDICES

# APÊNDICE I

Artigo referente ao PIS

## A Segurança passa pela Prevenção de Ocorrência de Quedas em Contexto Hospitalar

ROSA, Carla<sup>1</sup>; SOARES, Andreia<sup>2</sup>; PEREIRA, Mariana<sup>3</sup>

**Resumo:** A ocorrência de quedas é uma realidade nas instituições de saúde. Enquanto um dos incidentes mais documentados nas mesmas, requerem, por parte dos profissionais, a consciencialização da dimensão do problema e a implementação de intervenções para o minimizar. Sendo um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, a sua prevenção é um dever do Enfermeiro que, pelo desenvolvimento de intervenções autónomas, promove a segurança do cliente hospitalizado, componente essencial da qualidade, contribuindo, desta forma, para a excelência do cuidar. Tais factos justificam, juntamente com uma necessidade identificada no Serviço de Cardiologia/Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, assumida como oportunidade de melhoria, o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço, em contexto académico, intitulado “A Segurança passa pela Prevenção”, no âmbito das quedas dos clientes hospitalizados, o qual será divulgado neste artigo. Esse projeto possibilitou-nos intervir na componente da segurança pela adoção de um conjunto de estratégias por parte da equipa de enfermagem, assumidas como fulcrais na prevenção destes incidentes. A uniformização dessas estratégias assentou na monitorização do risco de queda do cliente, que tem início com a admissão do mesmo no hospital e, de acordo com o *score* obtido, a sua referência na equipa quando tem um médio ou alto risco de queda.

**Palavras-chaves:** Segurança; Prevenção de Quedas; Metodologia de Projeto; Qualidade

**Abstract:** The occurrence of falls is a reality in health facilities. As one of the most frequent hospital incidents, it requires on the part of health professionals an awareness of the dimension of the problem, as well as the implementation of actions to minimize it. Being an indicator of nursing care quality, its prevention is every caregiver's duty who, by developing autonomous interventions, promotes the security of the hospitalized patient, which is an essential component of quality and in this way, contributes to the excellence of the care. Together with a necessity identified in the Cardiology Unit and the Coronary Intensive Care Unit as an opportunity for improvement, these facts justify the development of a Service Intervention Project, within an academic context and the framework of falls suffered by hospitalized patients, entitled “Security requires prevention”, which will be presented in this article. This project allowed us to intervene in the security component by adopting a set of strategies used by the nursing staff, which are decisive for the prevention of these incidents. The standardization of these strategies is based on monitoring the patient's fall risk, which begins with the patient's admission to the hospital. According to the patient's score the staff must be informed when there is a medium or high fall risk.

**Keywords:** Security; Prevention of falls; Methodology Project; Quality

<sup>1</sup>Mestranda do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal

<sup>2</sup>Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Orientadora de Estágio

<sup>3</sup>Professora da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal - Orientadora de Estágio e do Projeto

## INTRODUÇÃO

A redação do presente artigo, que surge inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tem como objetivo divulgar o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) intitulado “A Segurança passa pela Prevenção”, no âmbito das quedas dos clientes hospitalizados.

Enquanto projeto de melhoria contínua da qualidade, o mesmo foi desenvolvido e implementado em contexto dos estágios I, II e III, realizados no Serviço de Cardiologia/ UCICOR, de um Centro Hospitalar da Margem Sul.

Seguiu a metodologia de trabalho de projeto, pelo que foi desenvolvido nas cinco etapas que a constituem: diagnóstico de situação; planeamento de atividades e estratégias a desenvolver; execução das atividades planeadas; respetiva avaliação e, por fim, a divulgação dos resultados obtidos, evidenciando a redação deste artigo científico a mesma.

## MOLDURA CONCEPTUAL

Nos últimos anos, a segurança do cliente hospitalizado assumiu um papel de destaque por parte das organizações de saúde, enquanto componente da qualidade nas mesmas, pelo que a sua promoção é uma preocupação dos profissionais que nelas exercem a sua atividade profissional.

Inserido nesta temática da segurança, a ocorrência de quedas do cliente hospitalizado, enquanto um dos incidentes mais relatados, traduz um indicador de qualidade de cuidados de enfermagem na prática profissional e, como tal, a sua prevenção assume grande importância na promoção de cuidados de excelência.

As quedas, definidas como eventos traumáticos, multifatoriais e, de forma geral, inesperados, podem conduzir ao aumento do tempo de internamento, maior custo do tratamento, desconforto do cliente e desconfiança do mesmo face à qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como à responsabilidade do profissional (ALMEIDA, ABREU e MENDES, 2010).

Enquanto incidentes “*susceptíveis de aumentar o número e severidade de complicações*”, o aumento dos custos que lhe são inerentes justificam-se por um maior período de hospitalização e pela realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica no contexto da sua ocorrência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.28).

Apesar dos dados existentes serem limitados relativamente à realidade da problemática das quedas em Portugal, cada vez mais as organizações de saúde vêm a adotar uma cultura de notificação destes incidentes em contexto hospitalar (ALMEIDA, ABREU e MENDES, 2010).

A sua compreensão é fulcral para a implementação de ações por parte das organizações de saúde para atenuar o risco e prevenir a sua ocorrência, logo promover a segurança do cliente.

A Ordem dos Enfermeiros, na tomada de posição sobre segurança, salienta que “*Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que*

*corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional” (OE, 2006, p.9).*

O Projeto de Intervenção em Serviço desenvolvido no âmbito da prevenção de ocorrência de quedas, como já mencionado, foi filiado à Tipologia dos Vinte e Um Problemas de Enfermagem de Faye Abdellah, o que se justificou por a mesma ser dirigida para as intervenções dos profissionais de enfermagem, na resposta aos problemas do cliente. Uma vez que os problemas identificados em contexto dos estágios, no PIS implementado, traduziram a falta de uniformização de intervenções da equipa de enfermagem face à prevenção de ocorrência de quedas, a solução para os mesmos centraram-se na equipa, em encontrar estratégias para intervir nesta problemática.

O 3º problema desta Tipologia dos Vinte e Um Problemas tem como objetivo *“Promover a segurança através da prevenção do acidente, lesão ou outro trauma e impedindo o alastrar da infecção”* (TOMEY, 2004, p.130). Traduz, de forma abrangente, todo o trabalho desenvolvido com a implementação do projeto.

Faye Abdellah fundamenta tal aspeto ao evidenciar as necessidades de intervenções de enfermagem, centradas nos profissionais, com o foco no cliente, para benefício do mesmo.

A Tipologia desta teórica dá um corpo de conhecimentos à Enfermagem, afastando-a do modelo médico (TOMEY, 2004). Não está focada na patologia do cliente, mas sim nas intervenções que tem que desenvolver para dar resposta às necessidades alteradas do mesmo.

## **METODOLOGIA DE PROJETO**

A metodologia de projeto centra-se *“na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de*

*características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real”* (RUIVO e FERRITO, 2010, p. 3).

O projeto “A Segurança passa pela Prevenção” seguiu a metodologia de trabalho de projeto como já referido.

### **Diagnóstico de Situação**

O Serviço de Cardiologia de um Centro Hospitalar da Margem Sul é constituído pelo Internamento, pela Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR), pela Unidade de Internamento Rápido (UNIR), pelo Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca e, por fim, pela Unidade de Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica.

A UCICOR, local onde foram realizados os estágios, é uma sala única, com capacidade para receber seis clientes, com disfunção cardíaca, tendo *“como principais objectivos a monitorização, suporte e recuperação de funções vitais em doentes com patologia cardíaca aguda e/ou crítica, de forma a reduzir a sua morbilidade e mortalidade cardiovascular”* (SANTOS *et al*, 2010, p.1).

A avaliação contínua da qualidade é uma prática da Unidade/Serviço, a qual se pretende monitorizar com recurso a alguns indicadores. A procura pela qualidade passa pela segurança do cliente hospitalizado e, neste contexto, as quedas são um indicador de qualidade dos cuidados.

O diagnóstico foi realizado com recurso aos seguintes instrumentos: a entrevista exploratória, não estruturada, com a Sra. Enfermeira Chefe do Serviço; a observação dos registos de enfermagem relativamente à avaliação de risco de quedas numa amostra de treze clientes; e a análise SWOT, que possibilitou focar os pontos fracos e fortes da implementação do projeto, assim como as oportunidades e ameaças

em relação ao mesmo.

É importante referir que, segundo o Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico (GIARC), em 2013 foram relatadas, pelo Serviço de Cardiologia, treze quedas.

No âmbito da temática escolhida para o projeto, na promoção de uma prática baseada na prevenção, como **problema geral** identificou-se a falta de uniformização na equipa de enfermagem relativamente às estratégias/intervenções a desenvolver na prevenção de ocorrência de quedas no cliente hospitalizado no Serviço de Cardiologia/UCICOR.

Após definido o problema geral, foram identificados quatro **problemas parcelares**:

- 1) Necessidade de uniformização na equipa de enfermagem em relação aos itens de preenchimento da Escala de Morse;
- 2) Necessidade de definição da periodicidade do preenchimento da Escala de Morse, adequada às necessidades do Serviço, o que foi identificado na amostra de treze clientes atrás referida;
- 3) Não implementação de intervenções /ações a desenvolver, adequadas à realidade do Serviço, de acordo com o *score* da Escala de prevenção de ocorrência de quedas;
- 4) Necessidade de sensibilização dos profissionais de enfermagem relativamente a referenciar, dentro da equipa, o cliente com alto risco de queda.

Considerando os problemas identificados, foram traçadas como prioridades a realização de formação à equipa de enfermagem do Serviço em questão sobre a problemática das quedas em contexto hospitalar, evidenciando a Norma de Orientação Clínica sobre a prevenção da sua ocorrência existente na Instituição, assim como a uniformização de intervenções dos profissionais de enfermagem nesta área de atuação.

## **Planeamento**

Esta etapa surge como uma antecipação do que vai ser desenvolvido. Após a identificação dos problemas parcelares, foram delineados os objetivos no sentido de dar resposta aos mesmos. Os objetivos definem-se como resultados a atingir, num espaço de tempo delimitado, com uso de determinados recursos (KURCGANT, 1991).

Assim, como **objetivo geral** deste projeto, pretendemos promover a qualidade dos cuidados de enfermagem ao cliente internado no Serviço de Cardiologia/UCICOR, no âmbito da prevenção de ocorrência de quedas.

Definimos como **objetivos específicos**:

- 1) Conhecer os fatores precipitantes das quedas que existiram no Serviço no ano de 2013;
- 2) Uniformizar procedimentos na equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia/ UCICOR na prevenção de ocorrência de quedas no cliente em contexto hospitalar, promovendo a segurança do mesmo;
- 3) Contribuir para a aquisição de conhecimentos da equipa de enfermagem em relação à Escala de Morse, definindo a periodicidade da avaliação da mesma, de acordo com as necessidades do Serviço;
- 4) Desenvolver estratégias de prevenção de quedas no cliente hospitalizado para reduzir o risco de queda.

Considerando os objetivos específicos traçados, foram delineadas estratégias e atividades a desenvolver num determinado período de tempo.

## **Execução**

Segundo NOGUEIRA (2005), a etapa da execução refere-se a colocar em prática tudo o que foi planeado, sendo a fase mais trabalhosa e, em simultâneo, a mais gratificante.

Considerando os objetivos delineados, foram implementadas diversas atividades/estratégias, das quais evidenciamos a **pesquisa bibliográfica** realizada sobre a problemática das quedas em contexto hospitalar, procurando informação atualizada, o que nos possibilitou justificar as nossas escolhas no decorrer do projeto em questão; a **elaboração de um instrumento orientador de colheita de dados**; a **sensibilização e formação da equipa de enfermagem** sobre estes incidentes, envolvendo-os no projeto; as **reuniões informais** com os elementos dinamizadores do risco; a redação de um **procedimento** para o Serviço intitulado “Quedas em Contexto Hospitalar - Estratégias de Prevenção”; a **elaboração e implementação de um folheto informativo** para o cliente / pessoa significativa sobre a prevenção de quedas em contexto hospitalar, assim como a realização de ensinamentos ao mesmo sobre o risco de queda e, por último, a **formação**, formal e informal, dirigida à **equipa de assistentes operacionais** do Serviço.

O instrumento orientador de colheita de dados assumiu-se como facilitador na análise dos relatos de incidentes realizada, ainda na fase de diagnóstico, referentes às quedas que ocorreram em 2013, no Serviço de Cardiologia/UCICOR, caracterizando-as, assim como alguns aspetos relativos aos clientes que, no seu internamento, sofreram esses incidentes.

A análise realizada incidiu sobre os seguintes aspetos, contemplados nesse instrumento: sexo, idade, estado de consciência, mês, dia da semana, turno e local em que ocorreram as quedas, clientes nos quais o risco de queda foi avaliado pelo preenchimento da Escala de Morse e, por último, a distribuição de ocorrência de quedas quanto a esse risco.

A amostra restringiu-se a treze clientes, número correspondente às quedas ocorridas em

2013, documentadas pelo GIARC da Instituição em questão.

Os relatos de incidentes, instrumentos facilitadores na comunicação dos mesmos, possibilitaram-nos caracterizar essas quedas, apesar de limitativos em relação a determinados aspetos que contextualizariam melhor estas ocorrências, como as patologias associadas e a medicação instituída dos clientes que caíram, não sendo possível relacionar esse fatores, uma vez que esta informação não constava neles.

O envolvimento de todos os profissionais da equipa de enfermagem no projeto, sensibilizando-os para esta problemática enquanto área em que podemos intervir, foi fulcral no sucesso do mesmo. Numa fase inicial, de uma forma informal, demos conhecimento aos enfermeiros do Serviço sobre o projeto em desenvolvimento. Posteriormente, realizámos uma formação para a equipa de enfermagem, na qual fizemos a apresentação do projeto em desenvolvimento, de uma maneira formal, discutindo estratégias para reduzir a ocorrência de quedas considerando as necessidades previamente identificadas e procurando colmatar as lacunas existentes. Esse momento formativo formal assumiu papel de destaque na divulgação da norma da Instituição referente à prevenção de quedas em contexto hospitalar, bem como à explicação do preenchimento da Escala de Morse, decisiva na correta avaliação do risco de queda.

*“ A explicação fornecida para cada item sobre a forma como deve ser entendida e interpretada a escala é fundamental para que todos possam utilizar a escala do mesmo modo”* (COSTA-DIAS, FERREIRA e OLIVEIRA, 2014, p. 8).

A decisão da equipa pela avaliação diária do risco de queda, através da Escala de Morse, no turno da manhã, considerando que os clientes com patologia cardíaca possuem um risco

aumentado de quedas como documentam alguns estudos, e o referenciar o cliente na equipa de enfermagem perante um médio ou alto risco, pelo uso de uma sinalética, foram estratégias definidas na formação realizada. A implementação da avaliação do *score* do risco de quedas, utilizando a Escala de Morse enquanto instrumento, possibilita adequar medidas de prevenção adequadas a cada situação (FRAGATA, 2011).

Uma vez que não foi possível toda a equipa de enfermagem assistir à formação realizada na apresentação formal do PIS e dada a pertinência da temática, divulgamos a formação realizada, informalmente, e de forma individual, aos elementos da equipa que não estiveram presentes. Desta forma, toda a equipa teve conhecimento dos aspetos focados e das estratégias a implementar na procura de melhorar a prática nesta área de intervenção.

O procedimento “Quedas em Contexto Hospitalar - Estratégias de Prevenção” assumiu-se facilitador na uniformização do modo de atuação da equipa relativamente a esta problemática. Um procedimento implica “*uma descrição detalhada e sequencial de como uma atividade deve ser realizada*” (KURCGANT, 1991, p. 69). Ainda segundo esta autora, deve ser explícito, de maneira a não deixar dúvidas a quem o lê, na forma de execução.

A realização de reuniões informais com os elementos dinamizadores do risco do Serviço sobre qual a melhor forma de identificar/relatar os riscos ambientais que possam contribuir para a ocorrência de quedas assumiram um papel relevante na discriminação de aspetos ambientais predisponentes da ocorrência das mesmas. Tal facto é fundamentado por RAMOS e TRINDADE quando afirmam que “*para que a gestão do risco seja dinâmica e abrangente, e faça parte da prática diária de todos os profissionais é*

*indispensável a criação de uma Equipa de Interlocutores para a gerir o risco localmente, sendo os actores principais neste processo de envolvimento total*” (2011, p. 17).

Os relatos de incidentes assumem-se como uma ferramenta prática no relato dos riscos ambientais que possam contribuir para a ocorrência de quedas.

Foi elaborado um folheto informativo, considerando as sugestões da equipa, destinado aos clientes / pessoa significativa sobre as quedas no hospital, com o propósito de envolvê-los na prevenção desse risco. ALMEIDA, ABREU e MENDES (2010) referem que é de extrema importância envolver os clientes e respetivos cuidadores nesse processo de prevenção.

Foi, também, realizada uma formação dirigida às assistentes operacionais do Serviço, com o propósito de envolvê-las neste projeto, sensibilizando-as para fatores ambientais a considerar na prevenção de quedas, o que muitas vezes foi efetuado em contexto de prestação de cuidados.

### **Avaliação**

No decorrer da etapa da execução procedeu-se a uma avaliação intermédia, na qual “*são realizadas as primeiras críticas sobre o trabalho elaborado e realizados os ajustes necessários*” (RUIVO e FERRITO, 2010, p. 25). Possibilitou-nos fazer algumas adaptações em relação ao tempo em que foram desenvolvidas as atividades e estratégias para dar resposta aos objetivos delineados, no sentido de melhor responder às necessidades da equipa, bem como introduzir estratégias, que não tinham sido planeadas, como o procedimento atrás referido e a organização de um *dossier* com informações pertinentes nesta temática, que se assumiram como facilitadores na implementação do projeto.

A avaliação final do projeto foi possível com recurso à observação enquanto instrumento de avaliação.

NOGUEIRA (2005) refere que a avaliação do projeto deve basear-se nos objetivos definidos inicialmente.

Os objetivos delineados foram atingidos, no entanto algumas atividades e estratégias necessitaram de alguns ajustes em relação ao tempo planeado para o seu desenvolvimento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Procedemos à observação dos registos de enfermagem relativamente à avaliação de risco de quedas, tal como realizado na fase do diagnóstico, num período de tempo definido, numa amostra de vinte e nove clientes hospitalizados. Este período coincidiu com a etapa final do estágio. Nesta observação focamos os seguintes aspetos: Avaliação diária da Escala de Morse, de acordo com o que foi definido; *Score* do risco registado nos alertas (no momento de admissão) e o “Risco de Queda” levantado nos focos de enfermagem. Constatámos que dos vinte e nove clientes, vinte e três apresentavam monitorização diária da Escala de Morse, o *Score* obtido no momento da admissão estava registado em alertas no SAPE em vinte cinco clientes, igual número com “Risco de Queda” levantado nos focos de enfermagem.

Fundamentando estes dados, o Relatório Final de Auditoria Clínica realizada à aplicação da Norma de Orientação Clínica (NOC) relativa à Prevenção de ocorrência de quedas, pelo GIARC, no Serviço onde a mestranda realizou os estágios, que decorreu nos dias 21 e 22 de Outubro de 2014, reforça que a Taxa de Conformidade Global de 100%.

Consideramos que a implementação do folheto foi tardia, o que se tornou insuficiente para avaliar a aceitação do mesmo pelos clientes.

## CONCLUSÃO

A análise desta problemática permitiu-nos adotar um “olhar” crítico sobre a mesma, conhecendo a sua dimensão e refletindo sobre os cuidados de enfermagem desenvolvidos diariamente, no âmbito da segurança.

O PIS desenvolvido e implementado enquadrou-se num projeto de melhoria contínua da qualidade, que responde a um dos indicadores da mesma em termos institucionais, mais especificamente a ocorrência de quedas no cliente em ambiente hospitalar.

A aceitação do projeto pela equipa de enfermagem do Serviço foi essencial para o seu sucesso, o que pôde ser constatado nos resultados mencionados.

A sua pertinência e aplicabilidade na prática foram enriquecedoras da mesma, dando resposta às expectativas na sua implementação.

Apesar da sua temática incidir sobre uma problemática das instituições de saúde já conhecida, a sua importância advém da ocorrência de quedas ser um indicador de qualidade dos cuidados, inserido num programa de Acreditação Hospitalar.

## AGRADECIMENTOS

À equipa de Enfermagem do Serviço de Cardiologia /UCICOR pela disponibilidade e aceitação perante o projeto desenvolvido.

À Sra. Enfermeira Chefe do Serviço pela oportunidade dada no desenvolvimento do mesmo.

A todos os que, de alguma forma, colaboraram no desenvolvimento do PIS.

### BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Ricardo; ABREU, Cidalina; MENDES, Aida - Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha]. III Série, nº 2 (2010), p.163-172. [Consultado a 21.Março.2014]. Disponível em:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a17.pdf> ISSN: 0874-0283

COSTA-DIAS, Maria; FERREIRA, Pedro; OLIVEIRA, Alexandre - Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha]. Vol. IV, nº 2 (2014), p. 7-17. [Consultado a 3. Outubro. 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1382> ISSN: 0874-0283

FRAGATA, José - **Segurança dos doentes: uma abordagem prática**. Lousã: LIDEL, 2011. ISBN: 978-972-757-797-2

KURCGANT, Paulina - Liderança em enfermagem. In **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. ISBN: 85-12-12470-9

MINISTÉRIO DA SAÚDE - A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. 2010. [Consultado a 30. Janeiro. 2015]. Disponível em: <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>

NOGUEIRA, Nilbo Ribeiro - **Pedagogia dos Projetos. Etapas, papéis e atores**. São Paulo: Editora Érica Ltda.2005. ISBN: 85-365-0078-6

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente. 2006. [Consultado a 2. Abril.2014]. Disponível

em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadaposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadaposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf)

RAMOS, Susana; TRINDADE, Lurdes - Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. **Revista Tecno Hospital** [Em linha]. Nº 48 (2011), p.16-20 [Consultado a 28.Dezembro.2014]. Disponível em: <http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>

RUIVO, Maria; Ferrito, Cândida - Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. **Revista Percursos** [Em linha]. Nº 15 (2010). [Consultado a 28. Março. 2014]. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf) ISSN: 1646-5067

SANTOS, José *et al.*, - Regulamento Da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos- Serviço de Cardiologia. 2010

TOMEY, Ann Marriner - Faye Glenn Abdellah: Vinte e Um Problemas de Enfermagem. In **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência,2004. ISBN: 972-8383-74-6

# APÊNDICE II

Instrumento Orientador de Colheita de Dados

**Instrumento de Colheita de Dados sobre as quedas relatadas no ano de 2013, no Serviço de Cardiologia/UCICOR de um Centro Hospitalar da Margem Sul**

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: M  F

3. Estado de Consciência: Consciente   
Confuso/a   
Obnubilado/a   
Estuporoso/a   
Inconsciente

4. Escala de Morse avaliada: Sim  *Score:* \_\_\_\_\_  
Não

5. Data da Ocorrência: \_\_\_\_\_ Dia da Semana: \_\_\_\_\_

6. Turno: M   
T   
N

7. Local/Condições em que ocorreu a queda: Cadeirão   
Cadeira de Rodas   
Cama, com laterais de proteção elevadas   
Cama, sem laterais de proteção   
WC   
Após levantar   
Deambulação   
Mecanismos de Contensão   
Outro: \_\_\_\_\_

8. Outros aspetos relevantes: \_\_\_\_\_

# APÊNDICE III

## Análise Swot

ANÁLISE SWOT  
*Projeto “A Segurança passa pela Prevenção”*

**STRENGTHS  
(Pontos Fortes)**

- Existência de dois elementos no Serviço responsáveis pelo risco
- A prevenção de ocorrência de quedas como indicador de qualidade da Instituição
- Reconhecimento da equipa de enfermagem sobre a necessidade de uniformização relativamente ao preenchimento da Escala de Morse
- Enfermeira Chefe interessada no projeto
- Tema de grande relevância em contexto hospitalar
- Existência de uma Norma de Orientação Clínica sobre “Prevenção de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados”

**WEAKNESSES  
(Pontos Fracos)**

- Eventual resistência à mudança da equipa de enfermagem

**OPPORTUNITIES  
(Oportunidades)**

- Aquisição de novos conhecimentos da equipa de enfermagem, a serem implementados na prática profissional diária
- Aumento da segurança do cliente no Serviço de Cardiologia/UCICOR
- A caracterização das quedas ocorridas em 2013
- Possibilidade de desenvolver medidas preventivas de acordo com as necessidades existentes, uniformizando-as

**THREATS  
(Ameaças)**

- Falta de disponibilidade da equipa de enfermagem
- Dificuldade em envolver a equipa no projeto
- Risco dos relatos não estarem completos

# APÊNDICE IV

Ficha de Planeamento do PIS, com Cronograma Previsto

## Planeamento do Projeto

<b>Estudante:</b> Carla Alexandra da Silva Custódio Rosa	<b>Orientador:</b> Prof. Mariana Pereira
<b>Instituição:</b> Centro Hospitalar da Margem Sul- Hospital X	<b>Serviço:</b> Cardiologia/ Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR)
<b>Título do Projeto:</b> “A Segurança passa pela Prevenção”	
<b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u> ):	
<b><u>OBJETIVO GERAL</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem ao cliente internado no Serviço de Cardiologia/UCICOR, no âmbito da prevenção de ocorrência de quedas.</li></ul>	
<b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></b>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1- Conhecer os fatores precipitantes das quedas que existiram no Serviço no ano de 2013.</li><li>2- Uniformizar procedimentos na equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCICOR na prevenção de ocorrência de quedas do cliente em contexto hospitalar, promovendo a segurança do mesmo.</li><li>3- Contribuir para a aquisição de conhecimentos da equipa de enfermagem em relação à Escala de Morse, definindo a periodicidade da avaliação da mesma, de acordo com as necessidades do Serviço.</li><li>4- Desenvolver estratégias de prevenção de quedas no cliente hospitalizado para reduzir o risco de queda.</li></ol>	
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b> (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Professora Mariana Pereira, como Docente Orientadora do Projeto</li><li>- Enfermeira Andreia Soares, enquanto Orientadora de Estágio</li><li>- Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia/UCICOR</li></ul>	

- Enfermeiras de ligação do Risco no Serviço de Cardiologia/UCICOR
- Enfermeiro de Referência do Gabinete de Indicadores Auditoria e Risco Clínico (GIARC)
- Equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCICOR

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1- Conhecer os fatores precipitantes das quedas que existiram no Serviço no ano de 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar pesquisa bibliográfica sobre quedas em contexto hospitalar em bases de dados credíveis</li> <li>- Construir um instrumento orientador de colheita de dados</li> <li>- Solicitar autorização à Sra. Enfermeira Diretora e ao GIARC para aceder aos relatos de incidentes do Serviço de Cardiologia/UCICOR referentes a 2013</li> <li>- Consultar e analisar os relatos de incidentes após ser concedida autorização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mestranda</li> <li>-Docente orientadora do projeto</li> <li>- Enfª de Referência do GIARC</li> <li>-Sra. Enfª Diretora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bases de dados científicas</li> <li>-Computador</li> <li>-Instrumento orientador de colheita de dados</li> <li>- Pen</li> <li>-Impressora</li> <li>-Papel</li> </ul>	De abril até à primeira quinzena de junho de 2014	-Caracterização dos fatores predisponentes de quedas em 2013
2- Uniformizar procedimentos na equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCICOR na prevenção de ocorrência de quedas do cliente em contexto hospitalar, promovendo a segurança do mesmo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Envolver os profissionais da equipa de enfermagem no projeto, sensibilizando-os para a problemática das quedas</li> <li>-Apresentar a problemática identificada na etapa de diagnóstico à equipa de enfermagem</li> <li>-Divulgar a caracterização dos fatores predisponentes da ocorrência de quedas no serviço no ano de 2013</li> <li>-Discutir com a equipa de enfermagem quais as intervenções a definir para o Serviço, em SAPE, associadas ao foco “queda”</li> <li>- Reuniões informais com os elementos dinamizadores do risco do</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipa de enfermagem</li> <li>- Elementos de ligação do risco do Serviço</li> <li>-Mestranda</li> <li>-Orientadora de estágio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> </ul>	De 29 de setembro até janeiro de 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação da equipa de enfermagem e comentários sobre a problemática apresentada</li> <li>- Identificação de riscos</li> </ul>

<p><b>3-</b> Contribuir para a aquisição de conhecimentos da equipa de enfermagem em relação à Escala de Morse, definindo a periodicidade da avaliação da mesma, de acordo com as necessidades do Serviço</p>	<p>Serviço sobre qual a melhor forma de identificar/relatar os riscos ambientais que possam contribuir para a ocorrência de quedas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar o risco de queda nos clientes hospitalizados</li> <li>-Revisão bibliográfica da norma referente à prevenção de ocorrência de quedas da Instituição e da Escala de Morse</li> <li>-Identificação das necessidades formativas da equipa de enfermagem sobre a monitorização da ocorrência de quedas no cliente hospitalizado</li> <li>-Reunião informal com Sra. Enfª Chefe do Serviço</li> <li>- Formação dirigida aos enfermeiros sobre a Escala de Morse</li> <li>- Decidir com a equipa de enfermagem a periodicidade da avaliação da Escala de Morse, implementando-a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mestranda</li> <li>-Equipa de enfermagem</li> <li>- Sra. Enfª Chefe</li> <li>- Docente orientadora do projeto</li> <li>- Orientadora de estágio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Morse</li> <li>- Norma de Orientação Clínica</li> <li>- Computador</li> <li>-Projeter</li> <li>-Papel</li> <li>-Impressora</li> </ul>	<p>De junho até à primeira quinzena de julho. Outubro</p>	<p>ambientais que contribuam para a ocorrência de quedas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realização da formação com uma participação de, pelo menos, 50% da equipa de enfermagem</li> <li>-Implementação da avaliação do risco de quedas nos clientes hospitalizados no Serviço</li> </ul>
<p><b>4-</b>Desenvolver estratégias de prevenção de quedas no cliente hospitalizado para reduzir o risco de queda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Referenciar o cliente na equipa de enfermagem quando existe um médio ou alto risco de queda, pelo uso de uma sinalética</li> <li>- Elaboração de um folheto informativo para o cliente sobre a prevenção de quedas em ambiente hospitalar</li> <li>- Validar a sua pertinência com a Docente orientadora do projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mestranda</li> <li>-Equipa de enfermagem</li> <li>- Sra. Enfª Chefe</li> <li>- Docente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Computador</li> <li>- Folheto</li> <li>- Impressora</li> <li>-Sinalética a definir</li> </ul>	<p>Da segunda quinzena de outubro até ao final de janeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se os clientes com médio e alto risco de queda são referenciados</li> <li>-Se os</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do mesmo à Sra. Enfª Chefe e à equipa de enfermagem</li> <li>- Reformular o folheto se necessário</li> <li>- Implementação do folheto no Serviço</li> <li>- Realizar ensino ao cliente hospitalizado sobre o risco de queda e a importância da prevenção da mesma</li> <li>- Formação dirigida às assistentes operacionais do Serviço sobre fatores ambientais a considerar na prevenção de ocorrência de quedas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>orientadora do projeto</li> <li>-Orientadora do estágio</li> <li>- Assistentes operacionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Projektor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>enfermeiros disponibilizam os folhetos informativos aos clientes hospitalizados</li> <li>- Participação e interesse demonstrado pelas assistentes operacionais na formação</li> </ul>
--	---	---	--	--

**Cronograma:**

---





Recursos Materiais: Material necessário para formação: Projetor e Computador

Material necessário para a realização de um folheto: Computador, impressora e papel

Sinalética a definir

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

No decorrer do projeto podem surgir constrangimentos que questionem o cumprimento dos objetivos no tempo definido, salientando a:

- Dificuldade em gerir o tempo de forma a cumprir os prazos estabelecidos, havendo a preocupação de ajustá-los na realização do cronograma
- Possibilidade dos elementos da equipa de enfermagem não estarem disponíveis para o projeto, pelo que é essencial dar-lhes a conhecer o mesmo nas diferentes etapas

Data:28/06/2014

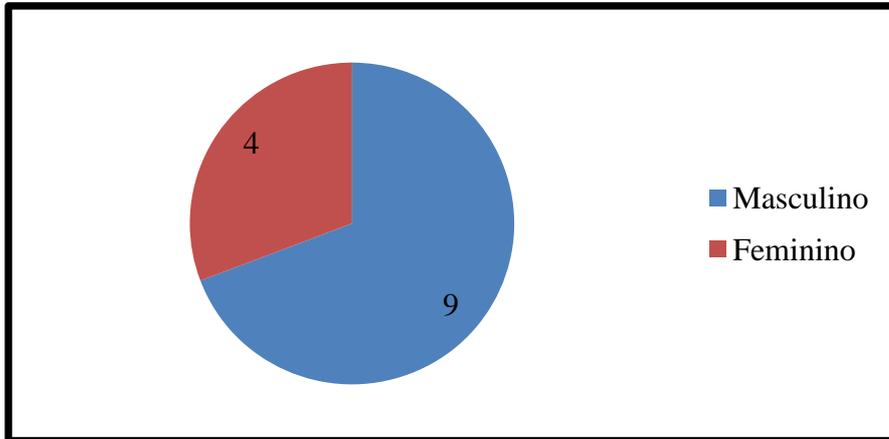
Assinatura: Carla Alexandra da Silva Custódio Rosa

Docente: \_\_\_\_\_

# APÊNDICE V

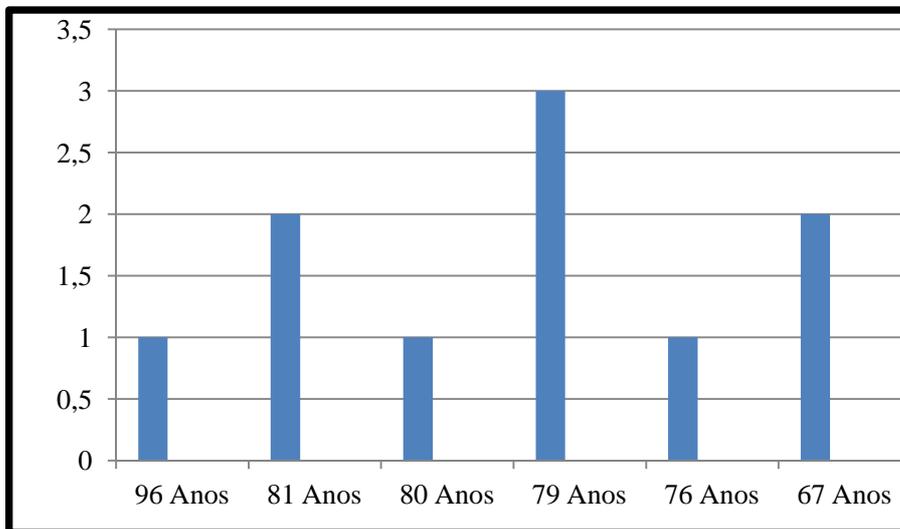
## Resultados da Análise aos Relatos de Incidente

## Resultados da Análise Realizada



**Gráfico 1-**Distribuição de Quedas por Sexo

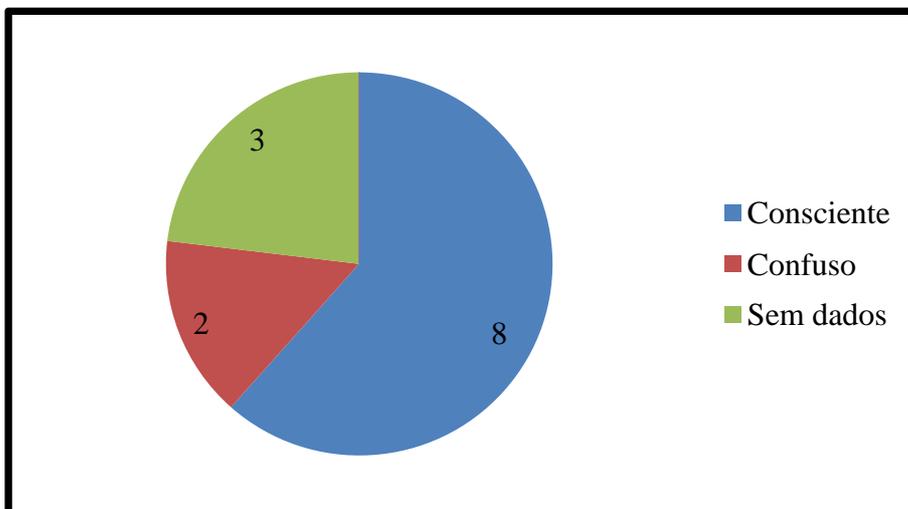
Neste gráfico constatamos que, numa amostra de 13 clientes hospitalizados, a maior incidência de quedas ocorreu no sexo masculino.



**Gráfico 2-**Distribuição de Quedas de acordo com a Idade

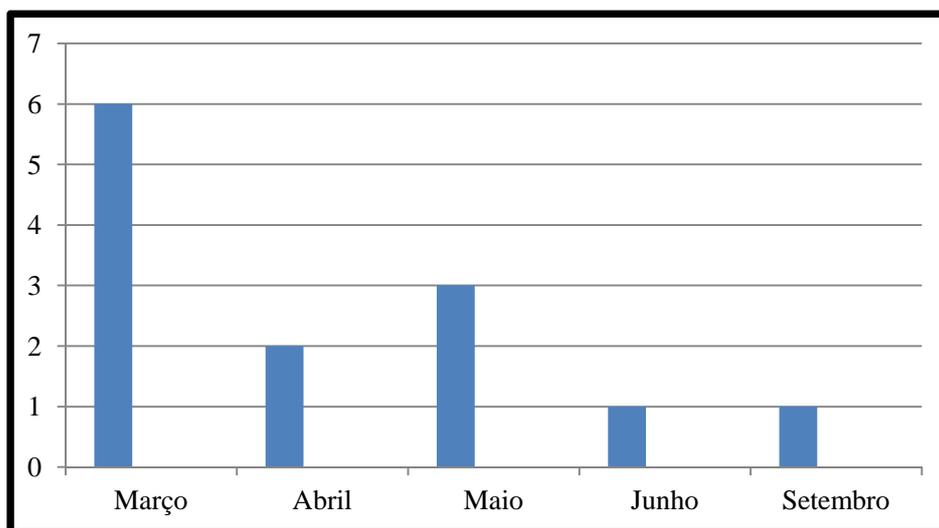
De acordo com o gráfico 2, identificamos que todas as quedas ocorreram em clientes com idade superior a 65 anos. Tal facto é fundamentado pela pesquisa bibliográfica realizada, na qual se constata que a condição física do idoso, justificada pelo envelhecimento,

propícia o aumento da incidência de quedas, bem como de complicações associadas (FILGUEIRAS *et al.*,2007).



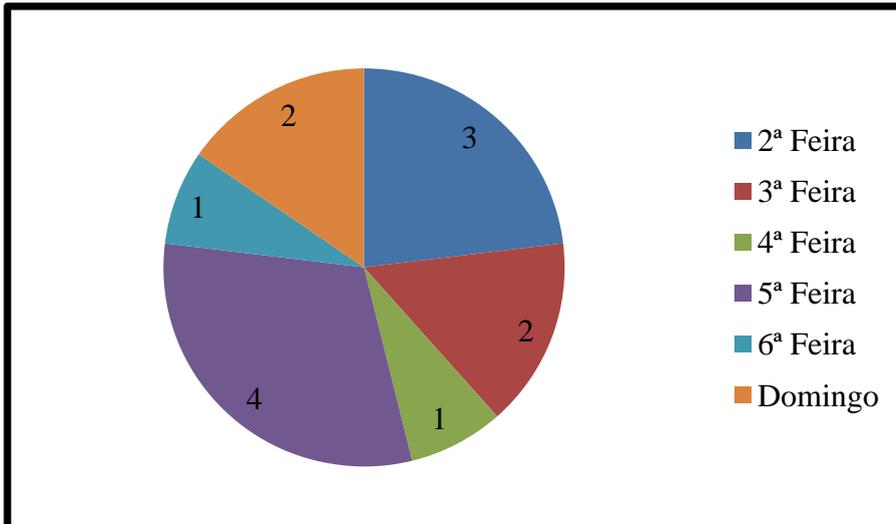
**Gráfico 3-**Distribuição de Quedas de acordo com o Estado de Consciência

Verificamos que a maior parte das quedas ocorreram em clientes conscientes. Em 3 casos, não está caracterizado, nos relatos, o estado de consciência do cliente.



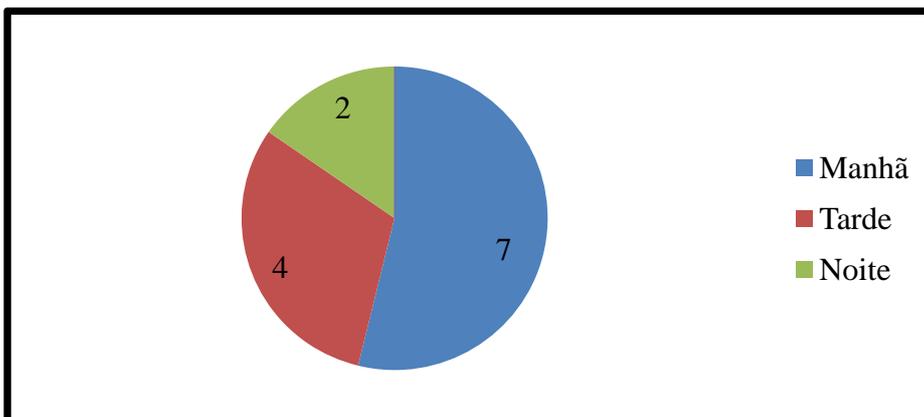
**Gráfico 4-**Distribuição de Quedas de acordo com o mês em que ocorreram

No gráfico 4 é possível identificarmos que o mês em que ocorreram um maior número de quedas foi o de março, existindo meses em que não foram relatados estes incidentes.



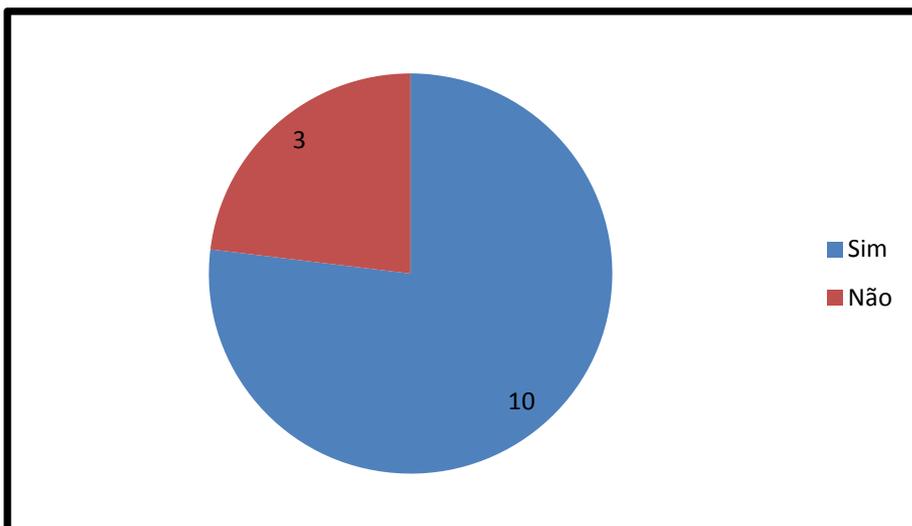
**Gráfico 5-**Distribuição de ocorrência de Quedas por Dia da Semana

Na análise efetuada, constatamos que os dias da semana em que ocorreram um maior número de quedas foram a 2ª e 5ª feira. Ao sábado não foram relatadas quedas.



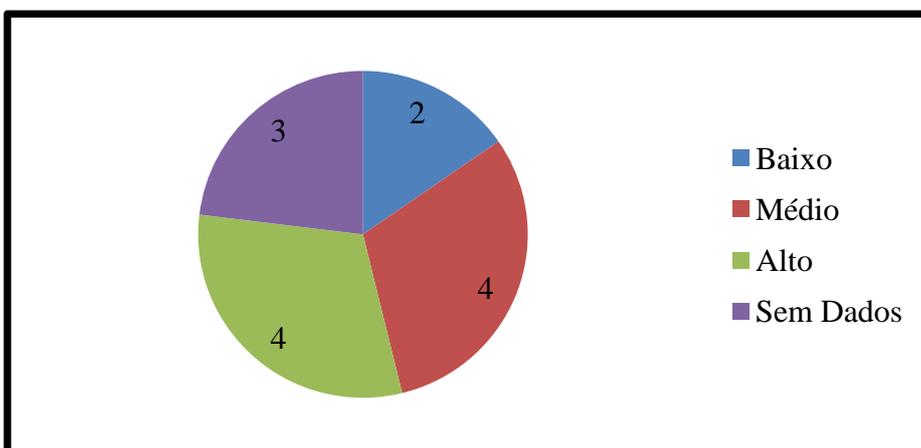
**Gráfico 6-**Distribuição de ocorrência de Quedas em função do turno

No gráfico 6, é possível observarmos que a ocorrência de quedas é maior no turno da manhã, enquanto que no turno da noite só ocorreram 2 quedas na amostra utilizada.



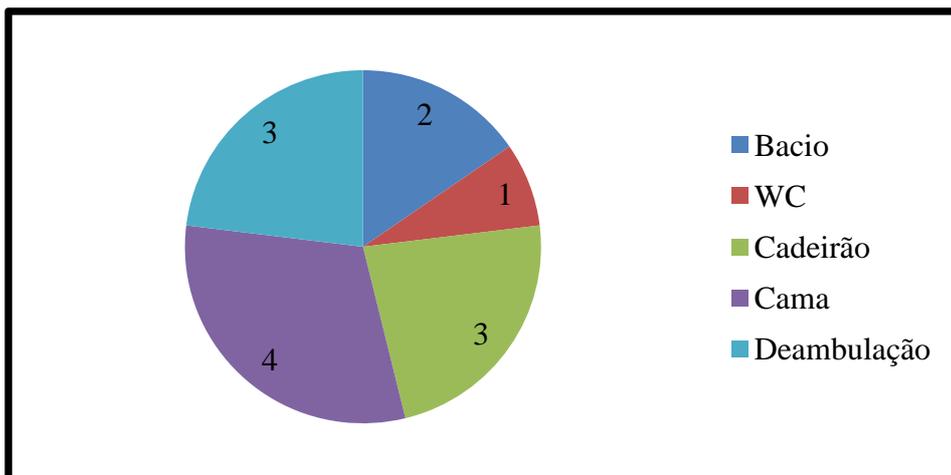
**Gráfico 7-**Distribuição de ocorrência de Quedas por clientes nos quais foi avaliada a Escala de Morse

Atendendo à amostra de clientes hospitalizados que caíram, foi realizada a avaliação da Escala de Morse em 10 deles. Em 3 casos, não estão referenciados os *scores* nos relatos, pelo que deduzimos que não foram avaliados.



**Gráfico 8-**Distribuição de ocorrência de Quedas quanto ao Risco de Quedas Identificado

No gráfico 8, verificamos que, dos clientes da amostra em questão, 4 deles tinham alto risco de queda e 4 apresentavam médio risco, enquanto 2 tinham baixo. Em 3 deles não foi referenciado, nos relatos, o *score* correspondente à avaliação da escala.



**Gráfico 9-**Distribuição de Quedas quanto ao local da sua ocorrência

Na análise deste gráfico, conseguimos caracterizar em que locais ocorreram as quedas, observando que o maior número ocorre do leito, sem discriminação em todos os relatos se as laterais de proteção da cama se encontram elevadas. No entanto, as quedas que ocorreram na deambulação e no cadeirão seguem-se de imediato. Conhecer o local onde ocorreram as quedas é importante para identificar fatores ambientais predisponentes das mesmas.

# APÊNDICE VI

Planeamento da Sessão de Formação à Equipa de  
Enfermagem subordinada ao Tema “Quedas em Contexto  
Hospitalar”



## Planeamento da Sessão

Centro Hospitalar da Margem Sul - Hospital X - Serviço de Cardiologia/UCICOR	
<b>Mestranda:</b> Carla Rosa <b>Orientadora de Estágio:</b> Enf <sup>a</sup> Andreia Soares <b>Docente Orientadora:</b> Prof. Mariana Pereira	
<p><b>Tema:</b> “ A Segurança passa pela Prevenção”</p> <p><b>Grupo:</b> Equipa de Enfermagem</p> <p><b>Local:</b> Sala de Reuniões do Serviço</p> <p><b>Dia:</b> 5/11/14</p> <p><b>Hora:</b> 14h00</p> <p><b>Duração:</b> 50 min.</p>	<p><b>Objetivo Geral:</b> Sensibilizar os Profissionais de Enfermagem para a problemática das quedas em contexto hospitalar, apresentando o Projeto de Intervenção em Serviço</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apresentar as etapas do projeto desenvolvidas</li> <li>-Abordar o fenómeno de queda e suas implicações na qualidade dos cuidados</li> <li>-Contribuir para a aquisição de conhecimentos em relação à Escala de Morse</li> <li>-Desenvolver estratégias de prevenção de quedas no cliente hospitalizado</li> </ul>

Etapas	Duração	Conteúdo	Estratégias
Introdução	5 Min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do Tema</li> <li>• Objetivos</li> </ul>	Exposição verbal Slideshow
Desenvolvimento	30 Min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedas em contexto hospitalar</li> <li>• Projeto de Intervenção em Serviço</li> <li>• Escala de Morse</li> <li>• Estratégias para prevenção</li> <li>• Intervenções em SAPE</li> </ul>	Exposição verbal Slideshow
Conclusão	15 Min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão sobre os aspetos a considerar na prevenção de quedas</li> <li>• Avaliação da Sessão</li> </ul>	Exposição verbal Entrega de um Folheto informativo Diálogo Questionários da Instituição

# APÊNDICE VII

Formação realizada à Equipa de Enfermagem no âmbito  
do PIS



**Projeto de Intervenção em Serviço**  
**“A SEGURANÇA PASSA PELA  
PREVENÇÃO”**

**Realizado por:**

Carla Rosa

**Orientadora de Estágio:**

Enfª Andreia Soares

**Docente Orientadora:**

Prof. Mariana Pereira

Novembro 2014

## OBJETIVOS

### GERAL

- ❑ Sensibilizar os Profissionais de Enfermagem para a problemática das quedas em contexto hospitalar, apresentando o Projeto de Intervenção em Serviço

### ESPECIFICOS

- ❑ Apresentar as fases do Projeto desenvolvidas
- ❑ Abordar o fenómeno de queda e suas implicações na qualidade dos cuidados
- ❑ Contribuir para a aquisição de conhecimentos em relação à Escala de Morse
- ❑ Desenvolver estratégias de prevenção de quedas na pessoa hospitalizada

# QUEDA

Evento traumático, multifatorial e, de forma geral, inesperado, que pode conduzir a:

- Aumento do tempo de internamento
- Maior custo do tratamento
- Desconforto da pessoa
- Desconfiança da pessoa face à qualidade dos cuidados de enfermagem



(ALMEIDA, ABREU e MENDES,2010)

# QUEDA



Um dos principais incidentes que ocorrem em ambiente hospitalar

Segundo o GIARC, é o 2º incidente mais frequente em 2013 (155 casos relatados) - 13 casos do Serviço de Cardiologia

É importante adotar Medidas Preventivas e atenuar Fatores de Risco

# QUEDA



- Processo de envelhecimento
- Patologias associadas
- Efeitos causados pelo uso de fármacos



MINIMIZAR/ ELIMINAR

- Condições Ambientais
- Condições Sociais

## RELAÇÃO ENTRE A PATOLOGIA CARDIOVASCULAR E O RISCO DE QUEDA

- Estudos estabelecem relação direta entre isquemias do miocárdio e o risco de queda
- De forma indireta, assinalam diversos medicamentos ( como antiarrítmicos, anti hipertensores, diuréticos e vasodilatadores) que, pelos seus efeitos secundários, aumentam esse risco



As pessoas com patologia cardiovascular, pelo risco aumentado de queda, inerente à própria doença e à medicação que tomam no controlo da mesma, exigem dos profissionais uma atenção especial

(VITOR, LOPES e ARAÚJO, 2010)

## ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

### ➔ DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

- Entrevista exploratória** com a Sra. Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia, no sentido de compreender as necessidades do mesmo
- Observação** dos registos de enfermagem relativamente à avaliação de risco de quedas no período de tempo compreendido entre 24 e 31 de março de 2014, numa amostra de 13 pessoas, seguindo as considerações éticas( anonimato e confidencialidade)
- Área onde a equipa de enfermagem poderia intervir
- Área de interesse pessoal

### ➔ PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

### ➔ EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PLANEADAS

### ➔ AVALIAÇÃO

### ➔ DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

(RUIVO e FERRITO, 2010)

## PROBLEMA GERAL

- Falta de uniformização na equipa de enfermagem relativamente às estratégias/intervenções a desenvolver na prevenção de ocorrência de quedas na pessoa hospitalizada no Serviço de Cardiologia/UCICOR



## PROBLEMAS PARCELARES

Necessidade de uniformização na equipa de enfermagem em relação aos itens de preenchimento da Escala de Morse

Necessidade de definição da periodicidade do preenchimento da Escala de Morse, adequada às necessidades do Serviço

Não implementação de intervenções /ações a desenvolver, adequadas à realidade do Serviço, de acordo com o *score* da Escala de prevenção de ocorrência de quedas

Necessidade de sensibilização dos profissionais de enfermagem relativamente a referenciar, dentro da equipa, a pessoa com alto risco de queda



## OBJETIVO GERAL

- Promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem à pessoa internada no Serviço de Cardiologia/UCICOR, no âmbito da prevenção de ocorrência de quedas



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer os fatores precipitantes das quedas que existiram no Serviço no ano de 2013

Uniformizar procedimentos na equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCICOR na prevenção de ocorrência de quedas na pessoa em contexto hospitalar, promovendo a segurança da mesma

Contribuir para a aquisição de conhecimentos da equipa de enfermagem em relação à Escala de Morse, definindo a periodicidade da avaliação da mesma, de acordo com as necessidades do Serviço

Desenvolver estratégias de prevenção de quedas na pessoa hospitalizada para reduzir o risco de queda

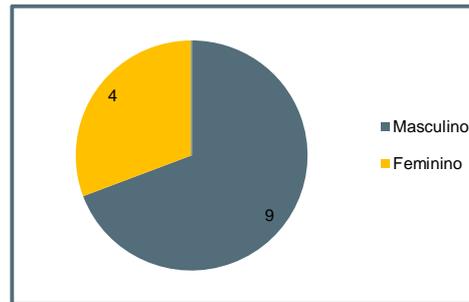


### **OBJETIVO ESPECÍFICO: Conhecer os fatores precipitantes das quedas que existiram no Serviço no ano de 2013**

- Através de um instrumento orientador de colheita de dados construído, foi realizada uma análise dos relatos de incidentes das quedas ocorridas em 2013, no sentido de caracterizá-las
- Amostra limitada a 13 pessoas que estiveram hospitalizadas no Serviço em 2013, número que corresponde às quedas ocorridas

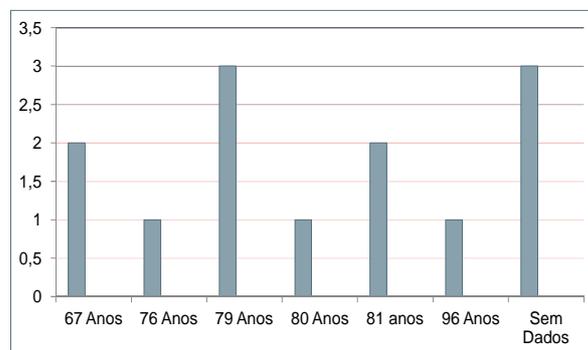
## RESULTADOS DA ANÁLISE REALIZADA

### Distribuição de Quedas por Sexo



## RESULTADOS DA ANÁLISE REALIZADA

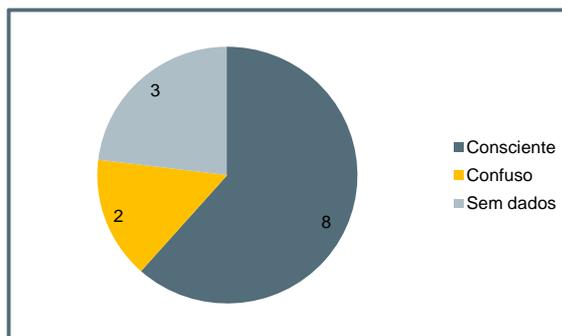
### Distribuição de Quedas de acordo com a Idade



Todas as quedas ocorreram em pessoas com idade superior a 65 anos.

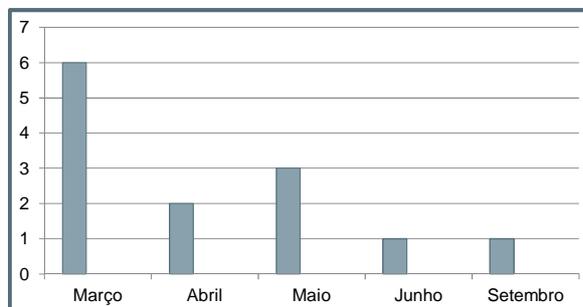
## RESULTADOS DA ANÁLISE REALIZADA

### Distribuição de Quedas de acordo com o Estado de Consciência



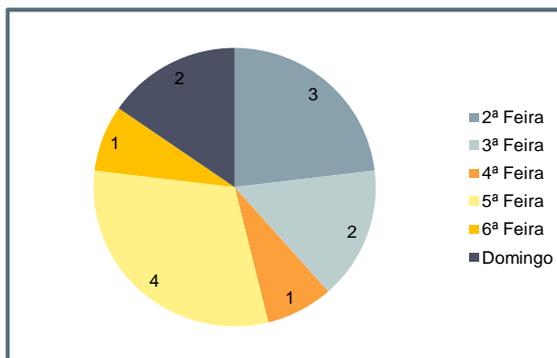
## RESULTADOS DA ANÁLISE REALIZADA

### Distribuição de Quedas de acordo com o Mês em que ocorreram



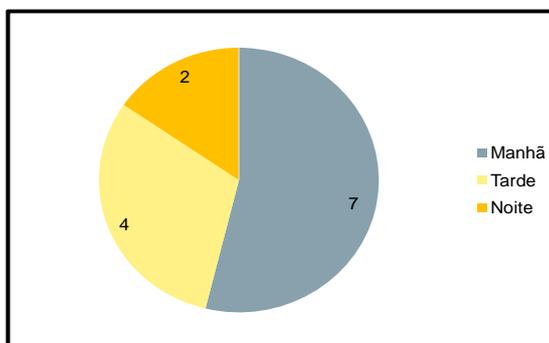
## RESULTADOS DA ANÁLISE REALIZADA

### Distribuição de ocorrência de Quedas por Dia da Semana



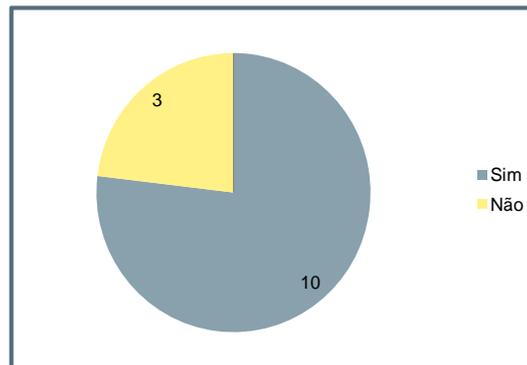
## RESULTADOS DA ANÁLISE REALIZADA

### Distribuição de ocorrência de Quedas em função do Turno



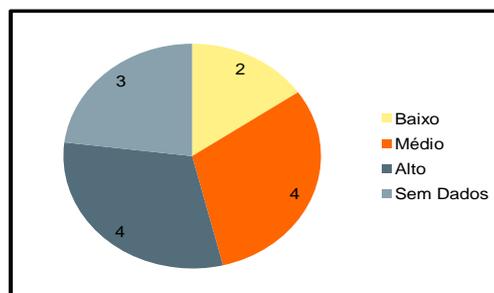
## RESULTADOS DA ANÁLISE REALIZADA

Distribuição de ocorrência de Quedas por pessoas nas quais foi avaliada a Escala de Morse



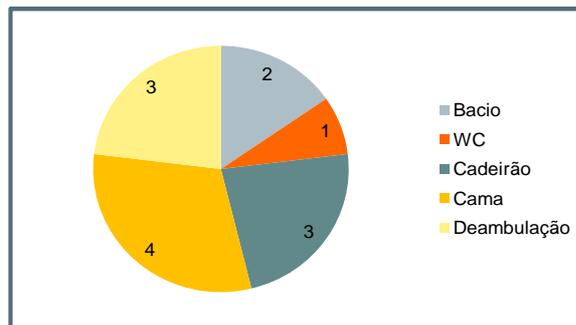
## RESULTADOS DA ANÁLISE REALIZADA

Distribuição de ocorrência de Quedas quanto ao Risco de Quedas identificado



## RESULTADOS DA ANÁLISE REALIZADA

### Distribuição de Quedas quanto ao Local da sua ocorrência

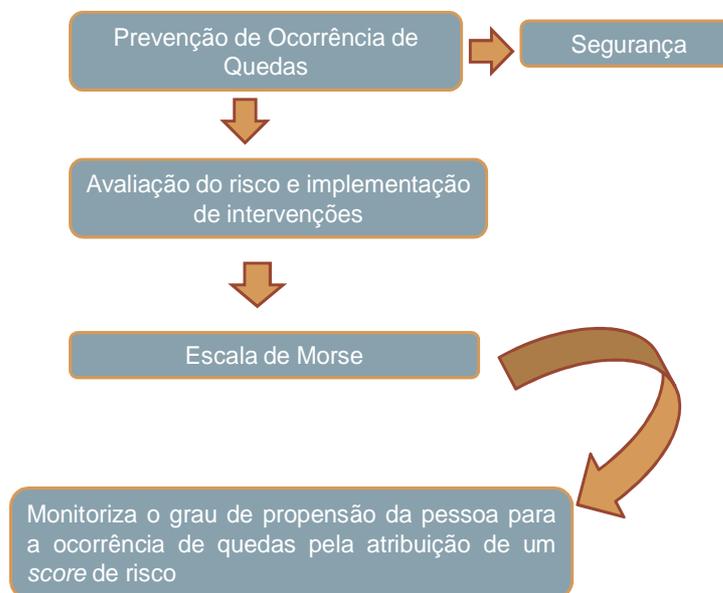


Conseguimos caracterizar em que circunstâncias ocorreram as quedas, observando que o maior número ocorre do leito, sem discriminação em todos os relatos se as laterais de proteção da cama estavam elevadas

## ALGUMAS ATIVIDADES A DESENVOLVER PARA ATINGIR OS OBJETIVOS

- Envolver os profissionais da equipa de enfermagem no Projeto
- Formação
- Avaliar o risco de queda nas pessoas hospitalizadas (Definir a periodicidade da avaliação da Escala de Morse)
- Referenciar a pessoa na equipa de enfermagem quando o risco de queda é alto, pelo uso de uma sinalética
- Elaboração de um folheto informativo para a pessoa/familiar sobre a prevenção de quedas em ambiente hospitalar

## QUEDA EM CONTEXTO HOSPITALAR



## ESCALA DE MORSE

ESCALA DE RISCO DE QUEDA DE MORSE

Item	Escala	Pontuação
<b>Antecedentes de quedas</b>	Não 0	
-Imediatas ou ocorridas nos últimos 3 meses	Sim 25	
<b>2. Diagnóstico secundário</b>	Não 0	
	Sim 15	
<b>3. Medicação e/ou heparina endovenosa</b>	Não 0	
	Sim 20	
<b>4. Marcha</b>		
- Normal/acamado/cadeira de rodas	0	
- Desequilíbrio fácil	10	
- Défice de marcha	20	
<b>5. Apoio para deambular</b>		
- Nenhum/apoiado/acamado	0	
- Canadiana/bengala/andarilho	15	
- Apoia-se na mobília	30	
<b>6. Estado mental</b>		
- Consciente das suas limitações	0	
- Não consciente das suas limitações	15	
<b>TOTAL</b>		

# ESCALA DE MORSE

Escala para avaliação do risco de queda, sendo composta por 6 critérios, em que cada um deles é pontuado, totalizando um *score* de risco:

- Baixo risco: de 0 – 24
- Médio risco: de 25 – 50
- Alto risco:  $\geq 51$

**NORMA INSTITUCIONAL**

(URBANETTO et al., 2013)

## Escala de Morse-Definição de cada item

### 1- Antecedentes de Quedas:

- Não - Se não há história de quedas nos últimos três meses
- Sim - Se ocorreram quedas durante a hospitalização ou nos últimos três meses (antes da admissão hospitalar)

### 2- Diagnóstico Secundário:

- Não - Se a pessoa apresentar apenas um diagnóstico médico
- Sim - Se na história da pessoa existir mais do que um diagnóstico

(URBANETTO et al., 2013)

## Escala de Morse- Definição de cada item

### 3- Medicação e/ou Heparina endovenosa:

- Não - Se a pessoa não tem cateter endovenoso. O cateter totalmente implantado tem pontuação 0 quando não estiver em uso
- Sim - Se tem cateter endovenoso (com perfusão contínua ou salinizado )

Aspetto relacionado com a mobilidade diminuída da pessoa quando tem colocado um cateter venoso periférico/central, independentemente de ter uma utilização contínua ou intermitente.

(URBANETTO et al., 2013)

## Escala de Morse-Definição de cada item

### 4- Marcha:

- Normal/Acamado/Cadeira de Rodas
- Desequilíbrio fácil - Procura apoio no mobiliário, pessoa ou algum auxiliar de marcha
- Défice de marcha - Passos curtos e podem ser vacilantes. Dificuldade em levantar-se

### 5- Apoio para deambular:

- Nenhum/ Apoiado/ Acamado
- Canadiana/bengala/andarilho
- Apoia-se na mobília

(URBANETTO et al., 2013)

## Escala de Morse-Definição de cada item

### 6- Estado mental:

- Consciente das suas limitações - Orientado, capaz quanto à sua capacidade e limitação
- Não consciente das suas limitações

(URBANETTO et al., 2013)

## ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO

Formação aos  
Profissionais de  
Saúde



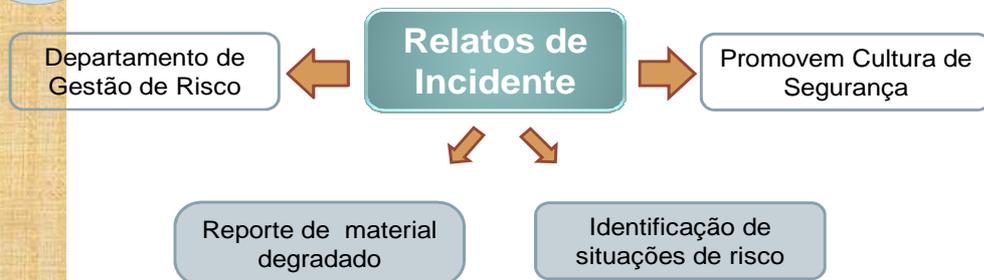
Monitorização do Indicador

Implementação de Medidas de  
Prevenção

Protocolos de atuação em caso de  
incidente

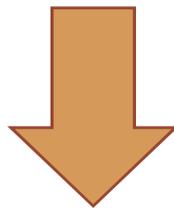


## ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO



## ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO

Considerar a presença de antecedentes de queda



- Monitorizar o risco de queda
- Referenciar as pessoas com médio e alto risco de queda
- Utilização de uma sinalética no quadro de cuidados
- Sinalizar a pessoa no SAPE (Alertas), qualquer que seja o risco
- Orientar a pessoa e familiares sobre aspetos a considerar na prevenção de quedas( Entrega de um folheto informativo)

## **FOCO DE ATENÇÃO “QUEDA” Intervenções em SAPE**

- Assistir a pessoa no levante
- Ensinar o prestador de cuidados sobre a prevenção de quedas
- Ensinar sobre a prevenção de quedas
- Gerir o ambiente físico
- Instruir o prestador de cuidados sobre a prevenção de quedas
- Instruir para prevenção de quedas
- Manter grades da cama
- Monitorizar risco de queda através da Escala de Morse
- Providenciar equipamento adaptativo para prevenção de quedas
- Providenciar medidas de segurança para a prevenção de quedas
- Restringir a atividade motora
- Treinar o prestador de cuidados para a prevenção de quedas
- Treinar para a prevenção de quedas
- Vigiar a ação do doente

## **CONCLUSÃO**

**Quedas**

Foco de atenção  
de Enfermagem

Indicador de  
qualidade dos  
cuidados



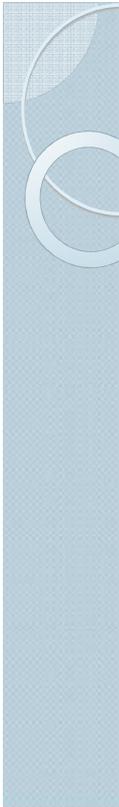
## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Ricardo; ABREU, Cidalina; MENDES, Aida - Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*. III Serie. Nº 2 (2010), p.163-172. [Consultado a 21.março.2014]. Disponível na: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a17>

BENTO, Benvinda; MOURA, Rosário- *Norma de Orientação Clínica- Prevenção de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. 2010

GIARC – *Relatório de Progressão de Relatos de Incidente Clínicos (RIC's)*. Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.2013

RUIVO, Maria; FERRITO, Cândida – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. *Percursos*, nº 15. 2010. [Consultado a 28. Março. 2014]. Disponível na: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)



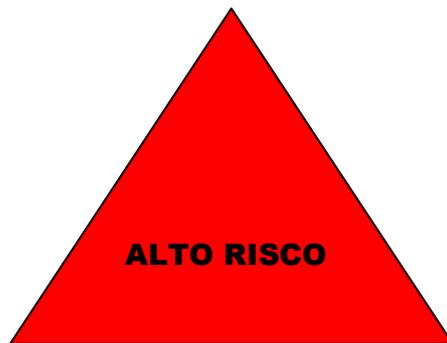
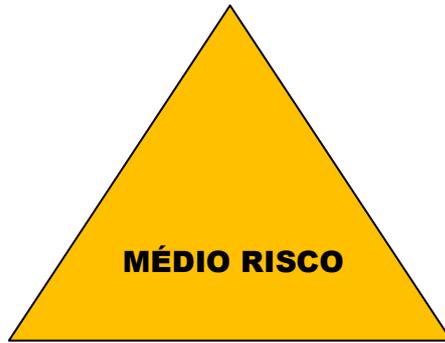
## BIBLIOGRAFIA

URBANETTO et al. -Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. Vol.47, nº3. (2013), p.569-75. [Consultado a 21.setembro.2014]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>

VITOR, Allyne; LOPES, Marcos; ARAÚJO, Thelma - Diagnóstico de Enfermagem Risco de quedas em pacientes com angina instável. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Vol. 1, nº 1. (2010), p. 105-113. [Consultado a 12. junho.2014]. <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027969010.pdf>

# APÊNDICE VIII

Sinalética de Médio e Alto Risco de Queda



# APÊNDICE IX

Folheto Informativo “Quedas no Hospital”

## PARA O FAMILIAR/ PESSOA SIGNIFI- CATIVA...

- Muitas vezes, as laterais de proteção das camas elevadas são necessárias para prevenir quedas. Se as baixar durante as visitas, não se esqueça de as elevar antes de sair
- Se notar que o seu familiar está sonolento (a) ou se encontra confuso (a), bem como outras alterações no comportamento, comunique esses aspetos ao profissional de enfermagem
- Se ajudar o seu familiar no levantar, certifique-se que a cama ou a cadeira de rodas se encontram travadas
- Não se esqueça de informar o Enfermeiro (a) se o seu familiar tem antecedentes de quedas.

**Considere que se encontra num ambiente desconhecido e peça ajuda sempre que necessário.**

**Elaborado por:**

Carla Rosa, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESS-IPS

Andreia Soares, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica do CH - Hospital X

Mariana Pereira, Docente da ESS do IPS, Setúbal

2014 - 2015

CENTRO HOSPITALAR DA  
MARGEM SUL  
HOSPITAL X

## Quedas no Hospital



Serviço de Cardiologia

Este folheto destina-se a si, que se encontra hospitalizado (a), e ao seu familiar/pessoa significativa. Pretende informar-vos sobre alguns aspetos a considerar para prevenir quedas durante o internamento. A vossa colaboração é essencial.

## QUEDAS

É um dos principais incidentes que ocorrem em ambiente hospitalar. São eventos traumáticos e, de forma geral, inesperados.



É importante considerar os fatores que podem ser associados a um maior risco de quedas, de forma a reduzir a probabilidade das mesmas ocorrerem.

## NO INTERNAMENTO DEVE...

- Referir, no momento da admissão, se cai frequentemente
- Dizer aos profissionais de enfermagem se apresentar desequilíbrio fácil ou tonturas
- Utilizar calçado adequado, de preferência antiderrapante ( e fechado)
- Evitar usar roupa que fique comprida e arraste pelo chão, reduzindo o risco de tropeçar
- Solicitar a campanha de chamada e colocá-la num local acessível
- Perceber como aceder facilmente ao interruptor da luz
- Manter a cama no nível mais baixo para ser mais fácil levantar-se se necessário
- Colocar os objetos que necessita perto de si, de forma a alcançá-los se precisar
- Ter atenção quando existe sinalização de piso escorregadio
- Tocar à campainha se necessitar de ajuda para ir ao WC, principalmente à noite, uma vez que a iluminação é reduzida
- Não utilizar a mesa-de-cabeceira, ou o suporte de soros como apoio para se levantar, pois podem deslizar.

# APÊNDICE X

Procedimento “Quedas em Contexto Hospitalar-  
Estratégias de Prevenção”

<b>Quedas em Contexto Hospitalar - Estratégias de Prevenção</b>	<b>Data de entrada em vigor:</b>	--/--/--
	<b>Revisão ##</b>	[--/--/--]
	<b>Próxima revisão:</b>	[--/--/--]
	<b>Cód. Documento:</b>	PS.YYYY.00/ /XXX.00

### 1. Objetivo

Uniformizar a adoção de estratégias de atuação na prevenção da ocorrência de quedas da pessoa hospitalizada no Serviço de Cardiologia

### 2. Campo de aplicação

Equipa de Enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCICOR

### 3. Siglas, abreviaturas e definições

CAC - Comissão de Administração Clínica

NOC - Norma de Orientação Clínica

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCICOR - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

Cada vez mais, a segurança da pessoa hospitalizada assume-se como um valor central dos cuidados (LAGE,2010), sendo considerada uma área de intervenção prioritária dos profissionais de saúde, na prevenção de efeitos adversos que podem ocorrer ao longo do internamento. Neste contexto, as quedas são um risco real e constituem um indicador de qualidade assistencial (PINA et al., 2010).

Enquanto eventos traumáticos, multifatoriais e, de forma geral inesperados, podem conduzir a um aumento do período de internamento, maior custo do tratamento, desconforto e desconfiança da pessoa face à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Por todas estas razões, investir na prevenção das mesmas é uma prioridade e, apesar da multiplicidade de estratégias que se podem implementar, essa prevenção deverá passar por uma rigorosa avaliação individual do risco, iniciada na admissão e com uma contínua monitorização durante o internamento (ALMEIDA, ABREU E MENDES, 2010).

#### **4. Referências**

- ALMEIDA, Ricardo; ABREU, Cidalina; MENDES, Aida - Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série. Nº 2 (2010), p.163-172. ISSN: 0874-0283.
- BENTO, Benvinda; MOURA, Rosário - Norma de Orientação Clínica- Prevenção de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados. 2010.
- LAGE, Maria - Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. Temático nº 10 (2010), p.11-16. ISSN: 0870-9025.
- PINA, Silvia *et al.* - Quedas em meio hospitalar. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, nº 36 (2010), p. 27-29. ISSN:1646-2629.

#### **5. Responsabilidades**

A responsabilidade deste procedimento compete:

- Aos elementos que contribuíram para a sua elaboração;
- À CAC pela avaliação e aprovação dos procedimentos;
- À Enfermeira Chefe pela sua divulgação aos Enfermeiros do Serviço;
- Aos Enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem do Serviço, pela sua aplicação em contexto de trabalho.

#### **6. Procedimento**

- A monitorização do risco de quedas, enquanto estratégia de prevenção, é realizada pela utilização da escala de avaliação desse risco - Escala de Morse
- A 1ª monitorização do risco de queda deve ser realizada no momento da admissão da pessoa no Serviço, a todas as pessoas hospitalizadas em regime convencional. Deve introduzir-se, nas Atitudes Terapêuticas, os Indicadores de Enfermagem (Sem atribuição de horário), associando-se aos mesmos, entre outras monitorizações, a monitorização da Escala de Morse, com o horário **Agora**.
- O *score* obtido dessa monitorização deve ser transcrito para os Alertas,

sinalizando-se desta forma as pessoas no SAPE.

- Após término do registo de todas as monitorizações correspondentes aos Indicadores de Enfermagem, deve ser dado termo a essa atitude terapêutica.
- No Processo de Enfermagem, deve levantar-se com o foco de atenção **Queda**, o diagnóstico **Risco de Queda**, ao qual nunca se associa grau. A este diagnóstico associa-se, como intervenção, a monitorização da Escala de Morse que deve ser avaliada **diariamente**, no turno da manhã. Esta periodicidade de monitorização justifica-se pelas pessoas com patologia cardiovascular apresentarem um risco aumentado de queda, inerente à própria doença e à medicação que tomam no controlo da mesma.
- Face a um *score* de médio e alto risco de queda, é necessário referenciar essas pessoas pela utilização de uma sinalética no quadro de cuidados. Essa sinalética, na forma de triângulo, tem a cor vermelho para alto risco e amarelo para médio risco.
- No momento da admissão da pessoa no Serviço, deve ser entregue um folheto informativo sobre a problemática das quedas no Hospital, envolvendo-a, bem como aos seus familiares/ pessoas significativas, na prevenção de ocorrência destes incidentes.
- Se ocorrer queda, deve ser aberto o diagnóstico **Queda**, com as intervenções desenvolvidas (**Horário Agora**), seguindo o procedimento a adotar após queda de acordo com a NOC “ Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados”. Nestes casos, havendo alterações nos fatores de risco, deve ser atualizado o *score* nos Alertas. O diagnóstico **Risco de Queda** mantém-se.

## 7. Anexos

Folheto informativo sobre as Quedas no Hospital

Elaboração	Revisão	Ratificação
Enfª Carla Rosa Enfª Andreia Soares Prof. Mariana Pereira (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde)	Enfª Chefe do Serviço de Cardiologia	<b>Data:</b>

# APÊNDICE XI

Planeamento da Sessão de Formação às Assistentes

Operacionais com o tema “Quedas em contexto

Hospitalar”



## Planeamento da Sessão

Centro Hospitalar da Margem Sul - Hospital X - Serviço de Cardiologia/UCICOR	
<b>Mestranda:</b> Carla Rosa <b>Orientadora de Estágio:</b> Enf <sup>a</sup> Andreia Soares <b>Docente</b>	
<b>Orientadora:</b> Prof. Mariana Pereira	
<p><b>Tema:</b> “Quedas em Contexto Hospitalar”</p> <p><b>Grupo:</b> Assistentes Operacionais</p> <p><b>Local:</b> Sala de reuniões do Serviço</p> <p><b>Dia:</b> 1/12/2014</p> <p><b>Hora:</b> 14h</p> <p><b>Duração:</b> 25 min.</p>	<p><b>Objetivo Geral:</b></p> <p>-Envolver a equipa de Assistentes Operacionais do Serviço de Cardiologia/UCICOR no desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>-Sensibilizar a equipa de Assistentes Operacionais para a problemática das quedas no Hospital</p> <p>-Desenvolver estratégias de prevenção em relação a esta problemática</p>

<b>Etapas</b>	<b>Duração</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias</b>
Introdução	5 Min.	Apresentação do Tema Motivação Objetivos	Exposição verbal Slideshow
Desenvolvimento	10 Min.	Quedas em Contexto Hospitalar Estratégias a considerar na prevenção	Exposição verbal Slideshow
Conclusão	10 Min.	Discussão sobre os aspetos mencionados para a prevenção de quedas Responsabilidade Profissional Avaliação da Sessão	Exposição verbal Slideshow Diálogo Questionários da Instituição

# APÊNDICE XII

Cronograma do PIS realizado





# APÊNDICE XIII

Planeamento do PAC no âmbito da Prevenção e Controlo  
de infeção

Competência	Objetivos	Atividades / Estratégias Planeadas
<p><b><i>K3 - “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”</i></b> (REGULAMENTO N° 124/2011, p.8657)</p>	<p>Promover boas práticas de cuidados, no âmbito da prevenção e controlo da infeção, à pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica</p> <p>Otimizar a intervenção da equipa de assistentes operacionais nesta área de atuação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver uma prática promotora da prevenção e controlo da infeção nos cuidados à pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica;</li> <li>- Realizar revisão bibliográfica sobre a prevenção e controlo da infeção nos cuidados de saúde;</li> <li>- Colaborar com os dois elementos dinamizadores do Serviço, que se articulam com a CCI, no diagnóstico de necessidades existentes na área da prevenção e controlo da infeção, associada aos cuidados de saúde;</li> <li>- Realizar formação à equipa de assistentes operacionais do Serviço sobre o despejo do saco de drenagem de urina, dando resposta a uma necessidade identificada;</li> <li>- Elaborar um Procedimento intitulado “Boas Práticas no Despejo do Saco de Drenagem de Urina” e avaliar a sua implementação no Serviço;</li> <li>- Realizar formação à equipa de assistentes operacionais sobre a importância da Higienização das mãos;</li> <li>- Transpor para a prática os contributos lecionados no Curso sobre esta área de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.</li> </ul>

# APÊNDICE XIV

Planeamento da formação dirigida às Assistentes  
Operacionais intitulada “Boas Práticas no Despejo do  
Saco de Drenagem de Urina”



## Planeamento da Sessão

Centro Hospitalar da Margem Sul – Hospital X - Serviço de Cardiologia	
<b>Mestranda:</b> Carla Rosa <b>Orientadora de Estágio:</b> Enf <sup>ª</sup> Andreia Soares <b>Docente</b>	
<b>Orientadora:</b> Prof. Mariana Pereira	
<p><b>Tema:</b> “Despejo do Saco de Drenagem de Urina”</p> <p><b>Grupo:</b>      Assistentes Operacionais</p> <p><b>Local:</b> Sala de reuniões do Serviço</p> <p><b>Dia:</b> 1/12/2014</p> <p><b>Hora:</b> 14h</p> <p><b>Duração:</b> 25 min.</p>	<p><b>Objetivo Geral:</b></p> <p>-Promover boas práticas de cuidados ao cliente com cateterização vesical</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>-Focar aspetos importantes na realização do despejo do saco de drenagem de urina</p> <p>- Reforçar a importância do uso de Equipamento de Proteção Individual durante o procedimento</p>

<b>Etapas</b>	<b>Duração</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégias</b>
Introdução	5 Min.	Apresentação do Tema Objetivos Boas práticas na prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde	Exposição verbal Slideshow
Desenvolvimento	10 Min.	Aspetos a considerar no procedimento Equipamento de Proteção Individual	Exposição verbal Slideshow
Conclusão	10 Min.	Reflexão sobre a prática Avaliação da Sessão	Diálogo Questionários da Instituição

# APÊNDICE XV

Procedimento “Boas Práticas no Despejo do Saco de  
Drenagem de Urina”

<b>Boas Práticas no Despejo do Saco de Drenagem de Urina</b>	<b>Data de entrada em vigor:</b>	--/--/--
	<b>Revisão ##</b>	[--/--/--]
	<b>Próxima revisão:</b>	[--/--/--]
	<b>Cód. Documento:</b>	PS.YYYY.00/ /XXX.00

### 1. Objectivo

- Promover boas práticas de cuidados ao cliente com cateterização vesical
- Promover a segurança dos profissionais durante o procedimento do Despejo do Saco de Drenagem de Urina

### 2. Campo de aplicação

Equipa de Assistentes Operacionais do Serviço de Cardiologia/UCICOR

### 3. Siglas, abreviaturas e definições

CA – Conselho de Administração

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

UCICOR – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

As IACS definem-se como Infecções adquiridas pelas pessoas nas Instituições de Saúde em consequência dos cuidados que lhes são prestados e procedimentos realizados (DGS, 2007). Uma taxa elevada destas infeções demonstra uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A sua prevenção começa com a adoção de boas práticas por todos os profissionais de saúde. Essas práticas são eficazes no controlo da infeção e diminuem a sua incidência (RIBEIRO, PEDROSO e BARROSO, 2006).

As IACS mais frequentes são as infeções urinárias, pelo que é essencial a adoção de um conjunto de medidas que vise a sua prevenção. Uma dessas medidas refere-se ao sistema de drenagem de urina, feito em circuito fechado, com um sistema de esvaziamento que previna a contaminação (PINA *et al.*, 2004).

#### **4. Referências**

- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital - Um Guia Prático. 2ª Edição. Lisboa, 2002.
- PINA, Elaine *et al.*- Programa Nacional de Controlo de Infecção. Recomendações para a prevenção da infecção do trato urinário- Algáliação de curta duração. Ministério da Saúde. 2004.
- RIBEIRO, Rosa, PEDROSO, Ermelinda e BARROSO, Felisbela - Política de Controlo da Infecção - Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2006.

#### **5. Responsabilidades**

A responsabilidade deste procedimento compete:

- Ao CA pela sua avaliação e aprovação;
- À Enfermeira Chefe pela sua divulgação e supervisão;
- Aos Enfermeiros do Serviço pelo seu cumprimento;
- À equipa de Assistentes Operacionais do Serviço pela sua implementação.

#### **6. Procedimento**

- O despejo do saco de drenagem de urina é um procedimento realizado regularmente (no mínimo, 1 vez por turno)
- O saco de drenagem de urina deve ser despejado quando estiver a meio da sua capacidade e no final de cada turno
- Para o procedimento, deve ser utilizado um saco de esvaziamento, limpo e individualizado, prevenindo desta forma salpicos, uma vez que o despejo é realizado em circuito fechado
- Adapta-se o saco de esvaziamento à torneira/válvula do saco coletor, abrindo-a e permitindo, desta forma, a drenagem de urina
- Após a mesma, a torneira do saco de drenagem deve ser fechada e limpa com celulose, toalhete ou compressa. Desta forma, previne-se o gotejamento acidental de urina para o chão

- Durante o esvaziamento do saco coletor de urina, é importante mantê-lo abaixo da bexiga, de forma a prevenir um eventual refluxo de urina
- O saco deve estar colocado em suporte adequado, que impeça o seu contato com o chão e a contaminação da válvula de despejo
- Após a contabilização do débito urinário, a eliminação da urina deve ser realizada na sala de sujos do Serviço
- O saco de esvaziamento (ou despejo) deve ser eliminado, em saco de lixo branco, após estar vazio, sendo de uso único
- Para o despejo do saco de drenagem de urina, os profissionais devem utilizar luvas de proteção (limpas), avental e máscara com viseira. Os mesmos devem ser substituídos entre os clientes.

## 7. Anexos

Elaboração	Revisão	Ratificação
Enfª Carla Rosa Enfª Andreia Soares Prof. Mariana Pereira (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde)	Enfª Chefe do Serviço de Cardiologia	<b>Data:</b>

# **APÊNDICE XVI**

Planeamento da formação realizada às Assistentes

Operacionais: “Higienização das Mãos”



## Planeamento da Sessão

<p>Centro Hospitalar da Margem Sul - Hospital X- Serviço de Cardiologia</p> <p><b>Mestranda:</b> Carla Rosa      <b>Orientadora de Estágio:</b> Enf<sup>a</sup> Andreia Soares      <b>Docente Orientadora:</b> Prof. Mariana Pereira</p>	
<p><b>Tema:</b> “Higienização das Mãos”</p> <p><b>Grupo:</b> Assistentes Operacionais</p> <p><b>Local:</b> Sala de reuniões do Serviço</p> <p><b>Dia:</b> 1/12/2014</p> <p><b>Hora:</b> 14h</p> <p><b>Duração:</b> 25 min.</p>	<p><b>Objetivo Geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Contribuir para a prevenção da Infeção Hospitalar</li> </ul> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover uma boa prática de higiene das mãos</li> <li>✓ Focar aspetos essenciais na higienização das mãos</li> </ul>

Etapas	Duração	Conteúdo	Estratégias
Introdução	5 Min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação do Tema</li> <li>✓ Objetivos</li> </ul>	Exposição verbal Slideshow
Desenvolvimento	10 Min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Infeção Hospitalar</li> <li>✓ Higiene das Mãos como precaução básica</li> <li>✓ Técnicas de Higiene das Mãos</li> <li>✓ Os cinco momentos para a Higienização das Mãos</li> </ul>	Exposição verbal Slideshow
Conclusão	10 Min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aspetos importantes a considerar na Higienização das Mãos</li> <li>✓ Reflexão sobre a prática</li> <li>✓ Avaliação da Sessão</li> </ul>	Exposição verbal Slideshow Diálogo Questionários da Instituição

# APÊNDICE XVII

Planeamento do PAC no âmbito da Pessoa em Situação

Crónica e Paliativa

Competência	Objetivos	Atividades / Estratégias Planeadas
<p><i>L5 - “Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (OE, 2011b, p.3).</i></p> <p><i>L6 - “Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (OE, 2011b, p.4).</i></p>	<p>Adquirir e desenvolver competências nos cuidados ao cliente com doença crónica e paliativa, bem como aos seus cuidadores e familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prestar cuidados ao cliente com doença crónica incapacitante e terminal, aos seus familiares e cuidadores;</li> <li>-Assistir à consulta de Insuficiência Cardíaca;</li> <li>-Identificar as necessidades existentes do cliente com doença crónica incapacitante e terminal, e respetivos cuidadores, promovendo intervenções na resposta às mesmas;</li> <li>- Realizar formação, enquanto formanda, nesta área, enriquecendo a prática profissional desenvolvida;</li> <li>- Elaborar um folheto para os cuidadores do cliente com Insuficiência Cardíaca, após validar a sua pertinência com os elementos da equipa de enfermagem de referência na consulta de Insuficiência Cardíaca, envolvendo-os no processo de doença;</li> <li>- Incorporar os contributos lecionados no Curso nesta área de intervenção do Enfermeiro Especialista na prática desenvolvida.</li> </ul>

# APÊNDICE XVIII

Folheto Informativo “ Insuficiência Cardíaca: Informações  
ao Cuidador/Família”

Este guia é destinado a si, cuidador /familiar da pessoa com Insuficiência Cardíaca. Possui um conjunto de informações importantes para que compreenda a doença e ajude o seu familiar no tratamento/prevenção de complicações da mesma.

#### O que é a Insuficiência Cardíaca?

É uma doença crónica, na qual o coração não é capaz de bombear sangue suficiente para satisfazer as necessidades do organismo.

#### Quais são as causas?

- Doença Coronária (Enfarte Agudo do Miocárdio; Angina de Peito)
- Tabagismo
- Colesterol elevado
- Diabetes
- Obesidade
- Alcoolismo
- Doenças pulmonares
- Doenças Valvulares Cardíacas (Endocardite)
- Hipertensão arterial
- Congénita

#### Quais são os sintomas que podem surgir?

- Cansaço
- Falta de ar quando está deitado (a), muitas vezes com necessidade de dormir semi-sentado (a)
- Inchaço/Edemas (inicialmente, nas pernas e pés)
- Fadiga sem motivo
- Tosse seca e irritativa
- Aumento rápido de peso

O tratamento desta doença tem como objetivo melhorar a função cardíaca. Passa pelo cumprimento da medicação e pela adoção de hábitos de vida saudáveis.

Enquanto equipa, na qual o seu papel é muito importante, pretendemos ajudá-lo (a) a cuidar do coração do seu familiar. **Seguem-se alguns conselhos.**



<http://pree-ao-avivar.blogspot.pt/2012/04/insuficiencia-cardiaca.html>

#### DIETA

Deve incentivar o seu familiar a ter uma dieta com redução do consumo de sal e de líquidos a cerca de 1,5l/dia (não apenas a água, mas o chá, a sopa,...). O sal pode ser substituído, por exemplo, por ervas aromáticas ou sumo de limão.

O seu familiar deve fazer 6 pequenas refeições ao longo do dia, tendo uma dieta equilibrada. Deve controlar e registar o seu peso, no mínimo, 1 vez por semana. Deve pesar-se, preferencialmente, na mesma balança.

#### ATIVIDADE FÍSICA

O seu familiar deve adaptar a quantidade, o tipo de exercício e a intensidade do esforço ao que a sua situação o permitir, considerando o grau da sua Insuficiência Cardíaca e a idade. Se possível, pode fazer caminhadas ou andar de bicicleta.

**Acompanhe-o. Dar-lhe-á outra motivação para o fazer.**

A atividade física desenvolvida deve ser adequada, permitindo períodos de repouso.

## MEDICAÇÃO

Deve saber que medicamentos o seu familiar toma e efeitos secundários que possam surgir. O uso de uma tabela com o nome e o horário da medicação, afixada num local visível, facilitará a tarefa de a cumprir no horário correto.



O seu familiar deve fazer sempre a medicação indicada. Qualquer reacção deve ser comunicada. **Não tomar algum dos medicamentos pode levar ao agravamento dos sintomas e à evolução da doença.**

### Incentive o seu familiar a:

- Emagrecer se tiver excesso de peso
- Deixar de fumar se for fumador
- Controlar a Tensão arterial 1 vez por dia/semana
- Fazer a Vacina da Gripe anualmente( Outubro)
- Reduzir o consumo de café
- Restringir o consumo de álcool
- Cumprir as consultas médicas
- Cumprir a medicação

O seu empenho é muito importante para o sucesso do tratamento do seu familiar.

O agravamento dos sintomas devem ser comunicados ao Médico e Enfermeiro que acompanham o seu familiar. Qualquer dúvida deverá ser esclarecida.

### Enfermeiras de Referência:

Enf<sup>ª</sup>  
Enf<sup>ª</sup>  
Enf<sup>ª</sup>

Quem contactar em caso de necessidade?

Serviço de Cardiologia – Consulta de Insuficiência Cardíaca

### OUTRAS INFORMAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Elaborado por:

Carla Rosa, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ESS-IPS

Andréa Soares, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica do CH-Hospital X

Mariana Pereira, Docente da ESS do IPS, Setúbal

2014 - 2015



Centro Hospitalar da Margem Sul  
Hospital X

## Insuficiência Cardíaca: Informações ao Cuidador/Família



<http://www.especialista24.com/insuficiencia-cardiaca>

Serviço de Cardiologia  
Consulta de Insuficiência Cardíaca

